

GE_GERICHTE A/1719/2006 vom 27. Februar 2007

GE Cour de justice, 2007-02-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1719_2006

FR: GE_GERICHTE A/1719/2006 du 27 février 2007

IT: GE_GERICHTE A/1719/2006 del 27 febbraio 2007

Regeste

AI(ASSURANCE); LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ; PREUVE; APPRÉCIATION DES PREUVES; PREUVE FACILITÉE; FARDEAU DE LA PREUVE; ÉTAT DE SANTÉ; MODIFICATION(EN GÉNÉRAL); RÉVISION DE LA RENTE; RENTE D'INVALIDITÉ | LPGA17

Erwägungen

E. 2

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'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 fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

E. 3

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). Dans la mesure où la procédure de révision a été initiée en 2004, la LPGA s'applique au cas d'espèce (voir ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). 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).

E. 4

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

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). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 105 V 158 consid.1). b) Selon 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. 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. 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 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). c) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales 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 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). Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 du médecin 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 et les références). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000 p. 268). L'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure et elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier des aspects médicaux (ATF 117 V 282 consid. 4a, p. 283 ; RAMA 1985 p. 240 consid.4 ; LOCHER loc. cit.).

E. 6

En l'occurrence, se trouvent au dossier de nombreuses attestations des médecins traitants de la recourante, au Portugal et à Genève. Or, ces rapports sont contradictoires, puisque certains des médecins estiment la recourante entièrement capable de travailler dans son ancienne profession, tant du point de vue somatique que psychique (Dr D _____, médecin orthopédiste; Dresse E _____, psychiatre, Dresse L _____); d'autres l'estiment totalement incapable de travailler (Dresse M _____, psychiatre et Dr J _____, généraliste) et d'autres capable à 50% (Dresse C _____, psychiatre, et Dr K _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation). Peu de médecins se sont penchés sur la problématique de l'éventuelle amélioration de l'état de santé de la recourante. Quant aux appréciations des médecins-conseil de l'intimé, elles ne sont pas déterminantes en l'espèce, lesdits médecins n'ayant pas examiné la recourante et ne s'étant fondés que sur les attestations des médecins traitants. Le Tribunal de céans constate ainsi que le dossier n'est pas en état d'être jugé et que l'instruction de la cause par l'administration a été lacunaire. En effet, devant la pluralité des opinions médicales émises par les médecins traitants, il n'est pas en mesure de trancher en faveur de l'une ou de l'autre et de statuer dans la présente cause. Cependant, il convient de relever qu'en procédure de révision notamment, l'Office de l'assurance-invalidité se doit d'établir les faits desquels il entend déduire un droit. En l'espèce, l'administration a réduit la rente entière octroyée à une demi-rente. Or, pour ce faire, elle a retenu l'existence d'une amélioration de l'état de santé en se fondant, sans explication, sur certaines attestations de médecins au détriment d'autres avis médicaux, qui contestent toute amélioration de l'état de santé. Le Tribunal de céans constate ainsi que l'Office intimé a agi sans établir au degré de vraisemblance prépondérante qu'une telle amélioration s'était produite, soit sans instruire la cause à satisfaction de droit. Dès lors, en l'état, le droit à la rente perdure. Par conséquent, la décision litigieuse doit être annulée et le recours admis.

E. 7

La recourante qui obtient gain de cause aura droit à des dépens, fixés en l'espèce à 2'000 fr.

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