

GE_GERICHTE ATAS/1371/2008 vom 11. November 2008

GE Cour de justice, 2008-11-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1371_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/1371/2008 du 11 novembre 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/1371/2008 del 11 novembre 2008

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) et la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision) sont entrées en vigueur respectivement les 1er janvier 2003 et 1er janvier 2004, entraînant de nombreuses modifications légales dans l'assurance-invalidité. Compte tenu de la date de la décision administrative litigieuse (29 mai 2007), il y lieu d'examiner les prétentions de la recourante à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, pour la période courant jusqu'à cette date, puis en tenant compte des modifications législatives entrées en vigueur le 1er janvier 2003, pour la période du 1er janvier 2003 au 31 décembre 2003, et enfin de l'entrée en vigueur de la 4ème révision de l'AI, pour la période courant depuis le 1er janvier 2004. En effet, la législation applicable en cas de changement de règles de droit reste celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 130 V 446 sv. consid. 1.2.1, 127 V 467 consid. 1, 126 V 166 consid. 4); par ailleurs, les faits sur lesquels le juge des assurances sociales peut être amené à se prononcer sont ceux qui se sont produits jusqu'au moment de la décision administrative litigieuse (ATF 121 V 366 consid. 1b).

E. 3

Cela étant, la LPGA et la 4ème révision de l'AI n'ont modifié ni la notion d'invalidité, ni la manière d'évaluer le taux d'invalidité, ni les conditions permettant de fixer le début du droit à la rente ou de modifier ce droit (ATF 130 V 343, 393; arrêt I. du 5 septembre 2005, I 603/04, consid. 5). Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance- invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit puisque le recours a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

E. 4

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.

E. 5

Le litige porte sur la suppression à compter du 1er juillet 2001 de toute rente octroyée à la recourante.

E. 6

Selon l'art. 41 LAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002), si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est, pour l'avenir, augmentée, réduite ou supprimée. Tout changement important de circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une 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, ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). 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). 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 390 consid. 1b). Un motif de révision 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). 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, ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

E. 7

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). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid. 1; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01). 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 (ATF 125 V 261 consid. 4).

A/2445/2007 - 15/20 -

E. 8

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). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

E. 9

En l'espèce, il s'agit d'examiner si le degré d'invalidité de la recourante s'est notablement modifié depuis le 1er juillet 2001. Pour ce faire, il convient de comparer les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision d'octroi de rente du 22 avril 2005, à ceux existant au moment de la décision litigieuse du 29 mai 2007.

A/2445/2007 - 16/20 -

E. 10

Lors de la décision initiale d'octroi de rente, l'intimé a reconnu à la recourante souffrant de cervicalgies, un degré d'invalidité de 50% du 1er septembre au 30 juin 2001. L'incapacité de travail était totale dans son activité habituelle depuis le 15 février 2000, puis à 50% du 1er mai au 14 juin 2001. Aucun autre type d'activité professionnelle ne pouvait être raisonnablement exigé d'elle. La question du taux d'incapacité de travail dès le 15 juin 2001 devait, quant à elle, faire l'objet d'une instruction complémentaire.

E. 11

La recourante a été soumise, à la demande de l'intimé, à une expertise neurologique, rhumatologique et psychiatrique, effectuée par le Dr R_____, spécialiste en médecine

interne et en rhumatologie, le Dr T _____, spécialiste en neurologie, et le Dr S _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecins auprès de la CRR. Dans son rapport de synthèse du 11 juillet 2005, le Dr R _____ a retenu des troubles dégénératifs du rachis lombaire et cervical ayant une répercussion sur la capacité de travail de la recourante (discopathie étagée C3-C7 et D12-S1, rétrolisthésis de L1, L2 et L3, pseudo-spondylolisthésis de L4 sur L5 et zygarthrose lombaire étagée). Le Dr R _____ a expliqué qu'au terme de leur entretien de synthèse, ils avaient admis que l'assurée présentait une atteinte significative à la santé, caractérisée principalement par d'importants troubles dégénératifs et statiques rachidiens. Il leur paraissait juste de retenir une incapacité de travail significative dans l'activité de vendeuse, de 50% depuis le 15 février 2000. L'incapacité était fixée pour une longue durée, voire définitivement fixée. Enfin, l'atteinte était irréversible et les mesures médicales ne pouvaient apporter qu'une amélioration du confort de vie. S'agissant enfin de la question de savoir à quel taux une activité de type administratif pourrait être exigée et depuis quand, l'expert a indiqué que ce point était beaucoup plus délicat à trancher. Si l'on admettait que l'incapacité de longue durée était essentiellement liée aux troubles dégénératifs rachidiens, en particulier lombaires, et qu'après le mois de février 2000, les taux d'incapacité de 100% liés aux cervico-brachialgies d'une part, à l'état dépressif d'autre part, n'avaient été que transitoires, on devait évidemment reconnaître qu'une activité adaptée, de type administratif, pouvait être exigée en tout temps. Le Dr R _____ a précisé que le tableau douloureux s'était considérablement modifié depuis la demande de prestations AI, dans la mesure où les cervico-brachialgies avaient cédé le devant de la scène à des lombalgies. Les documents d'imagerie montraient des altérations anatomiques sévères sous forme de troubles dégénératifs intéressant particulièrement les étages lombaires hauts. Ainsi, contrairement à l'impression qui se dégageait de l'étude du dossier, il existait une cohérence entre les plaintes, les limitations fonctionnelles lombaires, le niveau

A/2445/2007 - 17/20 - douloureux identifié à la palpation ainsi qu'à la sollicitation mécanique et les lésions révélées par l'imagerie. Selon les experts, on ne pouvait par ailleurs attendre des mesures de réadaptation qu'elles améliorent la capacité de travail, et ce vu l'âge et le contexte socioculturel de l'expertisée. Aux questions expressément posées par le Tribunal de céans, le Dr R _____ a répondu le 14 février 2008, que la capacité de travail de l'assurée dans une activité de type administratif, soit dans le secteur de la vente notamment, compte tenu des limitations fonctionnelles, notamment, était de plus de 70% du 1er juillet 2001 au 4 juillet 2005, jour de l'expertise.

E. 12

Le Tribunal de céans observe ainsi que le Dr R _____ a confirmé, dans un premier temps, l'appréciation du médecin traitant le Dr L _____ (rapport du 6 avril 2001, procès-verbal d'audience du 2 février 2004), en retenant un taux de 50% dans l'activité habituelle de vendeuse dès le 15 juin 2001, puis a déclaré au Tribunal de céans que l'assurée pouvait travailler à plein temps dans le secteur de la vente. Il est vrai qu'il a précisé que l'activité devait respecter les limitations fonctionnelles, soit pas de position assise ou debout prolongées et pas de port de charges de plus de 5 kg. Force est de constater toutefois que de telles limitations excluent en réalité la possibilité d'exercer le métier de vendeuse. Ce taux de 100% ne saurait dès lors être retenu sans autre. Au vu des limitations que présente l'assurée, il se justifie au contraire de considérer le 50% dans son activité de vendeuse.

E. 13

S'agissant de la question de la capacité de travail dans une activité adaptée, le Tribunal de céans ne saurait se rallier sur ce point aux conclusions du Dr R_____. En effet, il y a lieu de rappeler que l'intimé a retenu, dans sa décision du 22 avril 2005 entrée en force, qu'aucune activité adaptée n'était alors exigible. Or, aucun élément au dossier ne permet de retenir que l'état de santé de la recourante s'est amélioré au point que l'exercice d'une activité adaptée serait, dès le

E. 15

Pour ce motif, la décision querellée sera annulée.

E. 16

Reste à déterminer si le taux d'invalidité a, par la suite, subi une modification notable, justifiant une suppression, diminution ou augmentation de la rente.

A/2445/2007 - 18/20 -

E. 17

a) Dès le 24 octobre 2004, la recourante a été en incapacité de travail totale (Dr L_____, rapport du 24 janvier 2005). b) Mandaté par l'assureur perte de gain maladie, le Dr Q_____, FMH en rhumatologie et médecine interne, a rendu un rapport d'expertise daté du 16 juin 2005. A titre de diagnostics, il a relevé des lombalgies chroniques aspécifiques associées à une irradiation algique dans le membre inférieur gauche (spondylarthrose lombaire étagée, spondylolisthésis de grade I de L2/L3 et de L4/L5, une sténose foraminale gauche en L1-L2 et L3-L4, sténose du fourreau dural en L4-L5), des cervicalgies chroniques aspécifiques (cervicarthrose étagée), une épicondylite radiale gauche, un déconditionnement physique (obésité et tabagisme chronique) et un status après cure du tunnel carpien gauche en 2001. Il n'y avait en revanche pas de critères suffisants évoquant une fibromyalgie. L'expert a relevé que l'examen clinique et les imageries lui avaient permis de constater d'importants troubles dégénératifs. L'assurée présentait indéniablement une atteinte à la santé objective clinique sous forme de troubles statiques et de syndromes rachidiens au niveau cervical et lombaire en présence d'une épicondylite gauche. Vu les éléments objectifs constatés cliniquement et radiologiquement, la poursuite d'une incapacité de travail totale dans l'activité de vendeuse était justifiée. Cependant, trois mois après un traitement idoine de rééducation rachidienne, une reprise à 50% dans l'activité habituelle pouvait être envisagée. L'assurée pouvait également œuvrer, à un taux de 50%, et ce dès à présent, dans une activité légère, permettant d'éviter de porter des charges supérieures à 15 kg, principalement en porte-à-faux, d'alterner les positions debout et assise, évitant les rotations de la nuque, évitant des mouvements répétitifs de flexion-extension avec les bras, en particulier avec le membre supérieur gauche (par exemple, surveillante de supermarché - derrière un écran de télévision - ou surveillante de musée avec alternance des position). L'assurée pourrait possiblement exercer une telle activité à 100%, dans un délai de 3 mois, au plus tard, après un programme de rééducation. Pour l'expert, le traitement médical que l'assurée avait eu lui semblait en effet avoir été clairement insuffisant. Il convenait donc d'envisager une prise en charge multidisciplinaire de rééducation rachidienne intensive, tant au niveau cervical qu'au niveau lombaire. Le rapport de l'expert se base tant sur des examens approfondis de la recourante que sur ses dossiers assécurologique et radiologique. Il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse. Les plaintes sont également prises en considération. La description et l'appréciation de la situation médicale sont claires. L'expert s'est exprimé sur l'évolution de

l'état de santé, sur la capacité de travail et sur les limitations fonctionnelles, enfin, il a dûment expliqué et motivé son point de vue.

A/2445/2007 - 19/20 - Ses conclusions sont cohérentes et convaincantes. Force est donc de constater que le rapport du Dr Q_____ remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine force probante.

E. 18

Il reste à examiner s'il existe un indice concret permettant de mettre en cause la bien-fondé de ses conclusions.

E. 19

Le Dr R_____ a également retenu que la recourante souffre d'atteintes qui influencent négativement sa capacité de travail. Cela étant, contrairement au Dr Q_____, il a estimé que l'incapacité de travail totale dès le 23 octobre 2004 n'était pas justifiée. Son appréciation sur ce point ne saurait être prise en compte. En effet, dans son courrier du 6 octobre 2005, le Dr R_____ a expliqué que les incapacités de travail supérieures à 50% résultaient d'une aggravation temporaire de l'état de santé ou étaient liées en grande partie à des facteurs contextuels, ce qui expliquait vraisemblablement l'absence de toute participation professionnelle depuis le mois d'octobre 2004. Or, le Dr R_____ n'indique pas quels sont les facteurs contextuels qui seraient apparus en octobre 2004 permettant d'expliquer l'incapacité de travail dès cette date. A teneur des pièces versées au dossier, il n'y a pas d'éléments allant dans ce sens. En outre, son explication quant à l'existence de facteurs contextuels semble entrer en contradiction avec la teneur de son rapport de synthèse. Il y mentionnait en effet que le comportement douloureux adopté par la recourante, conditionné par des influences culturelles, ajoutait une certaine confusion à la prise en charge médicale et parasitait l'évolution. Il y a donc lieu de retenir une incapacité de travail totale dès le 23 octobre 2004 dans l'activité antérieure, et une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée. Le dossier est par conséquent renvoyé à l'OCAI pour détermination du degré d'invalidité et calcul des prestations à compter du 23 janvier 2005 (art. 88a RAI).

A/2445/2007 - 20/20 -

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