

GE_GERICHTE A/3494/2007 vom 12. Februar 2008

GE Cour de justice, 2008-02-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3494_2007

FR: GE_GERICHTE A/3494/2007 du 12 février 2008

IT: GE_GERICHTE A/3494/2007 del 12 febbraio 2008

Erwägungen

E. 3

La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} 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). Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 12 juillet 2007 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à l'année 2001, le présent litige sera examiné à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). Il convient quoi qu'il en soit de relever que ces dispositions n'ont pas modifié la notion d'invalidité selon l'ancienne LAI et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité.

E. 4

En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté dans les formes et délai légaux, est recevable, conformément à l'art. 60 LPGA.

E. 5

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). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (en liaison avec l'art. 8 LPGA). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher

en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). Le litige porte sur le point de savoir si le degré d'invalidité de l'assurée s'est notablement modifié depuis la décision du 23 juin 1999. 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. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. 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 (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, ATF non publié du 28 décembre 2006, I 520/05, consid 3.2). 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 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). A l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), c'est la dernière décision entrée en force 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 degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (sur demande ou d'office; ATF 133 V 108). Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut 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. A cet égard, il importe 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 352 ss consid. 3). Ainsi, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). 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 vertu de la maxime d'office, l'administration et le juge doivent veiller d'office à l'établissement exact et complet des faits pertinents. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention. Dans ce contexte, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a). En l'espèce, il convient de comparer les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision du 23 juin 1999, aux termes de laquelle l'assurée avait droit à une rente entière, à ceux existant au moment de la décision litigieuse du 18 juillet 2007, lui supprimant ce droit. Lors de la décision initiale d'octroi, l'OCAI avait retenu les suites de l'accident dont avait été victime l'assurée en février 1996, le cancer du sein diagnostiqué en juin 1996, un trouble dépressif chronique et un état de stress post-traumatique et admis qu'elle présentait une incapacité de travail de 100%. Une révision du dossier a été initiée par l'OCAI dès octobre 2001. Considérant que l'assurée s'opposait à des mesures d'instruction pourtant raisonnablement exigibles d'elle, l'OCAI a, par décision du 19 mars 2004, confirmée sur opposition le 22 octobre 2004, supprimé la rente. Le 6 juillet 2005, le Tribunal de céans, saisi d'un recours interjeté par l'assurée, lui a renvoyé la cause pour instruction complémentaire. Dans le cadre de la nouvelle instruction, un rapport d'expertise a été réalisé par le Dr N_____ le 4 octobre 2006. L'OCAI s'est fondé sur les conclusions de ce rapport, selon lesquelles l'assurée ne souffre d'aucun trouble psychiatrique impliquant une incapacité de travail, pour supprimer la rente entière d'invalidité jusque-là versée. Le rapport d'expertise étant contesté par l'assurée, qui y a plus particulièrement relevé des erreurs de fait, il convient d'en examiner la valeur probante. Le Tribunal de céans constate qu'il se fonde sur des examens approfondis auxquels a procédé le Dr N_____. Il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et des dossiers médicaux de l'assurée. Il prend en considération les plaintes exprimées par cette dernière. L'expert a clairement commenté ses observations cliniques et a sollicité l'intervention d'une neuropsychologue. Enfin, il a dûment motivé son point de vue. Ses conclusions sont cohérentes et convaincantes, étant par ailleurs souligné que les erreurs de fait effectivement commises ne sont pas déterminantes pour qu'il se justifie de s'en écarter. Aussi doit-on admettre que son expertise répond aux critères posés par la

jurisprudence relative à la valeur probante des avis médicaux. Reste à examiner s'il existe un indice concret permettant de mettre en cause le bien-fondé de ses conclusions. Le Dr L_____ a confirmé le taux d'incapacité de travail de sa patiente à 100% en novembre 2002, en raison des cervicalgies et lombalgies chroniques et d'un état dépressif marqué. Il préconisait un suivi psychiatrique. En septembre 2004, il se réfère à son avis précédent, ajoutant que l'état dépressif chronique expliquait en partie ses troubles du comportement. Dans son rapport du 4 septembre 2005, il précise que depuis novembre 2002, ce sont surtout les problèmes psychologiques qui prédominent, la patiente oubliant tout et présentant des épisodes de panique. Force est de constater que les observations du Dr L_____, qui n'est au demeurant pas psychiatre, ainsi que les allégations de l'assurée, ne suffisent pas pour s'écarter des conclusions bien motivées de l'expert. C'est dès lors à juste titre que l'OCAI a fondé son appréciation sur le rapport du Dr N_____ s'agissant de l'aspect psychiatrique. En revanche, il y a lieu de constater qu'aucune investigation complémentaire n'a été menée par l'OCAI quant aux troubles dorsaux. Le Dr L_____ a indiqué en novembre 2002 que les cervicalgies et lombalgies étaient chroniques, ne connaissant aucune amélioration, malgré les traitements entrepris, et influençaient la capacité de travail. Il convient de rappeler à cet égard que l'activité professionnelle exercée en dernier lieu par l'assurée est celle d'aide-soignante d'un établissement médico-social. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), 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 judiciaire 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 (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). Il se justifie en l'espèce de renvoyer la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire. Il devra déterminer la capacité résiduelle de travail de l'assurée dans une activité adaptée à son état de santé, après avoir dressé la liste éventuelle des limitations fonctionnelles, calculer le degré d'invalidité et rendre une nouvelle décision.

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