

GE_GERICHTE ATAS/339/2010 vom 31. März 2010

GE Cour de justice, 2010-03-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_339_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/339/2010 du 31 mars 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/339/2010 del 31 marzo 2010

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont 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 est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). En l'espèce, la décision litigieuse datant du 28 octobre 2009, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004 et le 1er janvier 2008, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 et du 6 octobre 2006 (4ème et 5ème révisions), cependant, les faits pertinents remontent à l'année 2001. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002, et, après le 1er janvier 2003, respectivement le 1er janvier 2004 et le 1er janvier 2008, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème et la 5ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). En ce qui concerne en 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, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

E. 3

Le présent recours interjeté dans les forme et délai prévus par la loi est recevable (art. 56 à 61 LPGA et art. 38 al. 3 LPGA p.a.).

E. 4

La question litigieuse porte sur le point de savoir si l'intimé a, à juste titre, nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité.

E. 5

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, 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

A/4286/2009 - 9/18 - 40% au moins. Depuis le 1er janvier 2004 (4ème révision de la LAI), le taux d'invalidité requis pour une pleine rente est de 70% au moins, le taux de 60% au moins ouvrant le droit à trois-quarts de rente.

E. 6

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. 4 al. 1er LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1er LPGA).

E. 7

a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). b) Dans un arrêt du 8 février 2006 (ATF 132 V 65), le Tribunal fédéral des assurances a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques – plaintes douloureuses diffuses – sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Aussi convient-il également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 131 V 49 et 130 V 352), que l'on peut

A/4286/2009 - 10/18 - transposer au contexte de la fibromyalgie. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 et la référence). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif

s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et 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. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence 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). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, par exemple une 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, de 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 (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 4.2.2). Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle – eu égard également aux critères déterminants précités – que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (voir aussi HENNINGSSEN, Zur Begutachtung somatoformer Störungen in Praxis 94/2005, pp. 2007 ss). Demeurent réservés les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.3). Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.],

A/4286/2009 - 11/18 - Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4e édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine ; MEYER/BLASER, op. cit. p. 81, note 135).

E. 8

a) 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. 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). b) Selon le

principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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 qu'enfin, les conclusions de l'expert 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 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1). 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. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des

A/4286/2009 - 12/18 - assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; ATFA non publié du

E. 13

mars 2000, I 592/99). 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). 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 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). d) 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). 9. a) En l'espèce, la recourante a fait l'objet d'une expertise par le Dr C_____, psychiatre, lequel est arrivé à la conclusion que celle-ci présentait une incapacité de travail de 100% depuis le 28 novembre 2001. A priori, cette expertise remplit tous les critères jurisprudentiels précités pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Elle repose en effet sur des examens complets (trois entretiens avec la recourante et un entretien avec le médecin traitant), prend en considération les plaintes exprimées par la recourante et a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse. Par ailleurs la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions de l'expert sont dûment motivées. La Dresse D_____ dénie cependant toute valeur probante à cette expertise au motif que le Dr C_____ a retenu un trouble dépressif récurrent depuis 1996, alors même que la recourante avait encore pu travailler jusqu'à fin 2001.

A/4286/2009 - 13/18 - Tel n'est cependant pas l'avis du Tribunal de céans. En effet, il ne paraît pas contradictoire de retenir un trouble dépressif d'intensité légère, suite au diagnostic de l'infection VIH en 1996, sans répercussion de la capacité de travail, puis un trouble dépressif d'intensité moyenne à sévère provoquant une incapacité de travail totale au moment où la recourante a appris son licenciement, en novembre 2001. C'est la résiliation du contrat de travail qui a clairement conduit à une aggravation du trouble dépressif, comme cela ressort du rapport du 8 janvier 2002 du Dr A_____, lequel a retenu un trouble de l'adaptation, réactionnel au contexte professionnel. L'état psychique ne s'est par la suite pas amélioré, dès lors que la recourante a dû être hospitalisée à la Clinique genevoise de Montana du 27 avril au

E. 17

mai 2004. Les médecins de cette clinique ont posé notamment le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. L'expert a par ailleurs exposé dans son rapport qu'outre l'enfance difficile et le divorce de la recourante, les problèmes de santé et la période de chômage contribuaient à la progression et à une évolution du trouble anxio-dépressif vers un trouble dépressif récurrent. Au moment de l'expertise, il notait également un retrait social, la recourante ne fréquentant plus la communauté philippine. Partant, il y a lieu d'admettre qu'au moment de l'examen de la recourante par le Dr C_____, en octobre 2004, celle-ci présentait une incapacité de travail totale pour des raisons psychiatriques. b) Par la suite, la recourante a été examinée par la Dresse D_____ en septembre 2005. Son rapport du 7 octobre 2005 est fondé sur un examen moins approfondi que celui du Dr C_____, dès lors qu'il repose sur un seul entretien avec la recourante et que le médecin du SMR n'a pas contacté le médecin traitant. Par ailleurs, comme relevé ci-dessus, ses conclusions ne sont pas convaincantes, en ce qu'elle a admis une capacité de travail totale "depuis toujours" et nié toute incapacité de travail depuis le 28 novembre 2001. Ses conclusions sont également contradictoires. En effet, d'une part, elle constate une "thymie neutre", tout en ajoutant "par moments souriante, à d'autres triste, avec les larmes aux yeux lorsque l'on évoque sa séropositivité et sa recherche vaine d'emploi" (p. 3 du rapport SMR). Elle relève également que "Cette souffrance est clairement objectivable" (p. 4 du rapport SMR). D'autre part, sous prétexte que l'origine de cette souffrance serait psychosociale, elle ne retient aucune atteinte psychiatrique, même

pas dans les atteintes sans répercussion sur la capacité de travail, ce qui ne paraît pas correspondre aux constatations cliniques. On ne saurait en effet nier l'existence d'une affection psychique simplement en raison de son origine, d'autant plus que l'origine des pathologies psychiatriques se trouve fréquemment dans des facteurs psychosociaux. Le seul élément déterminant est la constatation d'une atteinte ayant valeur de maladie. Cela étant, une valeur probante ne peut être attribuée au rapport du SMR.

A/4286/2009 - 14/18 - Toutefois, ce rapport n'est pas dépourvu de toute utilité, dans la mesure où il contient une description détaillée de la vie quotidienne de la recourante, que celle-ci n'a pas contestée dans son recours. Il en ressort qu'elle travaille environ deux fois par mois pour le Groupe SIDA-Genève dans l'emballage de préservatifs, donne des cours d'initiation à l'informatique à des compatriotes et chante dans une chorale. Elle garde aussi des enfants, si son état physique le permet. Par ailleurs, elle est en mesure de s'occuper de son ménage et cuisine. Sa vie sociale est riche, de nombreux amis l'invitent et elle téléphone régulièrement à sa famille aux Philippines. Enfin, elle apprécie de regarder des films à la télévision. Sur la base de ces éléments, il doit être admis que l'état psychique de la recourante s'est amélioré, au moment de l'examen par la Dresse D_____, et que le trouble dépressif ne peut plus être qualifié de moyen à sévère justifiant une incapacité de travail, dès lors que la recourante est en mesure de se livrer à des activités accessoires et ne présente pas de retrait social, ce qui n'était pas le cas au moment de l'expertise par le Dr C_____. Il est également à relever que la recourante refuse tout suivi psychiatrique, en dehors d'une légère médication antidépressive, comme cela est également confirmé par le médecin traitant. De l'avis du Tribunal de céans, il sied ainsi de retenir qu'au moment de l'examen par le SMR, en septembre 2005, la recourante ne présentait plus une incapacité de travail pour des raisons psychiques. 10. Les médecins traitants ont également retenu une fibromyalgie, tous les points fibromyalgiques étant positifs. La recourante n'a jamais fait l'objet d'un examen par le SMR ou par un expert rhumatologique pour cette maladie, raison pour laquelle elle réclame une expertise judiciaire. Cependant, il appert que la recourante ne remplit pas les critères développés par le Tribunal fédéral pour attribuer à cette affection une valeur invalidante. En effet, comme relevé ci-dessus, la recourante ne souffre pas d'une comorbidité psychiatrique grave. Quant aux autres critères, il doit certes être admis qu'elle présente un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable et d'affections corporelles chroniques, étant atteinte d'une infection VIH. Toutefois, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie ne peut pas être retenue, la recourante se livrant à beaucoup d'activités et ayant une vie sociale riche. Quant au critère de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), il est rempli pour la fibromyalgie, pour autant que ce diagnostic doive être retenu, mais non pas pour l'infection VIH qui est stationnaire depuis plusieurs années, même si l'on ne peut en guérir. Le trouble dépressif s'étant amendé, le critère d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, n'est enfin pas réalisé.

A/4286/2009 - 15/18 - Dans ces conditions, le Tribunal de céans ne voit pas l'utilité d'une expertise rhumatologique judiciaire. Car même si le rhumatologue devait conclure, sur le plan médical, à une incapacité de travail en raison de la fibromyalgie, aucun caractère invalidant ne pourrait être attribué à cette maladie d'un point de vue juridique. 11. Il n'est pas exclu que la recourante ne puisse plus exercer son ancienne profession de vendeuse à cause des limitations dues à la fibromyalgie, de sorte qu'elle subit une perte de gain en

raison du changement d'activité. D'ores et déjà, il appert cependant que la perte de gain serait inférieure à 40%, en comparant le salaire maximal réalisé par la recourante en 2000, de 49'894 fr., à celui ressortant des statistiques pour la même année. Il est à cet égard à relever que l'année déterminante pour la comparaison des salaires est en principe 2002, soit l'année qui a suivi celle du début de l'incapacité de travail, laquelle s'est déclarée en novembre 2001. Toutefois, l'évolution des salaires ne s'est pas considérablement modifiée d'une année à l'autre, de sorte que, pour des raisons de simplicité, il sera fait référence ici à l'année 2000. Pour le revenu d'invalidité, le salaire de référence est en l'espèce celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, à savoir 43'896 fr. par année (Enquête suisse sur la structure des salaires 2000, TA1, p. 31). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux handicaps de la recourante. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2000 (41,8 heures en 2000; La Vie économique, 10-2004, p. 90, B9.2), ce montant doit être porté à 45'871 fr. 30. En admettant un abattement de ce salaire statistique à hauteur de 10%, pour tenir compte des handicaps de la recourante, le revenu sans invalidité s'élève à 41'302 fr. 20. La perte de gain s'établit ainsi à environ 17%, ce qui n'ouvre le droit à aucune rente. Le Tribunal ne juge par conséquent pas nécessaire, dans le cadre de cette procédure, de faire une instruction complémentaire pour déterminer si la fibromyalgie provoque des limitations empêchant la recourante d'exercer son ancienne profession. 12. Il résulte de ce qui précède qu'une incapacité de travail totale doit être admise de novembre 2001 à septembre 2005 et que la recourante peut donc bénéficier d'une rente entière que pendant une durée limitée. Reste à déterminer le début et la fin du droit à la rente.

A/4286/2009 - 16/18 - a) 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 (art. 7 LPGA) (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 (art. 6 LPGA) (let. b). Aux termes de l'art. 48 al. 2 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 et applicable en l'espèce, si l'assuré présente sa demande plus de 12 mois après la naissance du droit, les prestations ne seront allouées que pour les 12 mois précédant le dépôt de la demande. Elles sont allouées pour une période antérieure si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits donnant droit à prestations et qu'il présente sa demande dans les 12 mois dès le moment où il en a eu connaissance. En l'espèce, il appert que la demande de la recourante est tardive. En effet, elle n'a déposé sa demande qu'en janvier 2004, alors que le droit à une rente est né en novembre 2002. Sa conscience n'étant pas altérée, il ne pouvait par ailleurs lui échapper qu'elle présentait une maladie et une incapacité de travail lui ouvrant éventuellement le droit à une rente. Partant, elle ne peut prétendre à une rente qu'à partir de janvier 2003. 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 conformément à l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201; cf. 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. En l'occurrence, une amélioration de l'état de santé a été constatée en septembre 2005. Celle-ci doit être prise en considération trois mois après, de sorte que le droit à la rente s'éteint en janvier 2006. 13. Au cas où la recourante subit des limitations fonctionnelles en raison de sa fibromyalgie, de sorte qu'elle doit changer d'activité professionnelle, elle peut éventuellement prétendre à des mesures d'ordre professionnel. Toutefois, celles-ci ne font pas l'objet du présent litige. Il appartiendra par conséquent le cas échéant à la recourante de former une demande dans ce sens auprès de l'intimé. 14. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision dont est recours annulée et la recourante mise au bénéfice d'une rente entière de janvier 2003 à décembre 2005 inclus.

A/4286/2009 - 17/18 - 15. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 800 fr. lui est octroyée à titre de dépens. 16. La recourante succombant néanmoins en large partie, l'émolument de justice devrait être mis à sa charge. Toutefois, dès lors qu'elle ne vit que grâce à l'aide sociale, le Tribunal renonce à le percevoir.

A/4286/2009 - 18/18 -

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