

GE_GERICHTE ATAS/879/2009 vom 7. Juli 2009

GE Cour de justice, 2009-07-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_879_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/879/2009 du 7 juillet 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/879/2009 del 7 luglio 2009

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1er let. a ch. 2 de la loi genevoise du 22 novembre 1941 sur l'organisation judiciaire, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale du

E. 6

octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

A/247/2009 - 8/14 - 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable à la présente procédure. 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 230 consid. 1.1, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références citées). En particulier, les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4e révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), et celles de la novelle du 6 octobre 2006 (5e révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, sont régies par ce principe. D'autre part, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5). 3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 38 et 56 ss LPGA), le recours déposé au guichet du Tribunal de céans le 26 janvier 2009 est recevable. 4. Le litige porte sur la révision du droit de la recourante au versement d'une demi- rente d'invalidité, motif pris de l'aggravation de son état de santé. 5. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Selon l'art. 17 al. 1er LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est

en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du

A/247/2009 - 9/14 - degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Pour le surplus, un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier ; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1 et les références). En l'espèce, la dernière décision qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente conforme aux prescriptions qui viennent d'être rappelées a été rendue par l'OCAI le 16 août 2006, de sorte qu'il convient d'examiner la question de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit entre cette date et le

E. 11

décembre 2008, les faits survenus postérieurement devant cependant être pris en considération s'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. Il apparaît à cet égard que les avis exprimés par les docteurs O _____, P _____, M _____ et N _____ diffèrent quant aux conséquences des troubles somatiques et psychiques constatés, de sorte qu'il convient d'en examiner brièvement les mérites respectifs. 6. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut en effet trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est

A/247/2009 - 10/14 - généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). Enfin, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs (ou de l'administration) aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur (ou à l'administration) par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de

son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). Dans le cas d'espèce, il apparaît qu'au regard des principes qui viennent d'être rappelés seul le rapport d'expertise établi par les docteurs O_____ et P_____ le 29 septembre 2008 remplit les conditions de forme et de fond posées par la jurisprudence pour en admettre la pleine valeur probante. L'expertise conduite par ces praticiens se fonde notamment sur des examens physiques et psychiques étendus, sur une anamnèse personnelle, professionnelle et sociale détaillée, sur les plaintes exprimées par la recourante et sur une description soignée des interférences médicales, de sorte que l'appréciation du cas est cohérente et digne de foi. En revanche, le rapport médical établi le 11 avril 2007 par le docteur M_____ ne présente pas les mêmes garanties. En particulier, ce praticien se borne à constater que la situation médicale de la recourante s'était péjorée sans préciser les termes de la comparaison à laquelle il s'est livré. Il n'explique pas davantage en quoi ses propres constatations cliniques, substantiellement identiques à celles de ses confrères, devraient avoir pour conséquences une incapacité totale de travail. En conséquence, il convient d'accorder une moindre valeur probante à son rapport. Il en va de même en ce qui concerne les rapports médicaux du docteur N_____-DESLARZES, en considération du fait qu'en sa qualité de médecin traitant, elle a tissé une relation de confiance étroite avec sa patiente, susceptible d'influencer sensiblement le contenu de ses propos en l'amenant à accorder une importance excessive aux plaintes subjectives recueillies. 7. Sur le fond, l'art. 88a al. 2, 1ère phrase du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201) prévoit notamment que si l'incapacité de gain ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu

A/247/2009 - 11/14 - de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. Cela étant, il sied ici de rappeler que l'art. 7 al. 1er LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008, prévoit notamment que l'assuré doit entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail. De ce devoir général découle en particulier le principe de la primauté de la réadaptation sur la rente, ancré à l'art. 28 al. 1er let. a LAI, selon lequel un assuré n'a pas droit à tout ou partie d'une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu en mettant à profit sa capacité résiduelle de travail (sur le principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 117 V 275 consid. 2 et les références). En l'espèce, l'instruction de la cause a permis d'établir qu'en 2006, l'incapacité de travail de la recourante était essentiellement due au fait qu'étant enceinte, celle-ci avait dû limiter le traitement de la spondylarthrite ankylosante. À cet égard, la décision que l'intimé a rendue le 16 août 2006 fait clairement la distinction entre les limitations dues à la maladie et les limitations dues à la maternité, qu'il convient en effet de différencier soigneusement. S'agissant des premières uniquement, force est de constater que les indices recueillis depuis lors ne permettent pas de trancher la question de savoir si l'augmentation des troubles rapportée par les médecins consultés correspondait à une aggravation de la maladie ou aux conséquences, après l'accouchement, de la nécessaire diminution du traitement. En toute hypothèse, l'incapacité totale de travail de la recourante était alors justifiée par les conséquences de sa maternité, lesquelles ont été prises en charge conformément à la réglementation applicable en la matière. Par la suite, c'est-à-dire entre le terme du

congé-maternité et l'automne 2007, les avis médicaux divergent quant aux conséquences des troubles éprouvés par la recourante, de sorte qu'en application des principes rappelés plus haut, il y a lieu de faire prévaloir l'avis des experts selon lequel, la capacité de travail de la recourante était, sauf en cas de poussée inflammatoire, de 50%. À l'automne 2007, le docteur N_____ a constaté une amélioration de l'état de santé de sa patiente, due à l'efficacité du traitement de fond prodigué depuis le mois de mars précédent puis, en juillet 2008, une nouvelle détérioration. Il sied à cet égard de relever que les experts ont réalisé l'examen clinique de la recourante à la fin du mois d'août 2008 et qu'en l'absence d'un constat de leur part sur ce point, il convient de retenir que ladite détérioration n'a pas été rendue vraisemblable à satisfaction de droit. L'on relèvera en outre qu'il était malaisé, en l'absence d'examen plus approfondis et sur la seule base des plaintes subjectives de

A/247/2009 - 12/14 - l'intéressée, de distinguer une poussée inflammatoire d'une aggravation de la maladie proprement dite. En résumé, les successives détérioration, amélioration et détérioration de l'état de santé de la recourante, décrites respectivement au printemps 2007 (par le docteur M_____), à l'automne 2007 et en juillet 2008 (par le docteur N_____), pouvaient aussi bien correspondre à l'apparition, à la disparition et à la réapparition des poussées inflammatoires redoutées, de sorte que faute d'indices suffisants relativement à la durée de ces différentes phases, il y a lieu de considérer ici encore que la capacité de travail de la recourante, bien que labile, était en règle générale de 50%. En revanche, il a été établi, au degré de vraisemblance prépondérante exigible en matière d'assurances sociales, que l'état de santé de la recourante s'est détérioré significativement avant le mois de mars 2009, en ce sens qu'il a alors été montré à satisfaction de droit que l'articulation sacro-iliaque droite présentait des érosions osseuses étendues qui entraînaient de nouvelles limitations, tandis que progressaient les lésions de l'articulation sacro-iliaque gauche. Au vu de ce qui précède, il apparaît qu'abstraction faite des conséquences de la maternité de la recourante, un changement notable des circonstances susceptibles d'influer sur le degré d'invalidité de celle-ci entre le mois d'août 2006 et le mois de février 2009 ne ressort pas clairement du dossier et ne pourrait guère être établi par d'autres mesures d'instruction. On ne doit en effet pas perdre de vue qu'aux dires de son médecin traitant, la recourante a effectué des démarches pour retrouver un emploi en 2008 et qu'au début du mois de janvier 2009, elle a renoncé aux mesures de placement proposées en faisant valoir, outre le manque de disponibilité dû aux soins exigés par ses jeunes enfants, des difficultés liées à son état de santé en tous points identiques à celles qu'elle décrivait auparavant. En conséquence, c'est à bon droit que l'OCAI a refusé l'augmentation de rente sollicitée par la recourante le 9 mars 2007. Cela étant, l'intimé a reconnu l'aggravation de l'état de santé constaté par le SMR et une nouvelle incapacité totale de travail à compter du mois de février 2009, pour une durée actuellement indéterminée. Il conviendra donc que l'OCAI se prononce formellement sur les conséquences de l'aggravation constatée, de sorte qu'il y a lieu de lui renvoyer la cause pour nouvelle décision au sens des considérations qui précèdent. 8. Enfin, la recourante n'ayant pas obtenu gain de cause, elle n'a pas droit au remboursement de ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA, a contrario).

A/247/2009 - 13/14 - Pour le surplus, il sera renoncé à la perception, à sa charge, de l'émolument prévu par l'art. 69 al. 1bis LAI en considération du fait qu'elle a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire.

A/247/2009 - 14/14 -

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