

GE_GERICHTE ATAS/1076/2011 vom 15. November 2011

GE Cour de justice, 2011-11-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1076_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/1076/2011 du 15 novembre 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/1076/2011 del 15 novembre 2011

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, et les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision) et du 6 octobre 2006 (5ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de

A/509/2011 - 9/17 - sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche 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). En l'espèce, les faits pertinents remontent à 2005. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2007, et, après le 1er janvier 2008, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

E. 3

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

E. 4

Il n'est pas contesté que la recourante a droit à une rente entière de l'assurance- invalidité du 1er janvier 2009 au 31 janvier 2010. Le litige porte sur le point de savoir si l'invalidité de la recourante s'est modifiée de telle manière à réduire sa rente à un quart de rente à compter du 1er février 2010. Par ailleurs, est litigieuse également le début du droit à la rente.

E. 5

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 417 ss. consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Selon cette disposition, tout changement important des circonstances propres 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, ATFA non publié du 28 décembre 2006, I 520/05, consid 3.2). 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 (ATF 112 V 372 consid. 2b et

A/509/2011 - 10/17 - 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1).

E. 6

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). C'est le lieu de rappeler l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage, principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). Il en résulte que le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). Depuis le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% 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 (art. 28 al. 2 LAI). 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). Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution

importante de la capacité de travail (ATF 127 V 299).

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

A/509/2011 - 11/17 - 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 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine). 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 LPG), 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3). 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. 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

A/509/2011 - 12/17 - 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). Enfin, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, 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 particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; ATFA non publié du 19 mars 2004, I 751/03 consid. 3.3, RAMA 1985 p. 240 consid. 4).

E. 8

En l'occurrence, dans sa décision litigieuse, l'intimé a considéré que dès novembre 2009, l'état de santé de la recourante s'était amélioré de sorte qu'elle pouvait exercer son activité habituelle à 50%. Suite aux pièces produites par la recourante dans le cadre de la présente procédure, l'intimé est d'avis que l'état de santé de la recourante s'est aggravé dès avril 2009 et qu'une expertise rhumatologique doit être mise en oeuvre par la Cour de céans afin de déterminer la capacité théorique de travail de la recourante. La recourante estime, quant à elle, que les pièces versées au dossier permettent de retenir une incapacité de travail totale dès octobre 2007. Par rapport du 21 avril 2009, le Dr M. _____ a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des séquelles de l'échec chirurgical rachidien (lombosciatalgies droites séquellaires, sur status après cure de hernie discale à plusieurs reprises, troubles statiques et dégénératifs) et un raccourcissement du membre inférieur gauche. L'examineur a conclu que l'assurée présentait une nette aggravation de son état de santé avec la présence de troubles neurologiques sous la forme d'un déficit sensitif, associés à un syndrome radiculaire irritatif et un trouble de la force avec amyotrophie constatée. Cette aggravation de la symptomatologie sur le plan neurologique était indéniable par rapport à l'évaluation qu'il avait faite le 29 novembre 2007. Sur le plan ostéoarticulaire, il existait une nette diminution de la mobilité au niveau du rachis lombaire, dans un contexte de déconditionnement global, le tout aggravé par une surcharge pondérale et d'importants troubles arthrosiques. Ce médecin a estimé que depuis janvier 2005, la capacité de travail était de 80% dans une activité adaptée, telle que l'était son activité habituelle. Dès janvier 2008, l'incapacité de travail était totale. Après une période de réentraînement progressif à l'effort, un reconditionnement musculaire et une réadaptation au monde du travail sur une période de six mois, il était vraisemblable que l'assurée puisse retrouver une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle.

A/509/2011 - 13/17 - La Cour de céans constate que ce rapport repose sur des examens de la recourante et l'étude de son dossier médical. L'anamnèse est détaillée et les plaintes de la recourante ont été prises en considération. Le rapport est bien motivé, il explique notamment les diagnostics retenus et expose en outre de façon claire et précise les limitations fonctionnelles qu'impliquent les atteintes dont souffre la recourante ainsi que le taux de sa capacité de travail. Les conclusions de l'examineur sont ainsi dûment motivées.

Il y a donc lieu de reconnaître une pleine valeur probante à ce rapport, ce que les parties ne contestent au demeurant pas. Il résulte par ailleurs des pièces versées à la procédure - et l'intimé ne le conteste plus - que suite à l'examen effectué le 20 avril 2009 par le Dr M _____, l'état de santé de la recourante ne s'est pas amélioré (rapport du 14 décembre 2009 du Dr T _____), la discopathie L4-L5 ayant évolué de manière défavorable (rapport du 23 avril 2010 de la Dresse S _____), de sorte que la recourante présente d'une part une symptomatologie séquellaire neurologique L5-S1 et d'autre part une symptomatologie mécanique, pour lesquelles les moyens thérapeutiques restent limités (rapports du Dr N _____ des 2 septembre et 23 novembre 2010). Dans la mesure où l'aggravation des atteintes présentées par la recourante est survenue après l'examen effectué par le Dr M _____ le 20 avril 2009 - date à laquelle la recourante présentait déjà une incapacité de travail totale dans toute activité - il y a lieu de retenir que ce taux d'incapacité a perduré depuis lors. Ce fait est au demeurant attesté par les médecins ayant examiné la recourante (rapports du Dr T _____ des 14 décembre 2009 et 23 août 2010 et rapports du Dr N _____ des 2 septembre et 23 novembre 2010). Ainsi au vu de l'ensemble des rapports médicaux versés à la procédure, il y a lieu de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante présentait une capacité de travail de 80% dans son activité habituelle dès le 1er janvier 2005 et, à compter du 1er janvier 2008, une incapacité de travail totale qui a perduré à tout le moins jusqu'à la date déterminante de la décision sur opposition, soit jusqu'au 3 février 2011. Il y a encore lieu de préciser que la mise en oeuvre d'une expertise complémentaire, demandée par l'intimé, n'apporterait selon toute vraisemblance aucune constatation nouvelle, mais uniquement une appréciation médicale supplémentaire sur la base d'observations identiques à celles des médecins déjà consultés. Il apparaît dès lors superflu d'administrer d'autres preuves et la demande de l'intimé doit être rejetée (sur l'appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Compte tenu de ce qui précède, c'est à tort que l'intimé a retenu une amélioration de la capacité de gain de la recourante à compter de novembre 2009, de sorte que la limitation du droit à la rente entière au 31 janvier 2010 ne se justifie pas.

A/509/2011 - 14/17 - La décision doit par conséquent être annulée sur ce point, la recourante ayant droit au maintien de la rente entière postérieurement au 31 janvier 2010.

E. 9

Il convient encore de déterminer le début du droit à la rente, la recourante contestant la date retenue par l'intimé. En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à la rente au sens de l'art. 28 prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPG), ou dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPG). Le délai d'attente pendant lequel l'incapacité de travail doit être en moyenne de 40% au moins est d'une année. Pour la détermination de l'incapacité de travail moyenne pendant le délai d'attente, les motifs de santé auxquels l'incapacité de travail doit être attribuée importent peu. Ces causes peuvent être de différente nature et intervenir successivement ou de manière cumulative. Le délai d'attente est réputé avoir commencé dès qu'il a été possible de constater une incapacité de travail indiscutable au vu des circonstances, une réduction de la capacité de travail de 20 % étant d'ailleurs, en règle générale, déjà considérée comme significative (Pratique VSI 1998 p. 126). Outre une incapacité de travail moyenne de 40%

pendant l'année de carence, la personne assurée doit présenter une invalidité de 40% à l'échéance de ce délai (art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). Pour les personnes exerçant une activité à temps partiel, il y a lieu de se fonder sur la moyenne pondérée de l'incapacité de travail dans les deux domaines, par analogie avec la détermination du taux d'invalidité (ATF 130 V 97). On décidera que l'assuré appartient à la catégorie des assurés exerçant une activité lucrative à temps complet, des assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel ou des assurés non actifs en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des

A/509/2011 - 15/17 - assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

E. 10

En l'occurrence, dans la mesure où le calcul de l'incapacité de travail moyenne et du délai d'attente est effectué différemment selon que l'assuré a un statut d'actif à plein temps ou à temps partiel, il y a lieu d'examiner si le statut d'actif à temps partiel (75% professionnel/25% ménager) retenu par l'intimé - et contesté par la recourante - est correct. Il ressort des pièces versées au dossier que si la recourante a certes travaillé à 75% en tant que secrétaire à l'Ecole X_____ entre février 2004 et février 2005, il n'en demeure pas moins que cette activité était à une occupation temporaire qui lui a été proposée par l'Etat de Genève, une fois les indemnités journalières du chômage épuisées. On ne saurait donc en déduire, sans autres, que ce taux partiel correspondait au choix de la recourante, ce d'autant plus que cette activité a été effectuée alors que la recourante présentait déjà une atteinte à la santé ayant une répercussion sur sa capacité de travail. La Cour de céans constate cependant que la recourante a travaillé d'octobre 2000 à janvier 2002 à plein temps, puis qu'elle a été à la recherche d'un emploi à 100% de février 2002 à janvier 2004. A cela s'ajoute le fait qu'au moment de la décision litigieuse, la recourante et son mari - employé en tant que chef technique - avaient encore à charge leurs deux enfants nés en 1988 et en 1992, ceux-ci étant alors en formation. Il apparaît dès lors, au degré de la vraisemblance prépondérante, que sans atteinte à la santé, la recourante aurait travaillé à temps complet, de sorte que son statut est celui d'un assuré actif. Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de calculer le délai d'attente uniquement sur la base du taux de l'incapacité de travail présenté par la recourante. Dans la mesure où la recourante a été en incapacité de travail à 20% dès janvier 2005 et à 100% dès janvier 2008, il apparaît que le délai d'attente, pendant lequel elle a présenté une incapacité de travail moyenne de 40% pendant une année, a échoué le 31 mars 2008 (9 mois de l'année 2007 à 20% et 3 mois de

l'année 2008 à 100% ; soit $[(9 \times 20) + (3 \times 100)] / 12 = 40\%$). A l'échéance de ce délai et compte tenu de son incapacité de travail totale dans toute activité (rapport du Dr M_____ du 21 avril 2009), la recourante présentait par ailleurs une invalidité de 100%. En conséquence, la recourante doit se voir reconnaître un degré d'invalidité de 100% lui ouvrant droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er avril 2008. C'est par conséquent à tort que la décision litigieuse ouvre le droit à la rente entière à compter du 1er janvier 2009 seulement. Pour ce motif également, la décision doit être annulée.

A/509/2011 - 16/17 -

E. 11

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 3 février 2011 sera annulée ; la recourante ayant droit à une rente entière dès le 1er avril 2008 pour une durée indéterminée. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 1'500 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 500 fr.

A/509/2011 - 17/17 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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