

GE_GERICHTE A/1913/2007 vom 5. Februar 2008

GE Cour de justice, 2008-02-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1913_2007

FR: GE_GERICHTE A/1913/2007 du 5 février 2008

IT: GE_GERICHTE A/1913/2007 del 5 febbraio 2008

Erwägungen

E. 2

Le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22. En conséquence l'assurée ne saurait prétendre à l'octroi d'une rente d'invalidité qu'à compter du 3 décembre 2004, soit à l'expiration du délai de carence. La décision de l'OCAI doit être sur ce point confirmée.

E. 6

S'agissant de la seconde période, soit celle courant du 1^{er} juin 2005 au 1^{er} mai 2007, le Tribunal fédéral des assurances a, dans une jurisprudence constante, considéré qu'une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision (ATF 125 V 417 consid. 2d et les références ; VSI 2001 p. 157 consid.). Aux termes de l'art. 17 al. 1 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. Il convient de relever que cette disposition n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ou de l'ancien art. 41 LAI) doit clairement ressortir du dossier (p. ex. arrêt P. du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités ; sur les motifs de révision en particulier : Urs MÜLLER, *Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung*, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf RUEDI, *Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen*, in : Schaffhauser/Schlauri [Hrsg], *Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung*, Saint-Gall, 1999, p. 15). En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88 a al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2d ; RCC 1984 p. 137). Selon cette disposition, en sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2004, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'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. Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, l'invalidité

est définie comme étant l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01). Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins. L'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, de la 4^{ème} révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3%, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60% et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70%, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4^{ème} révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un 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 sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). 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. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). 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 les références). 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). L'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère ici clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciante ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (voir à ce sujet MEINE, L'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, p. 1 ss., ainsi que PAYCHÈRE, Le juge et l'expert - plaidoyer pour une meilleure compréhension, page 133 ss., in : L'expertise médicale, éditions Médecine & Hygiène, 2002; également ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC

1988 p. 504 consid. 2) En l'espèce, il n'est pas contesté que l'assurée présente une capacité de travail nulle en tant qu'aide-soignante. L'OCAI s'est fondé sur le rapport établi par le SMR le 6 avril 2006, selon lequel en revanche sa capacité est complète dans un travail adapté à ses limitations fonctionnelles, avec une diminution de rendement de l'ordre de 30%, depuis mars 2005, soit six mois après l'intervention pratiquée en septembre 2004. C'est la raison pour laquelle, vu le résultat obtenu après avoir comparé les revenus avant et après l'invalidité sur cette base, l'OCAI a diminué de moitié la rente jusque-là octroyée, ce à compter du 1^{er} juin 2005 conformément à l'art. 88 a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI). Il a par ailleurs reconnu le droit de l'assurée à une rente entière dès le 1^{er} mai 2007, compte tenu de l'intervention subie en février 2007, et s'est proposé de rendre une nouvelle décision en ce sens. 12. Il y a lieu de déterminer si, en mars 2005, l'état de santé de l'assurée s'était effectivement amélioré, ce que celle-ci conteste. Le Dr H_____ a indiqué, le 17 avril 2007, que l'incapacité de travail de sa patiente était de 100%, à réévaluer ultérieurement en fonction de l'évolution clinique post-chirurgicale. Le Dr G_____ a fait état d'un pronostic favorable grâce à l'intervention de février 2007 et a souligné que "rétrospectivement on ne peut que considérer l'incapacité de travail de 100% chez l'assurée comme évidente dans la mesure où l'intervention de septembre 2004 n'a pas abouti au résultat escompté." 13. L'assurée reproche aux médecins du SMR de n'avoir pas précisé pour quels motifs elle pourrait travailler dans une activité adaptée avec baisse de rendement de 30% et selon ses limitations fonctionnelles. Ceux-ci ont pourtant clairement expliqué les conclusions de leur rapport. Ils ont décrit précisément quelles étaient les limitations subies par l'assurée dans l'exercice d'une activité professionnelle, dues aux lombalgies dont elle souffrait et aux douleurs que celles-ci entraînaient. Il n'y a dès lors pas lieu de s'écarter d'emblée de leurs constatations, même s'ils n'ont pu tenir compte que des éléments diagnostiques connus au moment de leur examen. 14. De nouveaux diagnostics ont en effet été posés, lesquels ont justifié une intervention chirurgicale pratiquée en février 2007. Aussi, selon l'assurée, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux n'a-t-il plus de sens puisqu'il n'avait été envisagé par les médecins traitants que parce qu'ils ignoraient l'origine des douleurs. Lorsque l'OCAI a rendu sa décision, il a en effet examiné si le trouble somatoforme douloureux alors diagnostiqué était ou non invalidant, bien que les médecins du SMR aient expressément écarté la présence d'un tel trouble, se bornant à retenir celui de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Il a considéré que tel n'était pas le cas, l'assurée ne présentant pas une comorbidité psychologique grave, et sa situation ne réalisant pas non plus les critères énumérés par la jurisprudence. Reste qu'en raison de ses atteintes lombaires quoi qu'il en soit, les médecins du SMR ont en avril 2006 fixé à 100% la capacité de travail, avec une baisse de rendement de 30%, dans une activité adaptée. Par cette baisse de rendement, ils ont précisément entendu tenir compte "des douleurs et des changements de position nécessaires". Le fait que de nouveaux diagnostics aient été posés, objectivant les douleurs dont l'assurée se plaignait, ne change rien quant au taux de capacité de travail retenu. La capacité de travail ne peut pas être réévaluée du seul fait qu'un diagnostic plus précis a été ultérieurement posé. Aucun des médecins traitants n'a à cet égard allégué que les limitations fonctionnelles décrites par les médecins du SMR seraient plus importantes parce qu'une relecture du diagnostic initialement retenu avait été faite. Le recours doit en conséquence être également rejeté sur ce point et la suppression de la rente entière pour une demi-rente confirmée dès le 1^{er} juin 2005, étant précisé au surplus que la cause doit être renvoyée à l'OCAI afin qu'il notifie une nouvelle décision à l'assurée lui octroyant une rente entière dès le 1^{er} mai 2007.

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