

GE_GERICHTE ATAS/258/2010 vom 8. März 2010

GE Cour de justice, 2010-03-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_258_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/258/2010 du 8 mars 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/258/2010 del 8 marzo 2010

Erwägungen

E. 1

Par arrêt du 8 septembre 2009, le Tribunal fédéral a renvoyé la cause au Tribunal de céans pour nouveau jugement, de sorte que la présente procédure a été reprise.

E. 2

L'objet du litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier à une rente d'invalidité.

E. 3

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 (art. 6 LPGGA). 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 (art. 7 LPGGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA).

E. 4

a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.». b) Selon 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 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

E. 5

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec

l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des

A/2646/2007 - 17/26 - revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002 : art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient 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, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalidé 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 (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). 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) 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 78 consid. 5). Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il 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 la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

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

A/2646/2007 - 18/26 - 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).

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. 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).

b) 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).

c) 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. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

A/2646/2007 - 19/26 -

d) Le juge ne s'écarter 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'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, 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).

e) En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

f) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

E. 7

D'après la jurisprudence (ATF 131 V 49 consid. 1.2), la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet

A/2646/2007 - 20/26 - effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung*, in: *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 77). Ces critères constituent un instrument, pour l'expert et l'administration (le cas échéant pour le juge),

servant à qualifier la souffrance vécue par un assuré, afin de déterminer si celui-ci dispose ou non des ressources psychiques permettant de surmonter cet état; ces critères ne constituent pas une liste de vérification mais doivent être considérés comme une aide à l'appréciation globale de la situation douloureuse dans un cas concret. Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de Winckler et Foerster). On ajoutera encore que dans un arrêt récent ayant trait à la fibromyalgie, le Tribunal fédéral des assurances est parvenu à la conclusion qu'il existait des caractéristiques communes entre cette atteinte à la santé et le trouble somatoforme douloureux. Celles-ci justifiaient, lorsqu'il s'agissait d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65; ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05). La fibromyalgie a été plus

A/2646/2007 - 21/26 - particulièrement assimilée au syndrome douloureux somatoforme persistant (ATFA du 20 avril 2006, cause I 805/04). Dans ce contexte, on rappellera encore que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références).

E. 8

a) Au sujet du critère de la comorbidité psychiatrique (qui se place au premier plan pour déterminer si l'assuré dispose ou non des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs), un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante. En effet, les états dépressifs constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 in fine), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (arrêt D. du 20 avril 2006, I 805/04, consid. 5.2.1). Le TFA a également considéré qu'une personnalité à traits histrioniques ne constituait pas non plus, à côté du trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) une comorbidité psychiatrique autonome du trouble fibromyalgique (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05). b) S'agissant des affections corporelles chroniques, il doit exister une limitation fonctionnelle sur le plan somatique (notamment ATFA du 12 juin 2006, cause I 317/05). c) Concernant l'état physique cristallisé, des éléments biographiques difficiles (relations conflictuelles au travail, divorce, possible traumatisme sexuel sans contact physique durant l'enfance) sont des indices plaidant en faveur d'un tel état, si tant est que l'assuré ne démontre pas en même temps une attitude théâtrale et revendicative et émette des déclarations discordantes au sujet de ses douleurs donnant à penser qu'il cherche une compensation de ses souffrances par

l'AI. Le fait d'affirmer ne plus être en mesure d'exercer une quelconque activité tout en étant capable de s'occuper du ménage et d'un enfant sont des indices faisant plutôt apparaître un profit secondaire tiré de la maladie (ATFA du 20 mars 2006, cause I 644/04). Un tel état ne saurait être admis lorsque l'assuré n'a pas suivi de traitement psychiatrique durable et que, par ailleurs, il fait preuve d'une mauvaise compliance médicamenteuse (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04, voir aussi ATFA du 21 avril 2006, cause I 483/05), lorsqu'il a uniquement pris un traitement d'anxiolytiques et non pas d'antidépresseurs (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), lorsque la poursuite du traitement est susceptible d'améliorer la symptomatologie d'anxiété (ATFA du 8 juillet 2004, cause I 380/03), lorsque l'épisode dépressif moyen est en rémission complète (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05), lorsqu'aucun élément psychotique, aucune souffrance ou dysfonctionnement personnel, professionnel et social, ni encore des traits d'une

A/2646/2007 - 22/26 - personnalité dissociée ne peuvent être retenus (ATFA du 25 novembre 2004, cause I 450/03), en l'absence d'une source de conflit intrapsychique ou situation conflictuelle externe (ATFA du 23 juin 2004, cause I 272/03) lorsque l'état de l'assuré est susceptible de s'améliorer grâce à la stabilisation de la vie familiale et à l'instauration d'un traitement antidépresseur (ATFA du 10 novembre 2005, cause I 638/04), lorsque l'état psychique est stabilisé grâce à une médication adéquate et qu'un suivi psychothérapeutique constituerait un traitement adéquat des troubles en cause (ATFA du 12 septembre 2005, cause I 497/04), lorsque l'assuré fait état d'une envie de travailler et d'une certaine ambition sociale (ATFA du 13 juillet 2005, cause I 626/04). d) S'agissant de la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, elle n'est pas réalisée dès lors que l'assuré effectue des promenades avec des amis qu'il voit fréquemment et maintient des contacts sociaux avec sa famille en Espagne (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04), qu'il bénéficie d'une vie familiale épanouie, reçoit des amis et se rend chez eux (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), qu'il a une vie retirée, passant beaucoup de temps à la maison mais a gardé un certain réseau d'amis qui viennent le voir ou auxquels il rend visite (ATFA du 29 novembre 2005, cause I 665/04), qu'il se dit bien entouré sur le plan familial (ATFA du 16 août 2005, cause I 539/04), qu'il vit dans une situation de retrait mais qu'il a des contacts réguliers avec ses proches et qu'il retourne régulièrement dans son pays d'origine avec sa famille ou des amis (ATFA du 2 mars 2005, cause I 690/04), qu'il est à même d'entretenir des contacts sociaux, d'exercer des activités sportives (natation) et de loisir (promenade) (ATFA du 8 juin 2005, cause I 361/04).

E. 9

a) En l'espèce, l'expertise du Dr O _____ remplit les exigences jurisprudentielles précitées pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. Elle comprend une anamnèse complète, relate les plaintes de la recourante, se fonde sur deux consultations et ses conclusions sont bien motivées. Le Dr O _____ a retenu les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et d'état dépressif léger (sans syndrome somatique). Il a par ailleurs clairement répondu aux questions permettant de déterminer le caractère invalidant d'un syndrome douloureux somatoforme, de telle sorte que le Tribunal de céans est à même d'appliquer la jurisprudence fédérale précitée afin de déterminer si, en l'espèce, l'on peut exiger de la recourante qu'elle réintègre et, cas échéant à quel taux, le processus de travail (ATF 131 V 49). A cet égard, le Dr O _____ a estimé que le trouble dépressif de gravité légère ne pouvait être considéré comme une comorbidité autonome mais qu'il était à l'évidence réactif au syndrome douloureux chronique. Il n'existe ainsi pas de comorbidité

psychiatrique importante. S'agissant des autres critères, il y a lieu de constater que ceux qui sont présents chez la recourante ne se manifestent pas avec un degré tel que l'on puisse admettre que les ressources psychiques de l'assurée sont

A/2646/2007 - 23/26 - limitées et ne lui permettraient plus de surmonter son état, au sens de la jurisprudence précitée. En effet, le Dr O_____ a expliqué qu'il n'existait pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, même si la recourante avait tendance à se replier sur elle-même, que l'on ne pouvait admettre un état psychique cristallisé même si celui-ci n'était pas susceptible d'évoluer favorablement au plan thérapeutique. En revanche, les experts ont constaté l'échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art, ainsi que la présence d'affections corporelles chroniques et un processus malade s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable, soit les affections du membre supérieur gauche et du bas du dos. Enfin, les experts ont tous deux relevé que la recourante présentait une tendance à l'exagération de la plainte ainsi qu'une attitude démonstrative et qu'il existait une discordance entre ses plaintes et les constatations objectives. Au vu de ce qui précède, l'on ne saurait retenir, sur la base des deux critères précités et en application de la jurisprudence restrictive du Tribunal fédéral, que la recourante réunit en sa personne suffisamment de critères et de façon assez marquée qui fonderaient un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle, d'un point de vue psychique. Il apparaît ainsi que le syndrome somatoforme douloureux chronique ne se manifeste pas avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, seule une mise en valeur limitée de la capacité de travail puisse en raison de cette affection être raisonnablement exigée d'elle. b) Quant à l'expertise du Dr Q_____ du 10 juin 2008, elle conclut à l'existence d'un syndrome algique postopératoire et une réaction hyperesthésique au niveau de la main gauche, non objectivable hormis une cicatrice fibreuse et un aspect irrégulier du nerf médian au niveau du poignet gauche, un trouble dégénératif modéré de la colonne lombaire et une épicondylite droite sans signe objectivable. Il existait des limitations fonctionnelles soit une diminution de la force musculaire de la main gauche, avec douleurs et sensations de fourmillement, une flexion / extension du coude droit diminuée et une flexion du rachis douloureuse. Une activité était possible en alternant les positions assise / debout. Cette expertise a été complétée à la demande du Tribunal de céans le 2 décembre 2008. Le Dr Q_____ a considéré que la limitation fonctionnelle du poignet et de la main gauche était probable mais pas celle du coude droit. S'agissant de la capacité de travail, elle était réduite par la limitation du membre supérieur gauche (poignet et main) et cela depuis l'essai de réentraînement au travail où l'augmentation du taux de 50 à 75 % avait constitué un échec. Finalement, les 24 novembre 2009 et 23 février 2010, le Dr Q_____ a précisé les limitations fonctionnelles, qu'il a mises très probablement en rapport avec l'intervention du canal carpien, indiqué que l'utilisation de la partie distale du membre supérieur gauche n'était pas possible et que l'incapacité de travail était de 20 % à partir de juillet 2006.

A/2646/2007 - 24/26 - L'expertise du Dr Q_____ et ses compléments permettent ainsi de retenir que la recourante présente des limitations fonctionnelles très probablement en lien avec l'intervention du canal carpien, soit une diminution de la force de préhension, une anomalie de la sensibilité tactile, une atrophie de l'éminence thénar et une hypersensibilité douloureuse, lesquelles réduisent la capacité de travail dans une activité adaptée à un taux de 80 % (permettant l'alternance des positions assises /debout et avec une utilisation limitée du membre supérieur gauche en relation avec la partie distale de la main gauche) et cela

depuis juillet 2006 alors que, pour la période antérieure, soit depuis le 1er novembre 2003, il confirme l'avis du SMR selon lequel la recourante était apte à exercer une activité adaptée à 100 %. L'expert a confirmé le 24 novembre 2009 que cette limitation de 20 % était apparue en juillet 2006, soit la date qu'il avait retenue antérieurement en faisant référence à l'échec de l'augmentation du temps de travail de 50 à 75 % lors du stage, alors même que son attention a été attirée sur le fait que le stage avait été interrompu pour des raisons psychiques et non pas somatiques. Il n'a en particulier pas motivé médicalement l'apparition en juillet 2006 des limitations fonctionnelles dont il a fait état. A cet égard, le Tribunal de céans constate en effet que le rapport de la réadaptation professionnelle du 11 juillet 2006 indique que la recourante a interrompu le 10 mai 2006 son stage débuté le 13 février 2006, sur la base d'un certificat médical non motivé de son médecin-traitant, le Dr B _____, qu'elle s'est elle-même estimée incapable de reprendre une activité et que le 20 juin 2006 elle a été finalement mise en arrêt de travail total par son médecin-psychiatre, le Dr K _____, de sorte que le seul élément qui, vraisemblablement, était susceptible de s'être modifié concernait la composante psychique et que la recourante ne pouvait mentalement accepter l'idée de retravailler. Il apparaît ainsi que l'échec de l'augmentation du taux d'activité de 50 à 75 % auquel se réfère le Dr Q _____ est en réalité fondé principalement sur des motifs psychiques, plus que physiques, de sorte que l'on peut se demander si la date de juillet 2006 à laquelle l'expert se réfère pour limiter la capacité de travail à 80 % est légitime. Hormis ce point, l'ensemble des rapports d'expertise du Dr Q _____ doit se voir qualifier de probant, dès lors qu'ils comprennent les plaintes de la recourante, une anamnèse, un examen clinique, une appréciation du cas, la liste des limitations fonctionnelles et l'explication claire qu'une activité alternée est encore possible, avec une limitation de l'utilisation du membre supérieur gauche, à l'exclusion de l'ancienne activité de gainière ainsi que, finalement, un taux de capacité de travail fixé uniquement pour les atteintes somatiques à 80 %. La question de la date à laquelle cette incapacité de travail de 20 % est survenue peut cependant rester ouverte. En effet, même si l'on tient compte d'une capacité de travail de 80 % depuis le 1er novembre 2003, la recourante n'a pas droit à une rente d'invalidité :

A/2646/2007 - 25/26 - Le revenu sans invalidité de la recourante pour l'année 2003 de 44'897 fr. n'est pas contesté. Quant au revenu avec invalidité, il doit être fixé en se référant à la moyenne des salaires selon l'ESS 2002 pour une femme (tableau TA1 - niveau de qualification 4) soit mensuel de 3'820 fr. et annuel de 45'480 fr. Compte tenu d'une durée hebdomadaire de travail dans les entreprises de 41,7 heures en 2002 (La vie économique 11-2005 p. 94), le salaire annuel de 45'480 fr., fondé sur une durée hebdomadaire de travail de 40 heures, doit être réévalué à 47'788 fr., soit 48'027 fr. en 2003 (+1,4 % selon La vie économique 1/2 - 2006 p. 95 tableau B 10.2 - évolution des salaires). Fondé sur un taux d'activité de 80 %, le revenu est de 38'421 fr. 60. Il convient encore d'appliquer une déduction globale, compte tenu de l'âge de la recourante et de ses limitations fonctionnelles. A cet égard, même si la déduction maximale de 25 % est appliquée - comme l'a fait l'OAI mais en retenant un revenu d'une activité à 100 %, ce qui paraît excessif en l'espèce dès lors que le taux de travail de 80 % fixé par l'expert dans une activité adaptée tient déjà compte d'une diminution de rendement - le taux d'invalidité serait de 36 %, soit : $(44'897 - 28'816) \times 100 / 44'897$ de sorte qu'il est de toute façon insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Compte tenu de cette conclusion, il n'est pas nécessaire d'instruire plus avant la question de la date de la survenance de l'incapacité de travail de la recourante de 20 %, fixée par l'expert à juillet 2006 en se référant uniquement au stage de réentraînement au travail de

la recourante. Il n'est ainsi pas nécessaire non plus, comme le demande la recourante, de conduire une instruction complémentaire visant à interroger à nouveau les deux experts judiciaires. En conséquence, le recours doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

E. 10

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), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de la recourante.

A/2646/2007 - 26/26 -

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