

GE_GERICHTE ATAS/244/2015 vom 1. April 2015

GE Cour de justice, 2015-04-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_244_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/244/2015 du 1 avril 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/244/2015 del 1 aprile 2015

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 - 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

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA/GE - E 5 10).

E. 3

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, 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 sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 4

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. 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

A/2860/2014 - 11/16 - 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; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, 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 2011, et, après le 1er janvier 2012, 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message du Conseil fédéral concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, du 22 juin 2005, FF 2005 4322).

E. 5

L'objet du litige consiste à déterminer si l'intimé est fondé à supprimer la rente d'invalidité de la recourante au 31 mai 2011, au motif que son état de santé s'est amélioré. Le recours porte ainsi sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance invalidité au-delà de cette date, singulièrement sur son degré d'invalidité.

E. 6

a) Conformément à l'art. 87 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit

E. 7

établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (cf. art. 87 al. 3 RAI). 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 la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision (ATF 125 V 417 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid.). 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 conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2d; RCC 1984 p. 137). Selon cette disposition, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2004, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'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 angement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Il convient par ailleurs de rappeler qu'en allouant rétroactivement une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire, l'autorité administrative règle un rapport

A/2860/2014 - 12/16 - juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer en ce qui concerne des périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (cf. ATF 125 V 413, confirmé in ATF 131 V 164). 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). Selon 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 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 (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable

(al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). c) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1er janvier 2004, 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 (art. 28 al. 2 LAI). d) 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 LPG 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 (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

E. 8

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). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPG consiste avant tout à

A/2860/2014 - 13/16 - établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). 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 351 consid. 3).

E. 9

En l'espèce, il n'est pas contesté que depuis la décision de refus de rente du 15 juin 2006, l'état de santé de la recourante s'est aggravé entraînant une incapacité de travail totale. Cela étant, concernant les périodes ouvrant droit à une rente, la chambre de céans relève que

l'intimé retient à tort une incapacité de travail totale depuis janvier 2009. En effet, il ressort des pièces médicales figurant au dossier, qu'en réalité la recourante a été en incapacité de travail totale depuis le 22 ou le 25 août 2008, date à laquelle elle a été victime d'un accident avec chute sur le dos, accident qui a entraîné une exacerbation de la symptomatologie douloureuse et où le diagnostic d'hernie discale avait été posé par le Dr J_____. C'est depuis cette date que la recourante a été en incapacité de travail à 100% (cf. rapport du Dr J_____, rapport Dresse B_____ 29 janvier 2009, rapports SMR des 13 juillet 2010 et 20 juillet 2011, rapport d'expertise CEMed du 25 octobre 2013). Par conséquent, le début de l'incapacité de travail de 100 % doit être fixé au 22 août 2008, de sorte que le délai d'attente d'un an de l'art. 28 al. 1 let. b et c LAI échoit en août 2009. La recourante a déposé sa nouvelle demande de prestations le 5 janvier 2009, de sorte qu'elle peut prétendre à une rente entière d'invalidité dès le 1er août 2009 (cf. art. 29 al. 1 et 3 LAI). La décision querellée sera dès lors corrigée sur ce point.

E. 10

Reste à déterminer si et depuis quand la recourante présente une capacité de travail résiduelle dans une activité lucrative adaptée, à quel taux, et si les conditions étaient réunies pour que l'intimé supprime son droit à la rente d'invalidité au 31 mai 2011.

A/2860/2014 - 14/16 - Selon l'intimé, la recourante présente une capacité de travail de 100%, avec une diminution de rendement de 30% dans une activité adaptée depuis février 2011, ce que la recourante conteste. La chambre de céans constate que la date du 7 février 2011 avait été retenue par le médecin du SMR dans son rapport du 20 juillet 2011 : le Dr L_____ expliquait en effet retenir cette date en se fondant sur la date du rapport du Dr I_____. En outre, il préconisait une reprise progressive sur deux mois et évaluait l'exigibilité globale à 80% dans une activité adaptée. Or, le Dr I_____ mentionnait clairement dans son rapport que l'état de santé de la recourante était stationnaire et qu'elle était en arrêt de travail en tout cas jusqu'en septembre 2011. Il a d'ailleurs rédigé des certificats d'arrêts de travail, prolongés par la suite et à sa demande dès juillet 2011 par le médecin traitant (cf. rapport Dresse B_____ du 25 octobre 2012, page 2). Le SMR ne justifie pas pour quelles raisons il s'est écarté des conclusions du Dr I_____. Certes, ce dernier préconisait-il que la recourante soit évaluée par l'intimé pour une reconversion. Cela étant, le stage d'orientation professionnel mis en place aux EPI en 2012 s'est soldé par un échec, la recourante ayant été mise à nouveau en arrêt de travail le 3 avril 2012, par la Dresse B_____, en raison d'une recrudescence des douleurs du membre supérieur gauche avec un tremor pour lequel elle allait procéder à des investigations complémentaires à la consultation multidisciplinaire de la douleur à l'Hôpital de La Tour. Selon les EPI, la recourante disait et montrait par son comportement que son état de santé n'était pas stabilisé et qu'elle n'avait pas les ressources physiques nécessaires pour poursuivre la mesure ni pour reprendre, dans des conditions acceptables, une activité professionnelle quelle qu'elle soit. Il convient encore de relever que le Dr I_____ indiquait dans un rapport du 12 avril 2012 à l'attention du médecin traitant que la patiente avait fait d'énormes progrès d'un point de vue clinique cette dernière année, tout en mentionnant que la situation n'était pas une panacée, mais sans se prononcer sur la capacité de travail. Quant aux experts du CEMed, force est de constater que leurs conclusions sont imprécises ; en effet, outre le fait que la description de l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail n'est pas clairement expliquée, les experts n'indiquent pas à partir de quel moment l'état de la santé de la recourante s'est amélioré dans une mesure lui permettant de recouvrer une capacité de

travail dans une activité adaptée. Ils ne se positionnent pas non plus de manière circonstanciée par rapport aux conclusions contradictoires des médecins traitants, tant du point de vue de la capacité de travail résiduelle que de l'aggravation, respectivement de la stabilisation ou de l'aggravation de la symptomatologie (cf. notamment rapports des Drs B_____, I_____ et D_____). Au vu de ce qui précède et en l'état actuel du dossier, la chambre de céans n'est pas en mesure de déterminer si les conditions de la révision sont réunies, c'est-à-dire si et le cas échéant à partir de quand la rente d'invalidité de la recourante doit être supprimée.

A/2860/2014 - 15/16 - La cause sera par conséquent renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire sur ces points et nouvelle décision.

E. 11

Le recours est partiellement admis.

E. 12

Au vu du sort du litige, la recourante a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, ainsi qu'à ceux de son mandataire, que la chambre de céans fixe à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA - E 5 10.03).

E. 13

L'émolument, arrêté à CHF 500.-, est mis à charge de l'intimé (art. 69al. 1bis LAI).

A/2860/2014 - 16/16 - 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.