

GE_GERICHTE ATAS/931/2009 vom 9. Juli 2009

GE Cour de justice, 2009-07-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_931_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/931/2009 du 9 juillet 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/931/2009 del 9 luglio 2009

Erwägungen

E. 1

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. 2

La preuve de la notification d'une décision administrative et de la date à laquelle cette notification a eu lieu incombe, en principe, à l'administration. Celle-ci supporte les conséquences de l'absence de preuve, en ce sens que si la notification, ou sa date, sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF 124 V 402 consid. 2a, 103 V 66 consid. 2a; RAMA 1997 no U 288 p. 444 consid. 2b et les références). En l'occurrence, l'OCAI, qui a notifié sa décision sous pli simple, n'a pas apporté la preuve de la date de notification de celle-ci, de sorte qu'il faut admettre que l'assurée a reçu la décision attaquée le 12 novembre 2008, comme elle l'affirme, - ce qui n'est d'ailleurs pas contesté par l'office intimé. Interjeté ainsi en temps utile auprès de l'autorité compétente et dans les formes prescrites, par une assurée directement touchée dans ses intérêts juridiquement protégés par la décision querellée, le présent recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

E. 3

En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité au-delà du 30 juin 2004 ; plus particulièrement, il s'agit de savoir si son invalidité s'est modifiée depuis le 1er avril 2004, de telle manière que le droit à la rente puisse être supprimé à compter du 1er juillet suivant.

E. 4

Selon la jurisprudence, le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps, doit être examinée à la lumière des conditions de révision du droit à la rente (ATF 125 V 413 consid. 2d p. 418 et les références). Aux termes de l'art. 17 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 tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343

A/4512/2008 - 10/16 - consid. 3.5.2 p. 351, 125 V 368 consid. 2 p. 369 et la référence; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b).

E. 5

Par ailleurs, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4e éd., Berne 1984, p. 136; Gygi, Bundesverwaltungsrechts- pflege, 2e éd., p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 sv. consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 I 183 consid. 3.2).

E. 6

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références).

E. 6.1

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, 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

A/4512/2008 - 11/16 - médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; 118 V 286 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en

vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157, 162 consid. 1d; ATF 123 V 175, 176 s consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

E. 6.2

En vertu de l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal cantonal des assurances établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2, RAMA 1986 n° K 665 p. 87) (arrêt du Tribunal fédéral 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3).

A/4512/2008 - 12/16 -

E. 7

Dans la décision litigieuse, l'OCAI a insisté sur le fait que la recourante est apte à exercer une activité adaptée à plein temps, dès avril 2004, en faisant totalement abstraction des règles sur la révision, comme s'il s'agissait de se prononcer pour la première fois sur le droit à la rente. En effet, son analyse ne porte que sur les circonstances médicales prévalant au moment de l'établissement des rapports du SMR (plus particulièrement l'expertise bidisciplinaire effectuée le 27 février 2007), sans déterminer si des modifications de l'état de santé de l'intéressée, par rapport à celui existant au moment supposé de la naissance du droit (au 1er juillet 2003, pour la demi-rente, respectivement le 1er février 2004 pour la rente entière), justifiaient la suppression de toute rente. Cela ne suffit toutefois pas pour justifier une révision du droit à la rente (comp. ATF non publié du 12 mars 2009, 9C_391/2008,

consid. 3.1). En effet, il appartenait bien plutôt à l'administration de démontrer un changement de circonstances, au sens où l'entend l'art. 17 LPGA précité (cf. consid. 4 supra). Or, en l'espèce, force est de constater qu'il n'est pas établi, au degré de vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b), que l'état de santé de l'assurée se serait notablement amélioré à partir du 1er avril 2004. En particulier, on relèvera que le rapport d'expertise bidisciplinaire du 23 avril 2007 n'est pas entièrement concluant, dans la mesure où il ne contient aucune motivation permettant de comprendre pour quel motif l'assurée aurait recouvré sans autre une pleine capacité de travail (avec un rendement diminué de 20%), dans une activité adaptée, dès avril 2004. Certes, dans son avis du 27 janvier 2009, le Dr T_____ (SMR), qui n'est d'ailleurs ni rhumatologue, ni psychiatre, se fondant sur le rapport du CIP du 7 mars 2008, a invoqué un prétendu comportement démonstratif de la part l'assurée. Toutefois, et indépendamment du fait que cet élément ne permet pas encore d'affirmer que l'assurée avait recouvré une pleine capacité de travail en avril 2004 (date supposée de l'amélioration de son état de santé), il faut rappeler que pour utiles qu'elles soient, les informations recueillies au cours d'un stage d'observation ne sauraient supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui (ATF 125 V 261 consid. 4). Or, en l'occurrence, non seulement la démonstrativité opposée à l'assurée n'a pas été dûment corroborée par des observations médicales, mais encore, le SMR, dans son avis du 25 mai 2007, était parvenu à une conclusion apparemment contraire, en relevant que, sur le plan psychique, l'assurée ne présentait pas de majoration des symptômes. Au demeurant, nonobstant le caractère prétendument démonstratif des plaintes qu'ils ont relevé chez l'assurée, les maîtres de stages ont quand même estimé que celle-ci ne disposait pas d'une capacité de travail supérieure à 50% dans une activité adaptée.

A/4512/2008 - 13/16 - Quant à l'argument du Dr T_____, selon lequel la patiente s'était présentée comme hyperalgique lors de l'examen SMR (du 27 février 2007), sans que l'on puisse mettre en évidence de signe de souffrance ou d'épargne, il n'apparaît pas convaincant. En effet, dans son rapport d'expertise du 23 avril 2007, le Dr N_____ (qui ne semble du reste pas être spécialisé en rhumatologie, contrairement à ce qu'avait pourtant expressément préconisé le SMR dans son avis du 9 août 2005) a fait uniquement état d'une « description hyperalgique » (par l'assurée) (rapport, p. 5). De plus, ce médecin a constaté qu'il existait, au niveau lombaire, un « déconditionnement musculaire manifeste », ce qui peut a priori être interprété comme un signe d'épargne. Surtout, le Dr N_____ est resté vague sur les causes exactes de la symptomatologie algique actuelle, se limitant à affirmer que celle-ci était « plutôt compatible » avec des rachialgies de désafférentation (sans autre explication) qu'avec un trouble de type irritatif (radiculopathie irritative) et que « les examens complémentaires » (sans autre précision) réalisés avaient confirmé la présence d'une fibrose postopératoire, associée à une récurrence de hernie discale L5-S1, sans mise en évidence de phénomène compressif net (cf. ci-dessus, § 7). On précisera à cet égard que, dans le cadre de leur expertise, les spécialistes du SMR n'ont apparemment pas disposé de radiographies postérieures au

E. 7.1

Dun autre côté, si les avis des médecins traitants sont unanimes pour reconnaître que la patiente ne dispose pas, dans une activité adaptée, d'une capacité de travail résiduelle

supérieure à 50% en tout cas, leur avis divergent cependant quant à la question de savoir si l'assurée présente, depuis le 1er avril 2004, une incapacité de travail complète dans toute activité.

E. 7.2

Dans ces conditions, on ne saurait admettre, en l'absence d'une indication claire des faits établis, une modification de l'état de santé de la recourante propre à justifier une suppression pure et simple de son droit à une rente (totale ou partielle). L'absence d'indication convaincante, par le SMR, sur l'évolution de l'état de santé de l'intéressée après le 1er avril 2004 semble ainsi mettre en doute le bien-fondé de l'octroi de la rente litigieuse pour une période limitée. Il y a dès lors lieu d'annuler la décision entreprise et de renvoyer la cause à l'autorité inférieure afin qu'elle complète le dossier en organisant notamment une expertise bidisciplinaire de l'assurée (rhumatologique et orthopédique), auprès d'un centre d'observation médicale de l'AI (COMAI), expertise visant en particulier à déterminer si l'état de santé, respectivement la capacité de travail de la recourante, a subi un changement significatif dès avril 2004, puis statue à nouveau sur son droit éventuel à une rente d'invalidité au-delà du 30 juin 2004. 8. A toutes utiles, on relèvera encore que c'est à tort que l'OCAI n'a pas procédé à un abaissement du salaire statistique d'invalidé en l'espèce, au seul motif qu'il avait déjà été tenu compte d'une baisse de rendement dans la fixation du taux de capacité de travail résiduelle. En effet, la mesure dans laquelle les salaires ressortant des

A/4512/2008 - 15/16 - statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc p. 79). Or, les limitations fonctionnelles présentées par l'intéressée constituaient manifestement un critère objectif dont l'office intimé aurait dû prendre compte dans ce contexte (comp. ATF non publié du 27 mai 2009, 9C_963/2008, consid. 3). 9. Le recours étant partiellement admis, la recourante, représentée par une avocate, a droit à l'allocation de dépens, fixés en l'espèce à 2'500 fr. (art. 61 let. g LPGA).

E. 10

Conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI, un émolument de 500 fr. est mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

A/4512/2008 - 16/16 -

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