

GE_GERICHTE ATAS/1153/2011 vom 29. November 2011

GE Cour de justice, 2011-11-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1153_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/1153/2011 du 29 novembre 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/1153/2011 del 29 novembre 2011

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Depuis le 1er janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Interjetés dans les forme et délai prévus par la loi, les trois recours sont recevables (art. 56 et 60 LPGA).

E. 3

Le litige porte sur la question du maintien d'une rente entière d'invalidité dont la recourante a droit dès le 31 août 2002 et de rentes complémentaires en faveur de ses enfants, singulièrement sur celle de savoir si l'état de santé de la recourante s'est amélioré au mois de juillet 2008 au point de ne plus présenter une invalidité ouvrant le droit aux prestations.

E. 4

a) 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. 2 et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Conformément à cette disposition, lorsque l'invalidité d'un bénéficiaire de rente subit une modification de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence (ATFA non publié du 30 août 2005, I 362/04, consid. 2.2). Selon la jurisprudence, 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 et que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver la révision de celle-ci. 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 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

b) 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

A/1472/2009 - 25/32 - conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2d; RCC 1984 p. 137). Selon cette disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'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.

E. 5

a) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un 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.

b) 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 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).

E. 6

a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

b) 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, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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

A/1472/2009 - 26/32 - 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; S. BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). 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).

Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 du médecin 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 et les références). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000 p. 268).

c) 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).

Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écartier d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions,

A/1472/2009 - 27/32 - ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa 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).

E. 7

a) En l'espèce, il n'est pas contesté que, sans atteinte à sa santé, la part de l'activité professionnelle de la recourante aurait été de 75% et que, par conséquent, la part des travaux habituels aurait été de 25%.

En revanche, la recourante critique le taux d'invalidité dans une activité lucrative de 21%, respectivement 0% retenu par l'Office AI à compter de juillet 2008, respectivement janvier 2009, ainsi que le taux de diminution de rendement de 10 % pris en compte (au lieu de 25 %) lors de l'estimation du gain réalisable avec invalidité, justifiant la suppression de son droit à une rente entière d'invalidité.

b) Le dossier renferme différents avis médicaux au sujet de la capacité, respectivement incapacité de gain de la recourante et de sa survenance.

Le rapport d'expertise du COMAI du 7 décembre 2005 permet de retenir qu'à cette date, la capacité de gain de la recourante ne s'était pas améliorée, puisqu'il y est indiqué que l'assurée demeurait inapte à exercer une quelconque activité. Cette inaptitude totale était justifiée essentiellement par les affections psychiques (trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptôme psychotique).

Dans le rapport du BREM du 29 novembre 2007 – qui remplit toutes les exigences formelles auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352), puisqu'il a été établi sur la base du dossier médical complet, repose sur un examen approfondi, prend en considération les plaintes de la recourante et ses conclusions sont convaincantes –, les experts ont estimé que les affections psychiques dont souffrait la recourante (syndrome somatoforme douloureux persistant et dysthymie) n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail et qu'en raison des seules affections physiques, la recourante disposait d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à compter du mois de juillet 2008 (soit à l'issue du congé A/1472/2009 - 28/32 - de maternité de 16 semaines), puis de 75% dès janvier 2009; ils ont exposé notamment que, contrairement aux experts du COMAI, ils n'avaient pas trouvé de signes cliniques parlant pour un trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptôme psychotique, mais que l'assurée présentait une dysthymie. Il faut dès lors considérer que, postérieurement à l'expertise du COMAI, l'état de santé psychique de la recourante a connu une amélioration.

L'avis des experts du BREM au sujet de l'aspect psychique a été corroboré par le rapport d'examen clinique psychiatrique du Dr C_____ du 9 décembre 2008, dont les conclusions résultent d'une analyse complète de l'aspect psychique des troubles dont souffre la recourante.

En revanche, l'avis – divergent – du Dr C_____, psychiatre traitant de la recourante, et de Madame I_____, psychologue traitante, du 17 octobre 2008 n'est pas suffisamment détaillé et motivé pour remettre en cause valablement l'avis des experts du BREM au sujet de l'intensité de ses troubles psychiques. En réalité, les thérapeutes précités se limitent à exprimer un avis divergent, sans faire état d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise du BREM et suffisamment pertinents pour remettre en cause l'analyse approfondie de ce dernier. Leur

audition par la Chambre de céans n'a non plus apporté d'élément nouveau de nature à remettre en cause le rapports d'expertise du BREM; s'il est exact que, pour la première fois, le Dr C_____ a déclaré avoir diagnostiqué des troubles anxieux généralisés avec des symptômes phobiques, il n'est pas moins vrai qu'invité par la Chambre de céans à décrire de manière détaillée ce qui, dans l'évolution de la recourante, pouvait être compatible avec ce nouveau diagnostic, le médecin précité s'est limité à exposer une nouvelle fois son appréciation du cas, sans toutefois mentionner les éléments lui permettant de retenir le diagnostic de troubles anxieux généralisés avec des symptômes phobiques. Cette seule allégation d'un nouveau diagnostic ne suffit ainsi pas à remettre en cause de l'analyse des médecins du BREM appuyée par celle du Dr C_____.

De même, l'avis du Dr P_____ au sujet de l'aspect psychique n'est pas de nature à remettre en cause les conclusion des experts du BREM et du Dr C_____, dans la mesure où, non spécialiste en psychiatrie, il a délégué cet aspect à d'autres médecins ou thérapeutes et qu'en particulier, il ne fait pas état d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés par les experts précités et seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause leur analyse.

Enfin, en ce qui concerne l'aspect somatique et contrairement à ce que soutient la recourante, le rapport du Dr D_____ du 29 janvier 2009 ne permet pas de retenir une péjoration de son état à compter du mois de juillet 2008. En effet, le médecin s'est limité à conclure à une péjoration de l'état de la recourante par rapport

A/1472/2009 - 29/32 - à septembre 2001, sans dire quand elle est intervenue. En d'autres termes, son rapport n'est pas incompatible avec l'avis des experts du BREM à ce sujet.

Au bénéfice des explications qui précèdent, la Chambre de céans fait siennes les conclusions du rapport d'expertise du BREM du 29 novembre 2007, en particulier au sujet d'une amélioration de l'état de santé de la recourante à compter du mois de juillet 2008 et de sa capacité à travailler dans une activité adaptée à 50% de juillet 2008 à décembre 2008, puis à 75% dès janvier 2009.

Compte tenu de l'art. 28a al. 1 RAI, ce n'est qu'à partir du mois d'octobre 2008 qu'une éventuelle diminution voire une suppression de la rente entière d'invalidité ne pouvait être envisagée.

E. 8

a) Lorsqu'il y a lieu d'appliquer la méthode mixte d'évaluation, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA).

Concrètement, lorsque la personne assurée ne peut plus exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu qu'elle aurait pu obtenir effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'elle pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu sans invalidité). Autrement dit, le dernier salaire que la personne assurée aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse - et non celui qu'elle aurait pu réaliser si elle avait pleinement utilisé ses possibilités de gain (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb p. 157) - est comparé au gain hypothétique qu'elle pourrait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap (ATF 125 V 146 consid. 5a p. 154).

b) Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). 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 (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 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

A/1472/2009 - 30/32 - service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5). La réduction des salaires ressortant des statistiques ressortit en premier lieu à l'Office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité a, dans le cas concret, adopté dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 p. 81; 123 V 150 consid. 2 p. 152 et les références; ATF non publié du 20 janvier 2010, 9C_377/2009, consid. 4.2). Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). 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 non publié du 25 mai 2007, I 428/06).

E. 9

En l'espèce, l'Office AI a commencé par déterminer le revenu d'invalidité exigible à 23'894 fr. (avec une capacité résiduelle de 50%), respectivement 32'257 fr. (avec une capacité résiduelle de 75%), en se basant sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2002, TA1, niveau 4, pour une femme, ligne «total», avec une baisse de rendement de 10%, puis l'a comparé à un revenu sans invalidité de 30'394 fr. Il en a conclu qu'il y avait 21% d'invalidité (avec une capacité résiduelle de 50%), respectivement une absence de perte de gain (avec une capacité résiduelle de 75%). En tenant compte d'un empêchement dans la tenue du ménage était de 50.15%, l'intimé a conclu que le degré d'invalidité résultant des deux domaines était de 28.8% arrondi à 29% (21% pour l'activité professionnelle et 12.5% [50.1% de 25%] comme femme de ménage), respectivement 12.5% arrondi à 13% (0% pour l'activité professionnelle et 12.5% comme femme de ménage). Par rapport à ce calcul, la

recourante reproche à l'Office AI d'avoir pris en compte, dans la détermination du revenu avec invalidité, un taux de rendement de 10% seulement au lieu de 25%. Elle soutient que compte tenu des limitations liées à ses divers handicaps, de son âge (47 ans), de sa nationalité, de son taux d'occupation réduit, du fait que seule une activité légère serait théoriquement envisageable, une déduction de 25% sur le salaire aurait dû être prise en considération.

A/1472/2009 - 31/32 - L'Office AI a motivé le taux de réduction de 10% par l'importance des limitations fonctionnelles de la recourante. Si c'est à juste titre que l'intimé n'a pas pris en compte l'âge (47 ans) de la recourante (VSI 1999 p. 246 consid. 4C; M. Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, Genève Bâle Zurich 2011, n° 2135), la Chambre de céans est d'avis qu'il aurait également dû tenir compte de la méconnaissance du français de la recourante, ce qui aurait dû l'amener à prendre en compte une réduction de 15%. Cependant, même en prenant en compte une baisse de rendement de 15%, le taux d'invalidité global n'atteint pas 40%. En effet, réduits de 15%, les revenus avec invalidité de 22'567 fr. (pour une activité à 50%) et de 30'465 fr. (pour une activité à 75%) entraînent une invalidité de 25.8% arrondis à 26% (pour une activité à 50%), respectivement de 0% (pour une activité à 75%); le degré d'invalidité résultant de l'activité professionnelle (26.8%, respectivement 0%) et de l'activité ménagère (12.5%) est dans les deux cas inférieur à 40% (38.3%, respectivement 12.5%). En définitive, la Chambre de céans retiendra que le degré d'invalidité de la recourante s'élevait effectivement à un taux inférieur à 40% à compter du mois de juillet 2008, ce qui justifiait la suppression de sa rente entière d'invalidité – et des rentes complémentaires y relatives – à compter du mois d'octobre 2008 et non pas déjà du mois de juillet 2008 comme retenu par l'intimé. Ses décisions devront être modifiées dans ce sens.

E. 10

La recourante, qui obtient partiellement gain de cause pour un motif qu'elle n'a pas soulevé, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que le Tribunal fixe en l'espèce à l'000 fr. (art. 61 let. g LPGa).

A/1472/2009 - 32/32 - 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.