

GE_GERICHTE ATAS/472/2010 vom 4. Mai 2010

GE Cour de justice, 2010-05-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_472_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/472/2010 du 4 mai 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/472/2010 del 4 maggio 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 entrée en vigueur le 1er janvier 2003 est applicable au cas d'espèce.

E. 3

Le recours, déposé en temps utile compte tenu de la suspension des délais du 15 juillet au 15 août, est recevable.

A/3233/2009 - 9/14 -

E. 4

Le litige porte sur l'amélioration de l'état de santé de l'assurée et ses conséquences sur sa capacité de travail.

E. 5

a) Aux termes de l'art. 4 LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. également l'art. 8 LPGA). 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 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). b) Selon l'art. 17 LPGA, 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propres 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 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). 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 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Enfin, l'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5). c) Selon l'art. 53 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (al. 1). L'assureur peut revenir sur les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (al. 2). Ainsi, si les conditions prévues à l'art. 17 LPGA font défaut, la décision de rente peut être éventuellement modifiée d'après les règles applicables à la

A/3233/2009 - 10/14 - reconsidération de décisions administratives passées en force. Conformément à l'art. 53 al. 2 LPGA, l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force de chose jugée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée sous l'angle matériel, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où la décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits (ATF 117 V 17 consid. 2c; 115 V 314 consid. 4a/cc). Au regard de la sécurité juridique, une décision administrative entrée en force ne doit pouvoir être modifiée par le biais de la reconsidération que si elle se révèle manifestement erronée. Cette exigence évite que la reconsidération ne devienne un instrument autorisant sans autre un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit (arrêt B. du 19 décembre 2002, I 222/02, consid. 3.2, et les références). d) 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 351 consid. 3b/bb). 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 celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). 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 soit lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son

A/3233/2009 - 11/14 - 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 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 13 mars 2000, I 592/99). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, est convaincu 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 ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). 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 a Cst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

E. 6

Dans le cas d'espèce, il y a lieu de comparer la situation lors de la décision initiale, en décembre 2001, avec celle prévalant lors de la décision dont est recours, en juillet 2009. Le taux d'invalidité de 71% est fondé sur une incapacité de travail de 100% (sur une part de 58,75%) et un empêchement d'effectuer des tâches ménagères de 29%, sur la base des diagnostics retenus par le Dr A _____, soit de nécrose aseptique des deux scaphoïdes tarsiens (droite et gauche), un syndrome de Muller Weiss, d'obésité morbide (BMI>30) et d'un état dépressif chronique, la patiente ayant subi une arthrodèse scapho-cuneo I-II-III-astragaliennne du pied gauche avec pose de greffe iliaque du côté gauche le 24 mars 2000, sans amélioration des douleurs du côté opéré qui limitent la station debout et la marche. La maladie de Muller Weiss, présente de longue date, avait été aggravée lors d'une prise de poids importante durant la grossesse. En juillet 2009, les diagnostics indiqués par le médecin traitant et admis par l'expert du SMR sont : nécrose aseptique bilatérale du scaphoïde tarsien ; status post arthrodèse scapho-cunéo-astragaliennne gauche ; à gauche, arthrose astragalo- calcanéenne avancée secondaire ; du côté droit, la nécrose aseptique du scaphoïde entraîne une surcharge au niveau de l'articulation entre le scaphoïde et le cunéiforme, avec une arthrose modérée. Les limitations fonctionnelles retenues par les deux médecins sont : pas de position statique debout plus de trente minutes ; pas de montée-descente répétée d'escaliers ; pas de position accroupie ; pas de marche au-delà de trente minutes, ou l'équivalent d'un périmètre de marche supérieur à 1,5 km ; pas de port de charges au-delà de 10 kg. De plus, le Dr A _____

A/3233/2009 - 12/14 - confirme que l'état dépressif chronique n'a pas d'effet sur la capacité de travail de sa patiente. Leurs avis divergent quant aux conséquences de la perte de poids. Le Dr C _____ estime que le passage de 100 à 70 kg a une influence notable sur les douleurs liées aux problèmes des pieds. Le Dr A _____ admet d'abord une diminution importante des douleurs suite au by-pass et à la perte de poids, mais pondère cette appréciation par la reprise de 15 kg et les autres douleurs apparues aux genoux et aggravées

à l'autre pied. Cependant, lors de la demande initiale en 2000, il admet que l'importante prise de poids à l'époque a aggravé l'état de santé et les douleurs aux pieds. Il convient donc d'admettre que la perte de poids de 30 kg, mais aussi de 15 kg, limite les douleurs des pieds et des genoux. Les deux médecins divergent aussi sur la capacité de travail de l'assurée : l'expert estime qu'elle est de 100% dans une activité adaptée, le médecin traitant fait état d'une baisse de rendement de 30%, tout en précisant qu'une activité respectant les limitations fonctionnelles n'existe pas sur le marché du travail. Cependant, le Dr B_____, qui n'est ni le médecin traitant de l'assurée, ni l'expert mandaté par l'OAI, indique d'une part que les limitations fonctionnelles sont les mêmes pour les pieds, le genou et le rachis, s'agissant de douleurs, et que la capacité de travail dans une activité adaptée est de 100%, rejoignant ainsi les conclusions du Dr C_____. Le Tribunal admettra que l'assurée dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, respectant toutes les limitations fonctionnelles décrites, comme un emploi en qualité de caissière, par exemple. En effet, les éléments avancés par le médecin traitant ne remettent pas suffisamment en doute les avis convergents des deux autres spécialistes pour ordonner une expertise judiciaire. Malgré l'empathie évidente et tout à fait normale du Dr A_____ pour sa patiente, il ne prétend pas qu'elle serait totalement incapable de travailler et, en retenant une baisse de rendement de 30%, il admet donc une capacité de travail de 70% à 80%. Les limitations fonctionnelles qu'il avance sont compatibles avec une activité assise. Il prétend que la situation serait restée globalement stationnaire de 2000 à 2009 et qu'il a toujours existé une capacité de travail résiduelle identique. Cela aurait pu justifier une reconsidération de la décision initiale, mais le Tribunal estime toutefois que cela ne sera pas nécessaire, les avis convergents des Drs C_____ et B_____ emportant sa conviction, s'agissant de l'amélioration des conséquences sur la capacité de travail de l'état de santé de l'assurée. Le fait que les empêchements dans la sphère ménagère soient restés globalement de même ampleur (29% en 2001 et 25% en 2009) n'est pas étonnant, dès lors que ce sont essentiellement les tâches pour lesquelles la station debout ou la marche sont nécessaires qui sont difficiles. Cela n'est pas contradictoire avec les conclusions du Dr E_____ et du SMR qui admettent que l'assurée ne peut plus exercer son

A/3233/2009 - 13/14 - métier de nettoyeuse à plus de 25%. S'agissant du pourcentage retenu au titre des empêchements, il tient compte de l'aide apportée par les membres de la famille, conformément aux exigences de la jurisprudence en la matière et sans excès. Il y a donc lieu de considérer que l'état de santé, ou en tout cas les conséquences de cet état sur sa capacité de travail, du fait des effets de la perte de poids, même limitée, ont notablement changé entre 2001 et 2009, sur la base de l'expertise ordonnée par le SMR et de l'avis du Dr B_____, ce qui justifie la révision. Il convient encore de tenir compte de la modification des proportions entre la part ménagère et professionnelle entre 2001 et 2009 (40%-60% en 2001 et 20%-80% en 2009), selon les indications de l'assurée. En procédant au calcul le plus favorable à l'assurée, soit en ne tenant pas compte des statistiques différentes qui lui sont défavorables (les salaires étant plus élevés dans la vente de détail que dans le nettoyage), en admettant une diminution de rendement de 20%, ainsi que l'abattement retenu par l'OAI de 10%, qui tient suffisamment compte des divers éléments pertinents, le taux d'invalidité en 2009 peut être établi comme suit : o Salaire sans invalidité: ESS 2008, TA1, niveau 4, femme, compte tenu d'un horaire de 41,7 heures : 4'306 fr ; o Revenu avec invalidité : le même avec un rendement réduit de 20% et un abattement de 10% : 3'014fr., soit un taux de 30% ; o Part professionnelle : 30% x 80% : 24% ; o Part ménagère : 25% x 20% : 5% ; o Taux d'invalidité de 29%. À noter que la diminution de

rendement retenue est contestable, le taux d'invalidité est ainsi de 13% sans ce facteur. Cela étant, ces deux taux étant inférieurs à 40%, ils n'ouvrent pas de droit à la rente.

E. 7

L'OAI était ainsi fondé à supprimer la rente par décision du 6 juillet 2009. Le recours est donc rejeté et un émolument de 200 fr. est mis à charge de l'assurée.

A/3233/2009 - 14/14 -

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