

GE_GERICHTE ATAS/430/2013 vom 8. Mai 2013

GE Cour de justice, 2013-05-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_430_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/430/2013 du 8 mai 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/430/2013 del 8 maggio 2013

Erwägungen

E. 16

En février 2010, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance invalidité, en se prévalant d'une aggravation de son état de santé.

E. 17

Le 13 juin 2010, la recourante a produit, par l'intermédiaire de son conseil, un certificat médical du 31 mai 2010 du Dr A_____. Selon celui-ci, elle souffrait d'une gonarthrose sévère à droite, dont l'évolution était défavorable depuis début 2010. L'examen clinique avait mis en évidence un épanchement. Un traitement par injection n'avait pas apporté d'amélioration. La patiente avait de la peine à monter et à descendre, ne pouvait pas marcher plus de 250 mètres ni faire des mouvements de flexion. Sa capacité de travail était de 50% dans un travail adapté sans charges de plus de 5 kg, sans devoir monter ou descendre, se mettre à genou ou faire des flexions de genou ou rester debout. L'activité devrait être sédentaire avec la possibilité de changer de position toutes les 45 minutes.

E. 18

Par décision du 16 août 2010, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de l'assurée.

E. 19

Par arrêt du 10 novembre 2010, le Tribunal a annulé cette décision et renvoyé la cause à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la demande de révision et se prononce sur le droit aux mesures d'ordre professionnel, notamment à une orientation professionnelle, ainsi qu'à une rente.

E. 20

Le 4 février 2011, le Dr E_____, spécialiste en médecine interne, endocrinologie et diabétologie, a attesté une gonarthrose bilatérale sévère à titre de diagnostic avec effet sur la capacité de travail. Il suivait la patiente depuis mai 2010. La capacité de travail était nulle depuis environ deux ans dans l'activité

A/3246/2012 - 5/10 - habituelle. Il ne fallait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle dans cette activité.

E. 21

Le 30 juin 2011, le professeur F_____ a informé le SMR que l'assurée avait subi le 9 juin 2011 une opération consistant en la pose d'une prothèse totale du genou droit. Elle était en incapacité de travail totale depuis la veille de son hospitalisation pour environ trois à quatre mois. Pendant deux mois, elle devrait utiliser deux cannes, puis reprendre la marche progressivement sans auxiliaire. Selon ce médecin, il paraissait tout à fait concevable qu'elle reprenne un travail dans une activité adaptée entre le 4ème et le 6ème mois, selon

l'évolution.

E. 22

Dans un avis médical du 18 juillet 2011, le SMR a constaté que l'assurée était en incapacité totale de travail actuellement. La capacité de travail était précédemment entière dans une activité adaptée, se réduisait à 50% dès janvier 2010, pour devenir nulle dès le 8 juin 2011.

E. 23

Le 6 août 2011, l'OAI a communiqué à l'assurée qu'il avait l'intention de lui refuser le droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

E. 24

Le 14 septembre 2011, l'assurée s'est opposée à ce projet, par l'intermédiaire de son conseil. Elle a relevé que le Dr A_____ avait attesté le 31 mai 2010 que la capacité de travail n'était que de 50% dans un travail adapté.

E. 25

Selon l'avis médical du 7 février 2012 du Dr G_____ du SMR, la capacité de travail de l'assurée était pleine depuis toujours dans une activité adaptée, avec une incapacité de travail totale dans toute activité du 5 juin à octobre 2011.

E. 26

Le 23 mars 2012, le professeur F_____ a attesté que les limitations fonctionnelles du genou, après mise en place d'une prothèse totale, étaient une certaine perte de l'amplitude articulaire et des douleurs suite à la tuméfaction du genou. Une activité sédentaire pourrait être envisagée.

E. 27

Par décision du 25 septembre 2012, l'OAI a confirmé le projet de décision précité.

E. 28

Par acte du 29 octobre 2012, l'assurée a recouru contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi des prestations de l'assurance-invalidité. Préalablement, elle a conclu à l'ouverture d'enquêtes et à la mise en œuvre d'une expertise médicale. Elle s'est prévaluée du rapport médical du 31 mai 2010 du Dr A_____, selon lequel sa capacité de travail n'était que de 50% dans une activité adaptée. Par ailleurs, le SMR avait également admis que sa capacité de travail dans une activité adaptée se réduisait à 50% depuis janvier 2010, pour devenir nulle depuis le 8 juin 2011. La recourante a en outre fait grief à l'intimé de lui avoir refusé des mesures de réadaptation, sans procéder à une instruction sur ce point.

A/3246/2012 - 6/10 -

E. 29

Dans sa réponse du 27 novembre 2012, l'intimée a conclu au rejet au recours. Elle a soutenu que, selon les médecins, la capacité de travail de la recourante était de 100% dans une activité adaptée. Quant aux mesures d'ordre professionnel, il a relevé que le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement était une diminution de la capacité de 20% environ. Le taux d'invalidité de la recourante ayant été évalué à 0%, elle ne pouvait prétendre ni aux mesures d'ordre professionnel ni à une rente

invalidité.

E. 30

Dans ses écritures du 28 décembre 2012, la recourante a persisté dans ses conclusions, en insistant sur la nécessité d'ordonner une expertise médicale, en présence d'avis médicaux divergents.

E. 31

Interrogé par la Cour, le Dr E_____ l'a informée le 20 mars 2013 que la capacité de travail de la recourante avait été entière entre janvier 2010 et le 9 juin 2011, date de l'opération par le Dr F_____, à l'exception de brèves interruptions dues à des épisodes d'exacerbations transitoires des gonalgies. En ce qui concerne la période post-opératoire, le travail pouvait en règle générale être repris dans les quatre à cinq mois après l'opération. Pour plus de détails, il fallait s'adresser au Dr F_____.

E. 32

Par écriture du 15 avril 2013, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

E. 33

Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS 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. 2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art 56 ss LPGA). 3. L'objet du litige est la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'est durablement aggravé depuis la décision du 18 septembre 2008 de l'intimé. 4. L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il

A/3246/2012 - 7/10 - convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). L'art. 17 LPGA est également applicable par analogie aux prestations de réadaptation (cf. ATF 9C_413/2008 du 14 novembre 2008, consid. 1.2 ; ATF 109 V 119). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. 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 343 consid. 3.5). 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 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 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 I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4, ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). 5. 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).

A/3246/2012 - 8/10 - Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). 6. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 2 LAI). 7. Selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI, l'assuré a droit à une rente après une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable. Toutefois, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI (cf. ATF non publié du 28 août 2008, 8C_373/08, consid. 2.1). 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 LPGA consiste avant tout à 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 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

A/3246/2012 - 9/10 - 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). 9. En l'espèce, le Dr A_____ a attesté le 31 mai 2010 une gonarthrose bilatérale, sévère à droite, dont l'évolution était défavorable depuis début 2010. La capacité de travail était de 50% dans un travail adapté en position assise et sans charges de plus 5kg, montées et descentes, nécessité de se mettre à genoux, faire des flexions de genoux ou rester debout. Suite à la pose d'une prothèse totale au genou droit en date du 9 juin 2011, le Prof. F_____ a attesté le 30 juin 2011 que la recourante pourrait reprendre une activité adaptée entre le 4ème et le 6ème mois, selon l'évolution. Il convient ainsi de constater que l'état de santé de la recourante s'est effectivement aggravé à partir de janvier 2010, ce qui a précisément justifié la pose d'une prothèse totale. Toutefois, dans les quatre à six mois après cette opération, elle a recouvré la capacité de travail dans une activité sédentaire, comme le Prof. F_____ l'a attesté. Certes ce médecin n'a pas précisé le taux de la capacité de travail après l'intervention chirurgicale. Dans la mesure où on ne voit pas en quoi les atteintes aux genoux pourraient contre-indiquer une activité sédentaire, il doit toutefois être admis que la capacité de travail est totale. Par ailleurs, l'incapacité de travail totale consécutive à l'opération n'était pas d'une durée suffisante pour justifier le droit à une rente. Quant à la capacité de travail de la recourante entre l'aggravation de son état en janvier 2010 et la pose de la prothèse en juin 2011, le Dr E_____ a attesté le 20 mars 2013 que celle-ci était totale dans une activité adaptée hormis de brèves interruptions dues à des épisodes d'exacerbations transitoires des gonalgies. Partant, il y a lieu de constater que l'aggravation n'a pas eu de répercussion durable sur la capacité de travail. En l'absence d'une modification du taux d'invalidité, l'intimé était ainsi fondé de refuser le droit à une rente et aux mesures d'ordre professionnel. 10. Le recours sera par conséquent rejeté. 11. Dans la mesure où la recourante succombe, un émolument de justice de 200 fr. sera mis à sa charge.

A/3246/2012 - 10/10 - 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.