

GE_GERICHTE ATAS/1099/2011 vom 22. November 2011

GE Cour de justice, 2011-11-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1099_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/1099/2011 du 22 novembre 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/1099/2011 del 22 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, est applicable au cas d'espèce.

E. 3

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

E. 4

Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, singulièrement sur son degré d'invalidité.

E. 5

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, 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 raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. 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. En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). 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 273, consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne

une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré

A/2575/2011 - 13/20 - (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPG) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que 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.

E. 6

Oktober 2000, 2ème éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61).

E. 7

a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 16 LPG). La comparaison des revenus s'effectue en règle générale en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus, puis en les confrontant l'un à l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés

A/2575/2011 - 15/20 - exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente. Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (ATF 129 V 222, consid. 4.1; ATF 128 V 174). b) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n° U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, si avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération

inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATF I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3; ATF B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2). c) Le Tribunal fédéral a précisé que lors de la détermination du revenu d'invalidé, il convient généralement de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table de l'Enquête suisse des salaires TA1, à la ligne "total secteur privé" (ATF 124 V 321, consid. 3b/aa). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers, voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsque avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le

A/2575/2011 - 16/20 - secteur en question est adapté et exigible (ATF 9C_142/2009 du 20 novembre 2009, consid. 4.1; ATF 9C_237/2007 du 24 août 2007, consid. 5.1; RAMA 2000 n° U 405, consid. 3b). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75, consid. 5b).

E. 8

S'agissant de l'expertise du Dr L_____, elle correspond en tous points aux exigences jurisprudentielles. Le rapport de ce médecin se fonde en effet sur une étude du dossier médical de l'assurée, relate ses plaintes de manière détaillée et contient une anamnèse fouillée. Il a été établi après un examen clinique approfondi, complété par des discussions avec les médecins traitants de l'assurée. L'expert a de plus soigneusement motivé ses conclusions, en exposant de manière convaincante les motifs qui l'amenaient à s'écarter de celles de la Dresse C_____. Il convient dès lors de lui conférer une pleine valeur probante. Les critiques de l'assurée sur le rapport d'expertise tombent à faux. S'agissant d'abord de la durée de l'examen, on rappellera qu'il ne s'agit pas là d'un élément déterminant pour définir si l'expertise a valeur probante ou non, comme le souligne à juste titre l'OAI. En effet, le travail de l'expert ne se limite pas à l'entretien mais se poursuit ensuite par l'analyse des propos recueillis et du comportement observé (ATF I 746/05 du 30 mai 2006, consid. 2.3). Les spécialistes ne posent au demeurant aucune durée minimale pour un examen clinique dans le cadre d'une expertise psychiatrique (Lignes directrices de la Société suisse de psychiatrie d'assurance pour l'expertise médicale des troubles psychiques, in: Bulletin des médecins suisses, 2004/85, n° 36, p. 1905). L'assurée indique que le laps de temps n'était pas suffisant pour qu'elle puisse exprimer librement ses troubles. Or, le Dr L_____ a recensé précisément les douleurs et les plaintes psychiques qu'elle a alléguées, de sorte que cette objection paraît manifestement infondée. De plus, les conclusions d'une expertise psychiatrique ne reposent pas exclusivement sur la perception subjective par un assuré de son état psychique, mais également sur les observations de l'expert. Des déclarations complémentaires de l'assurée ne suffiraient ainsi

pas à établir la gravité d'une atteinte psychique, en l'absence d'éléments objectifs concordants constatés par le médecin. En l'espèce, celui-ci a expliqué précisément pour quels motifs les différents éléments constitutifs d'un état dépressif sévère ne pouvaient être retenus. S'agissant des symptômes évoqués par le Dr F _____, que l'expert a écartés, on ne saurait y voir un « sabotage », contrairement à ce qu'allègue l'assurée. En effet, l'expert avait précisément pour mission de déterminer si l'état de santé de cette dernière s'était aggravée. Dans ce cadre, il était nécessaire qu'il discute de chaque symptôme allégué à l'appui de cette détérioration par le Dr F _____ afin de motiver ses conclusions. Quant

A/2575/2011 - 17/20 - à la discordance avec les conclusions de la Dresse C _____, le Dr L _____ a également expliqué pourquoi il n'y adhérerait pas. Il convient d'ailleurs de souligner que les constatations de cette experte n'avaient pas non plus emporté la conviction du SMR. Enfin, contrairement à ce qu'allègue l'assurée, le pronostic quant à l'évolution de ses troubles psychiques n'était pas défavorable. Lors de l'expertise de 2006, les médecins avaient en effet relevé que le trouble anxio-dépressif pourrait s'amender grâce à une prise en charge psychiatrique. Or, l'assurée consulte depuis régulièrement le Dr F _____ et le traitement psychotrope est à dires d'expert correctement dosé. Ainsi, il n'y a rien de surprenant à ce que le Dr L _____ ne constate pas d'aggravation par rapport à 2006. Dans ces conditions, les conclusions de l'expertise du Dr L _____ apparaissent convaincantes et la Cour de céans ne s'en écartera pas. Partant, par appréciation anticipée des preuves, il n'y a pas lieu d'ordonner un complément d'expertise. Les atteintes somatiques de l'assurée ne semblent pas s'être aggravées de manière durable depuis l'expertise réalisée par la Dresse D _____. En particulier, la discopathie L4-L5 signalée par le Dr A _____ dans son rapport du 4 août 2010 avait déjà été mise en évidence dans le rapport radiographique du Dr B _____ en 2003, et l'experte rhumatologue en avait également tenu compte. S'agissant du tunnel carpien bilatéral, une intervention chirurgicale est prévue afin d'y remédier, de sorte qu'il n'est pas démontré que cette atteinte nouvelle entraîne une incapacité de travail durable, et la Dresse J _____ n'y conclut d'ailleurs pas. On notera de plus que cette atteinte est apparue en janvier 2009 et que la demande de révision de la rente en raison d'une aggravation de l'état de santé date du 29 mars 2010, soit plus d'une année après. Si cette affection avait une incidence durable sur la capacité de travail de l'assurée, il est vraisemblable qu'elle aurait demandé la révision de son droit à la rente plus tôt après sa découverte. Les lombosciatalgies diagnostiquées par le Dr G _____ en juillet 2010 ne constituent quant à elles pas un élément nouveau, puisqu'elles ont été mentionnées dans l'expertise rhumatologique et que leur incidence sur la capacité de travail a été prise en considération par la Dresse D _____ qui a conclu à une inaptitude à poursuivre une activité de nettoyeuse et a fait état de limitations fonctionnelles adaptées aux problèmes dorsaux de l'assurée. Or, en l'absence de détérioration organique, l'intensification des douleurs ressenties ne suffit pas à établir une aggravation de l'invalidité. Enfin, contrairement à ce qu'allègue l'assurée, on ne saurait conclure que les limitations fonctionnelles retenues par le Dr G _____ restreignent sa capacité de travail à deux à trois heures par jour au maximum. Ce médecin a certes mentionné que des activités dans différentes positions étaient possibles deux à trois heures au maximum. Il n'a cependant pas mentionné qu'il s'agissait d'une limite journalière, de sorte que cette indication doit

A/2575/2011 - 18/20 - être comprise dans le sens qu'un changement de positions est nécessaire après deux à trois heures au plus. En conséquence, on ne peut retenir d'aggravation durable de l'état de l'assurée au plan somatique.

E. 9

Reste à examiner le calcul d'invalidité auquel a procédé l'intimé. Il sied de souligner que le calcul du degré d'invalidité du 22 juin 2011 reprend en réalité celui qui a été effectué en 2006. A défaut d'aggravation démontrée de l'état de santé restreignant la capacité de travail, il est conforme au droit de reprendre le calcul qui a déjà été effectué lors de la décision initiale de refus de rente. Reste que le calcul du 14 juin 2006 fait référence aux revenus réalisables en 2006. Or, l'assurée a été incapable d'exercer sa profession de nettoyeuse dès le 15 décembre 2003, de sorte que le délai de carence d'un an s'est achevé en 2004, qui est donc l'année déterminante pour la naissance du droit à la rente. Il n'y a pas lieu d'indexer le revenu statistique de 3'893 fr. pour 40 heures. Il doit cependant être ajusté à la durée de travail moyenne, qui était de 41.7 heures en 2004 selon la Statistique de la durée normale du travail dans les entreprises de l'OFFICE FEDERAL DE LA STATISTIQUE, ce qui correspond à un revenu mensuel de 4'058 fr. et un revenu annuel de 48'696 fr. et de 43'826 fr. après abattement de 10 %. Quant au revenu sans invalidité, on peut reprendre les chiffres de l'OAI, correspondant aux revenus réalisés auprès des deux employeurs de l'assurée en 2003, soit 29'400 fr. et 16'380 fr. ou 45'561 fr. au total en 2003. Il convient d'indexer ce revenu à 2004 selon l'Indice suisse des salaires (1.7 % pour les femmes), ce qui le porte à 46'284 fr. La comparaison de ces revenus donne un degré d'invalidité de 5.31 %, qui doit être arrondi à 5 % (ATF 130 V 121, consid. 3.2). S'agissant de la réduction de 10 %, il convient de rappeler que l'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation de l'autorité (ATF 132 V 393, consid. 3.3) et que le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75, consid. 6). Conformément à l'art. 61 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative (LPA; E 5 10), seul l'abus ou l'excès du pouvoir d'appréciation peut être revu par le Tribunal de céans. Il y a abus du pouvoir d'appréciation lorsque l'autorité, tout en restant dans les limites du pouvoir d'appréciation qui est le sien, se fonde sur des considérations qui manquent de pertinence et sont étrangères au but visé par les dispositions légales applicables, ou viole des principes généraux du droit tels que l'interdiction de l'arbitraire et de l'inégalité de traitement, le principe de la bonne foi et le principe de la proportionnalité (ATF C 114/01 du 28 juin 2002, consid. 2b/aa; ATF 123 V 150, consid. 2). Il y a excès du pouvoir d'appréciation notamment dans le cas où l'excès de pouvoir est négatif, soit lorsque l'autorité considère qu'elle est liée, alors que la loi l'autorise à statuer selon son appréciation, ou qu'elle renonce d'emblée en tout ou partie à exercer son pouvoir d'appréciation

A/2575/2011 - 19/20 - (ATF 9C_280/2010 du 12 avril 2011, consid. 5.1 ; ATF 116 V 307, consid. 2). En l'occurrence, l'abattement de 10 % n'est pas critiquable compte tenu du fait que l'assurée n'a pas un âge très avancé et qu'elle dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Quoi qu'il en soit, même en tenant compte de l'abattement maximal de 25 %, le revenu d'invalidité serait de 36'522 fr. et la comparaison avec le revenu sans invalidité aboutirait à un degré d'invalidité de 21.1 %, qui reste insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

E. 10

S'agissant enfin de la violation du droit d'être entendue que l'assurée tire du fait que l'OAI ne s'est pas déterminé sur les arguments soulevés dans ses observations, la Cour de céans rappelle que le devoir de motiver une décision découle du droit d'être entendu, et a pour but de permettre au justiciable de connaître les fondements de la décision afin de pouvoir la contester (ATF 135 V 65, consid. 2.4). Le droit d'être entendu est de nature formelle, et sa violation conduit à l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès au fond. Selon la jurisprudence, une violation du droit d'être entendu peut toutefois être considérée comme réparée lorsque l'intéressé a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours disposant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 431, consid. 3d/aa). En l'occurrence, l'OAI ne s'est pas expressément prononcé sur les objections de l'assurée. Si l'on peut regretter cette carence, la décision litigieuse a été soumise à l'examen de la Cour de céans, qui jouit d'une cognition entière, et devant laquelle l'OAI s'est déterminé sur les moyens soulevés par l'assurée à la suite du projet de décision. A supposer qu'il y ait eu violation du droit d'être entendu, ce vice doit dès lors être considéré comme réparé, conformément à la jurisprudence citée, et le grief de l'assurée écarté.

E. 11

Eu égard à ce qui précède, le recours sera rejeté. La procédure n'étant pas gratuite en matière d'assurance-invalidité, l'assurée supportera l'émolument de 200 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

A/2575/2011 - 20/20 - 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.