

GE_GERICHTE A/1419/2001 vom 27. April 2005

GE Cour de justice, 2005-04-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1419_2001

FR: GE_GERICHTE A/1419/2001 du 27 avril 2005

IT: GE_GERICHTE A/1419/2001 del 27 aprile 2005

Erwägungen

E. 20

En date du 7 mars 2001, l'assurée a formé recours contre la décision du 1^{er} février 2001 (reçue le 5 février 2001) au motif que celle-ci n'avait pas tenu compte de l'ensemble des troubles de santé dont elle souffrait et conclu à l'octroi d'une rente entière basée sur un degré d'invalidité de 100%.

E. 21

Par courrier du 23 avril 2001, la recourante a sollicité le rétablissement de l'effet suspensif, demande à laquelle l'OCAI s'est opposé par préavis du 25 juin 2001.

E. 22

Par jugement incident du 5 juillet 2001, la Commission cantonale de recours AVS/AI (aujourd'hui le Tribunal cantonal des assurances sociales) a déclaré la requête irrecevable, au motif qu'elle n'avait pas été déposée dans le délai légal de 30 jours de la notification de la décision. Elle a par ailleurs suspendu l'instruction de la cause, un recours contre la décision sur opposition du 15 mai 2001 rendue par la SUVA ayant été interjeté auprès du Tribunal administratif.

E. 23

En date du 28 mai 2002, cette juridiction a rendu un arrêt dans lequel elle a jugé que le degré d'invalidité retenu par la SUVA ne prêtait pas le flanc à la critique. Cet arrêt a fait l'objet d'un recours au Tribunal fédéral des assurances. Celui-ci a confirmé l'arrêt du Tribunal administratif en date du 19 avril 2004.

E. 24

Invitée à faire part de ses observations suite à la reprise de l'instance, la recourante a fait valoir, par écriture du 26 août 2004, que ses atteintes étaient très invalidantes et devaient conduire à une invalidité de 100%, que les conclusions de l'expertise du Dr I _____ étaient manifestement erronées et contradictoires, que son état de santé s'était aggravé, étant précisé que le rapport médical le plus récent sur lequel l'appréciation de l'incapacité de travail était fondée datait de plus de 4 ans et qu'une expertise pluridisciplinaire permettrait, si besoin était, d'examiner et de confirmer le caractère invalidant de l'ensemble des nombreuses atteintes dont elle était victime. Elle a conclu à l'annulation de la décision dont était recours et, subsidiairement, à la mise sur pied d'une expertise multidisciplinaire.

E. 25

A l'appui de ses allégués, la recourante a produit un rapport médical établi le 27 juillet 2004 par le Dr K _____ aux termes duquel la patiente se plaignait de douleurs cervicales lancinantes accompagnées de céphalées importantes, d'un problème de surdité partielle

avec acouphènes pulsatiles stables et raccourcissement de la jambe droite. Ce médecin a conclu qu'il était difficile d'imaginer une reprise du travail avec les séquelles de céphalées, d'acouphènes et d'arthrose cervicale invalidante.

E. 26

Par courrier du 8 septembre 2004, l'OCAI a maintenu ses conclusions.

E. 27

En date du 23 mars 2005, la recourante a transmis au Tribunal une expertise rendue le 15 mars 2005, à sa demande, par le Dr L _____ selon lequel sa capacité de travail en qualité de secrétaire était de 50% et son incapacité de tenir son ménage de 50% également.

E. 28

Les documents ont été transmis à l'OCAI en date du 1^{er} avril 2005 et l'affaire a été gardée à juger. Les autres éléments pertinents du dossier seront repris en tant que de besoin dans la partie en droit du présent arrêt. EN DROIT La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ). Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 LPGA qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959. La cause a été transmise d'office au présent Tribunal dès le 1^{er} août 2003, conformément à l'article 3, al. 3 de la loi du 14 novembre 2002 modifiant la loi sur l'organisation judiciaire (LOJ). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} 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 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, en ce 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). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1^{er} janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA Interjeté le 7 mars 2001 auprès de la Commission cantonale de recours, contre la décision du 1^{er} février 2001 (reçue le 5 février 2005) de l'OCAI, le recours est recevable à la forme (cf. art. 84 al. 1 de la loi sur l'assurance vieillesse et survivants-LAVS et art. 69 de la loi sur l'assurance-invalidité - LAI). L'objet du litige consiste à déterminer si c'est à bon droit que l'intimé a supprimé la rente de la recourante. Aux termes de l'art. 41 LAI (teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002), si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est, pour l'avenir, augmentée, réduite ou supprimée.

Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. 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 109 V 265 consid. 4a, 106 V 87 consid. 1a, 105 V 3 ; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Si la capacité de travail ou de gain d'un assuré s'améliore, les prestations seront adaptées, à savoir diminuées ou supprimées, en fonction de cette amélioration. Selon l'art. 88a du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI), la modification interviendra dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même, lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. La diminution ou la suppression de la rente prendra effet le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

7. Pour pouvoir apprécier le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge s'il y a recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). En ce qui concerne par ailleurs la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 du contexte médical soit claire et qu'enfin les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. L'expertise doit donc être fondée sur une documentation complète et des diagnostics précis, être concluante grâce à une discussion convaincante de la causalité, et apporter des réponses exhaustives et sans équivoques aux questions posées. Cela dit, elle doit être compréhensible, concluante et ne pas trancher des points de droit. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En principe, le juge ne s'écarter pas sans motif impératif 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 judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise ordonnée par le Tribunal en affirme 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, l'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 118 V 290 consid. 1b ; 112 V 32 ss et les références). En dernier lieu, il sied

de rappeler que, selon la jurisprudence constante, il y a lieu d'attacher plus d'importance aux constatations faites par les spécialistes qu'à l'appréciation faite par le médecin traitant (RCC 1988 p. 504). 10. En l'espèce, tous les examens utiles ont été entrepris et toutes les appréciations nécessaires ont été versées au dossier. Par ailleurs, aucun indice concret, aucun motif concluant ne permet de s'écarter des conclusions de l'expertise du Dr I _____ . Appelé à se prononcer sur d'éventuelles séquelles au plan neuropsychologique, l'expert a réalisé une série de tests et procédé à un examen clinique de l'assurée qu'il a complété par une IRM cérébrale. Sur la base des résultats obtenus, il a retenu le diagnostic de céphalées post-traumatiques mixtes, de discrète dysfonction cervicale, d'encéphalopathie post-traumatique légère caractérisée par un ralentissement dans quelques tâches exécutives et des difficultés de mémoire verbale (court et long terme), ainsi que de syndrome de stress post-traumatique et dépression secondaire. Eu égard surtout aux céphalées dont se plaignait l'intéressée, il a estimé qu'une activité dans le domaine administratif était exigible à 80 % au plus, en précisant que ce taux d'activité permettrait de diminuer les conséquences quotidiennes d'une attention soutenue. Cette appréciation émane d'un spécialiste reconnu et repose sur des investigations complètes. Il n'existe aucune contradiction entre les conclusions de l'expert et le diagnostic qu'il a posé. D'autre part, aucune autre pièce médicale au dossier ne vient contredire son rapport d'expertise. En l'absence d'éléments permettant de mettre en doute ses conclusions et dans la mesure où ce rapport répond à toutes les exigences jurisprudentielles en la matière, il y a lieu de lui reconnaître pleine valeur probante et d'admettre qu'il y a une amélioration de l'état de santé dans une mesure permettant à la recourante de travailler à 80% dans son activité de secrétaire. Il n'y a d'autre part pas d'autres atteintes à la santé que celles découlant de l'accident. 11. La notion d'invalidité utilisée dans l'assurance-invalidité correspond en principe à celle retenue dans l'assurance-accidents obligatoire, raison pour laquelle l'évaluation de l'invalidité, même si elle doit être faite de manière indépendante dans chaque branche d'assurance, doit normalement conduire au même résultat lorsque l'atteinte à la santé est la même. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, il faut chercher à éviter que l'invalidité d'une même personne soit évaluée à des degrés différents par les divers assureurs qui s'occupent de son cas. Des évaluations de l'invalidité entrées en force ne sauraient être purement ignorées mais doivent au contraire être considérées comme un indice pour une évaluation fiable et être incluses en tant que telles dans le processus de décision de l'assureur qui ne se prononce que plus tard (VSI I/2001 p. 79ss). L'uniformité de la notion d'invalidité doit conduire à fixer, pour une même atteinte à la santé, un même taux d'invalidité, aucune priorité ne pouvant être accordée à l'un des assureurs sociaux (ATF 119 V 468 consid.3 p. 471 ; RAMA 1995 p. 108 in fine). 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. Une appréciation divergente peut intervenir à titre exceptionnel si certaines conditions sont réalisées. En particulier, peuvent constituer des motifs suffisants de s'écarter de l'évaluation effectuée par l'autre assureur le fait que celle-ci 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 par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées ou superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATF 126V 293 consid. 2d ; VSI 2004 p. 185

consid 3). 12. En l'occurrence, c'est après étude des rapports médicaux et expertises figurant au dossier que l'OCAI s'est aligné sur la décision de la SUVA et a admis une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20 % en l'absence, d'une part, de motifs lui permettant de douter de la justesse de l'évaluation déjà existante de l'invalidité et, d'autre part, d'éléments nouveaux survenus depuis la décision du 6 octobre 2000 (SUVA). En d'autres termes, c'est sur la base de la situation de fait existante au 1^{er} février 2001 que l'OCAI a rendu la décision dont est recours. Il convient de rappeler que lorsque l'OCAI a rendu la décision attaquée du 1^{er} février 2001 et qu'il a retenu un degré d'invalidité de 20%, la décision de l'assurance-accidents du 6 octobre 2000 sur l'évaluation de l'invalidité n'était pas entrée en force puisque ladite décision a fait l'objet d'une décision sur opposition puis d'un recours auprès du Tribunal administratif, puis du Tribunal fédéral des assurances (TFA). Cette évaluation du degré d'invalidité de la recourante a depuis lors été confirmée tant par le Tribunal administratif que par le TFA (Arrêt du 19 avril 2004 dans la cause U 212/ 02). Une instruction médicale complémentaire ne se justifie pas au vu du dossier médical très complet, ainsi que le TFA l'a définitivement tranché. 13. Cela étant, considérant que la recourante avait un statut mixte, l'OCAI a également pris en considération une invalidité de 20 à 25% s'agissant des tâches ménagères (cf note du 22 novembre du Dr J _____). En effet, il sied de rappeler qu'avant l'accident, la recourante travaillait à temps partiel car elle espérait la venue d'un enfant. Certes, elle a déclaré qu'elle aurait repris un travail à plein temps lorsque son enfant aurait atteint l'âge de 3 ans (soit en octobre 2001). Cette allégation apparaît toutefois peu vraisemblable, ce que confortent le fait qu'elle a, depuis mai 1991, toujours travaillé à mi-temps ainsi que la naissance d'un second enfant en 2003. L'évaluation de l'invalidité selon la méthode dite mixte s'effectue de la manière suivante : E = travail fourni par les assurés non invalide en heures par semaine IE = handicap rencontré en pour cent EZ = durée du travail normale à plein temps en heures par semaine H = handicap rencontré dans le ménage Soit en l'espèce :
$$E \times IE + ([EZ-E] \times H) \frac{EZ}{EZ} = \text{Taux d'invalidité en pour cent}$$

$$(20 \times 20\%) + ([42-20] \times 25\%) \frac{42}{42} = 22 \%$$
 42 Ainsi, que l'on se réfère à l'évaluation faite par la CNA ou par l'OCAI, le taux d'invalidité retenu ne donnerait plus droit à une rente de l'assurance invalidité. C'est dès lors à bon droit que l'intimée a supprimé toutes prestations dès le 1^{er} avril 2001, conformément à l'article 88 bis alinéa 2 let a RAI. 14. En ce qui concerne les faits nouveaux allégués par la recourante survenus postérieurement à la décision du 1^{er} février 2001, ainsi que les pièces et diagnostics établis ultérieurement à la décision incriminée, ils ne sauraient être pris en considération dans la présente procédure, mais relèvent d'une procédure en révision que l'OCAI examinera. 15. Eu égard aux considérations qui précèdent, mal fondé, le recours doit être rejeté.