

GE_GERICHTE ATAS/422/2009 vom 8. April 2009

GE Cour de justice, 2009-04-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_422_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/422/2009 du 8 avril 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/422/2009 del 8 aprile 2009

Erwägungen

E. 2

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 3

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b). La LPGA s'applique par conséquent au cas d'espèce.

E. 4

Interjeté dans la forme et le délai prescrits, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

E. 5

L'objet du litige se rapporte au degré d'invalidité du recourant depuis le mois de septembre 2005.

E. 6

A cet égard, le Tribunal de céans relève que dans ses dernières écritures, l'OCAI se réfère à l'avis de la Dresse A_____ du SMR, qui a admis que ce dernier avait conclu prématurément alors que la situation médicale n'était pas stabilisée, et qui finalement se rallie à l'estimation d'une capacité exigible de 25 % seulement dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Selon l'art. 53 al. 3 LPGA, jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours, l'assureur peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé. Passé ce délai, il peut faire une proposition au juge.

A/2508/2008 - 11/13 - En l'occurrence, le Tribunal de céans constate que l'intimé a admis que sa décision est erronée en ce qu'elle admet une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée dès le mois de septembre 2005. Il s'est en conséquence rallié aux conclusions de l'expertise du Dr S_____ à l'attention de l'assureur accidents, selon lesquelles une capacité de travail de 25 % seulement est exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, sans toutefois prendre de conclusions formelles.

E. 7

Il convient de rappeler, ainsi que le Tribunal fédéral des assurances l'a déclaré à maintes reprises, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré. La définition de l'invalidité est désormais inscrite dans la loi. Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas. D'un autre côté l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Elle doit au contraire être considérée comme un indice d'une appréciation fiable et, par voie de conséquence, prise en compte ultérieurement dans le processus de décision par le deuxième assureur. L'assureur doit ainsi se laisser opposer la présomption de l'exactitude de l'évaluation de l'invalidité effectuée. Une appréciation divergente de celle-ci ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. A cet égard, il ne suffit donc pas qu'une appréciation divergente soit soutenable, voire même équivalente. Peuvent en revanche constituer des motifs suffisants le fait qu'une telle évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence, déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité. Par exemple, le Tribunal fédéral des assurances a considéré comme insoutenable une appréciation des organes de l'assurance-invalidité, au motif qu'elle s'écartait largement de l'évaluation de l'assureur-accidents, laquelle reposait sur des conclusions médicales

A/2508/2008 - 12/13 - convaincantes concernant la capacité de travail et l'activité exigible, ainsi que sur une comparaison des revenus correctement effectuée (ATF 126 V 288 consid. 2d; ATF 119 V 474 consid. 4a; voir aussi RAMA 2000 n° U 406 p. 402 s. consid. 3, 2001 n° U 410 p. 73 s. consid. 3).

E. 8

En l'espèce, le Tribunal de céans relève que l'appréciation de la capacité de travail du recourant à compter de septembre 2005 effectuée par l'intimé est manifestement insoutenable au vu du dossier médical, dès lors qu'elle diverge complètement des conclusions des deux expertises du Dr S _____ et procède d'une analyse erronée des rapports médicaux figurant au dossier, ce que l'assureur accident n'a pas manqué de relever dans sa décision du 18 août 2008 pour s'écarter du taux retenu par l'OCAI. Dans son rapport d'expertise du 18 juin 2007, le Dr S _____ considère qu'une capacité de travail de 25 % tout au plus est exigible, dans une activité adaptée, à raison de 2 heures par jour, avec un

rendement partiel. Par conséquent, il convient de se rallier au degré d'invalidité de 80 % retenu par l'assureur-accidents - qui a procédé à une appréciation correcte des pièces médicales et à un calcul du degré d'invalidité conforme à la loi et à la jurisprudence - trois mois plus tard, soit dès le 1er octobre 2007 au plus tôt, conformément à l'art. 88a al. 1 du Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI). Quoiqu'il en soit, un degré d'invalidité de 80% donne toujours droit à une rente entière d'invalidité (art. 28 al. 2 LAI). Au vu de ce qui précède, c'est à tort que l'intimé a réduit la rente entière d'invalidité du recourant dès le 1er décembre 2005.

E. 9

Bien fondé, le recours est admis.

E. 10

Au vu de l'issue du litige, un émolument de 1'000 fr. est mis à la charge de l'intimé (art. 69al. 1 bis LAI).

A/2508/2008 - 13/13 -

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.