

GE_GERICHTE A/495/2007 vom 2. Oktober 2007

GE Cour de justice, 2007-10-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_495_2007

FR: GE_GERICHTE A/495/2007 du 2 octobre 2007

IT: GE_GERICHTE A/495/2007 del 2 ottobre 2007

Erwägungen

E. 1

Monsieur G _____, né le 1951, d'origine belge, vit en Suisse depuis 1964. Il a travaillé comme professeur de ski entre 1975 et 1985, comme aide éducateur de la petite enfance de 1984 à 1992, puis comme secrétaire de l'X _____ (groupe pour une Suisse sans armée) de 1992 à 2001 et député au Grand-Conseil genevois de 1993 à 2001. Il a exercé une activité de commis-administratif du 15 mai au 30 novembre 2002. Il a été mis au bénéfice de l'assurance-chômage depuis novembre 2003 et a été en incapacité totale de travail depuis fin juillet 2004. Il a déposé le 20 décembre 2004 une demande auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) visant à l'octroi d'une rente.

E. 2

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). 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). Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 23 janvier 2007 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant essentiellement aux années 2003 - 2004, le présent litige sera examiné à la lumière des dispositions de la LPGA. 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. 3

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. Il y a préalablement lieu de relever que par courrier du 23 juillet 2005, reçu par l'OCAI le 26, l'assuré s'est dit surpris de recevoir une décision lui accordant une demi-rente et a déclaré que son état de santé s'était encore aggravé. Ce courrier a été, d'une part, adressé à l'OCAI dans le délai de 30 jours d'opposition, et fait mention, d'autre part, d'un sentiment de surprise à réception de la

décision et d'une aggravation de l'état de santé, dont on peut bien imaginer qu'elle est, le cas échéant, survenue avant même la notification de la décision. Bien que le terme "opposition", ne figure pas expressément, il est facile de comprendre que l'assuré n'est pas satisfait de cette décision. Il appartenait dès lors à l'OCAI de l'interroger sur la qualification à apporter à son courrier. En effet, s'il est douteux qu'un écrit doive être considéré comme une opposition, l'organe d'exécution invitera l'intéressé, en lui impartissant un délai, à préciser s'il veut que la décision critiquée soit revue dans le cadre de la procédure d'opposition (cf Circulaire sur le contentieux publiée par l'Office fédéral des assurances sociales no 2011). Or, il n'apparaît pas des pièces figurant dans le dossier que l'OCAI ait proposé à l'assuré de préciser quelle était son intention. Il n'a de fait pas donné suite à son courrier, de sorte que c'est l'assuré lui-même qui est revenu à la charge le 29 septembre 2005. Il a traité d'emblée ce courrier comme une "demande de révision anticipée" et rendu la décision du 23 janvier 2007. Le Tribunal de céans considère dès lors que la décision du 8 juillet 2005 a fait l'objet d'une opposition et n'est, partant, pas entrée en force, étant admis que la décision du 23 janvier 2007 vaut réponse à l'opposition déposée dans les forme et délai utiles.

E. 5

Le litige porte ainsi sur le droit de l'assuré à des prestations AI, et non pas sur l'examen des conditions de la révision au sens de l'art. 17 LPGA.

E. 6

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). Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004, l'assuré a droit à un quart de rente si le taux d'invalidité atteint 40% au moins, à une demi-rente s'il atteint 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il atteint 60% et à une rente entière s'il atteint 70% au moins.

E. 7

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 AI, 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; Stéphane 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 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine). 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).

E. 8

L'OCAI a reconnu, par sa décision du 8 juillet 2005, le droit de l'assuré à une demi-rente dès le 1^{er} mars 2005, en se fondant sur le taux d'incapacité de travail retenu par la Dresse A_____ dans son rapport du 13 janvier 2005, ainsi que sur les conclusions du Dr C_____ datées du 31 mars 2005, soit 50%. L'assuré s'est opposé à l'octroi d'une demi-rente, alléguant que son état de santé s'était aggravé. Cette aggravation a été confirmée par la Dresse A_____, laquelle a précisé que son patient était incapable de travailler à 100% depuis le 4 avril 2005 (cf. rapport du 24 octobre 2005). Le 3 avril 2007, ce médecin a rappelé qu'elle avait certes évalué l'incapacité de travail de son patient à 50% au début de l'année 2005, mais que la reprise d'un travail à mi-temps à laquelle elle l'avait elle-même encouragé, avait été un échec. Elle constate ainsi qu'il n'y a eu depuis ce moment aucune amélioration, raison pour laquelle elle le considère comme étant incapable de travailler à 100% depuis mars 2005. Consultés, les médecins du SMR ont quant à eux maintenu le taux de 50% initialement retenu, "théoriquement", dans l'activité antérieure de secrétaire, tout en signalant qu' "il nous est difficile de nous déterminer avec exactitude sur la capacité de travail résiduelle", et se demandant si l'octroi, par les décisions des 8 juillet et 10 août 2005, d'une demi-rente seulement, correspondait réellement à la situation. En résumé, le médecin traitant a fixé le taux d'incapacité de travail de l'assuré à 100% depuis avril 2005, taux confirmé par le Dr C_____. Les médecins du SMR estiment en revanche que ce taux est "théoriquement" de 50%, tout en précisant qu'il est difficile de l'évaluer et que peut-être il est en réalité plus élevé. Il y a par ailleurs lieu de rappeler qu'ils ont été chargés de répondre à la question de savoir s'il y a eu ou non aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis juillet 2005, ce qui vient immanquablement fausser le raisonnement. Force est dans ces conditions de constater que le dossier n'est pas en l'état d'être jugé. Il se justifie dès lors d'admettre partiellement le recours et de renvoyer la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire, le cas échéant, expertise, et nouvelle décision.

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