

GE_GERICHTE ATAS/639/2007 vom 5. Juni 2007

GE Cour de justice, 2007-06-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_639_2007

FR: GE_GERICHTE ATAS/639/2007 du 5 juin 2007

IT: GE_GERICHTE ATAS/639/2007 del 5 giugno 2007

Erwägungen

E. 1

La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 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 sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

E. 2

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Ces principes de droit intertemporel commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision sur opposition du 8 mai 2006 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). En ce

A/2055/2006 - 9/12 - qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

E. 4

Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté dans les formes et délai légaux prévus par l'art. 60 LPGA, est recevable.

E. 5

a) En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer

(ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). b) D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 consid. 4b et les arrêts cités). c) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261, consid. 4, et la jurisprudence citée). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des

A/2055/2006 - 10/12 - règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci. Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATFA non publié du 21 mars 2006, I 247/05, consid. 1.2). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

E. 6

Il convient en l'occurrence de déterminer si la recourante présente des atteintes à sa santé invalidantes lui ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Se trouvent au dossier de nombreuses attestations des médecins traitants, notamment des Drs RIGHETTI et JOLIAT, une expertise rhumatologique de septembre 2004 faite dans le cadre de l'assurance-accidents ainsi qu'une expertise pluridisciplinaire, complétée par des examens neurologique, neuropsychologique et psychiatrique datant de juillet 2005, également effectuée dans le cadre de l'assurance-accidents. Il convient tout d'abord de constater que ces expertises ont pleine valeur probante au regard des critères jurisprudentiels dégagés par le Tribunal fédéral des assurances. Les experts concluent en juillet 2005 à la possibilité d'une reprise

A/2055/2006 - 11/12 - partielle dans une activité adaptée. Ils ne se prononcent cependant pas sur le taux de cette reprise et sur le type d'activités adaptées aux troubles de la recourante. Par ailleurs, il convient de relever que le médecin traitant a bien expliqué quel était le type de troubles présentés par la recourante. Il s'agit depuis l'accident de juin 2003 de vertiges rotatoires, consistant en des sensations constantes et quotidiennes d'étourdissement et d'ébriété, qui sont invalidantes, ainsi que de nualgies, de blocages cervicaux intermittents et de baisse de la concentration. En décembre 2003, le Dr RIGHETTI annonce toutefois une nouvelle affection, soit une fibromyalgie. Il explique cependant devant le Tribunal de céans lors d'une audience d'enquêtes, que ce diagnostic n'est plus d'actualité. Le Dr JOLIAT, rhumatologue, s'est également exprimé à ce sujet, indiquant que cette symptomatologie (la fibromyalgie), est de peu d'importance, puisqu'elle n'influence pas la capacité de travail. Aussi faut-il retenir que la symptomatologie principale présentée par la recourante consiste en des vertiges rotatoires et des nualgies notamment qui, selon les experts, l'empêchent d'exercer son activité actuelle d'institutrice auprès de petits enfants. En effet, l'activité auprès de jeunes enfants suppose la faculté de se baisser fréquemment, ce qui provoque des vertiges chez la recourante. C'est d'ailleurs ce qu'ont retenu les experts en 2005, puisqu'ils constatent que seule une activité adaptée est exigible et non plus l'activité habituelle d'institutrice. Devant le Tribunal de céans, la recourante explique en outre également qu'elle ne peut plus travailler avec de petits enfants qui exigent qu'on soit alerte, qu'on s'accroupisse et qu'on les porte, ce qui relève du bon sens. Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans constate que la symptomatologie médicale de la recourante a été suffisamment investiguée, dans le cadre des expertises diligentées par l'assurance-accidents. Cependant, en l'état du dossier, force est de constater qu'il n'est pas possible de déterminer la capacité résiduelle de travail de l'assurée, au bénéfice d'un CFC de commerce, soit d'établir quelles seraient les activités adaptées à son état de santé, et à quel taux. En effet, non seulement les experts ne se prononcent-ils pas sur le taux de capacité résiduelle, mais encore les médecins traitants sont-ils d'avis contradictoires. Le Dr RIGHETTI estime sa patiente totalement incapable de travailler pour toute activité et même pour certaines tâches ménagères et le Dr JOLIAT estime quant à lui que l'activité exercée jusqu'alors est encore exigible à raison de quatre heures par jour. Le Tribunal de céans renverra donc le dossier à l'OCAI pour complément d'instruction sous forme de stages professionnels qui tiendront compte du CFC de commerce de la recourante et qui viseront à déterminer de façon concrète quelles sont les activités adaptées à son handicap, et à quel taux celles-ci peuvent être effectuées, conformément au principe jurisprudentiel selon lequel un assuré doit mettre à contribution sa capacité résiduelle de travail. Sur ce, l'intimé rendra une nouvelle décision. Ces mesures professionnelles veilleront à placer la recourante

A/2055/2006 - 12/12 - dans une situation réelle, permettant de vérifier quelle est sa capacité de concentration dans le cadre d'une activité le bureau, notamment. *****

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