

GE_GERICHTE ATAS/729/2012 vom 30. Mai 2012

GE Cour de justice, 2012-05-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_729_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/729/2012 du 30 mai 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/729/2012 del 30 maggio 2012

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; 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 LPGA 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

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. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminant se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent 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). En l'espèce, la décision litigieuse du 10 mai 2011 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur respectivement, le 1er janvier 2004 et le 1er janvier 2008, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision) et de celles du 6 octobre 2006 (5ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit ou non à une rente d'invalidité ou à des mesures de réadaptation professionnelles doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives aux 4ème et 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 revanche, les modifications entrées en vigueur le 1er janvier 2012 (révision 6a) ne peuvent pas être prises en compte car elles sont postérieures à la décision litigieuse. En outre, 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 345 consid. 3).

E. 3

Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours dans le délai de 30 jours suivant leur notification (art. 56 al. 1 et 60 al. 1 LPGA). A teneur de l'art. 69 al. 1 let. a LAI, en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire

A/1806/2011 - 8/15 - directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision. Interjeté dans le délai et la forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

E. 4

L'objet du litige consiste à déterminer si la recourante a droit à des prestations de l'assurance invalidité au-delà du 31 mars 2010.

E. 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. Il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). 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. 5a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 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; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1). En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière

A/1806/2011 - 9/15 - importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert

ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2)

E. 6

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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 256 consid. 4 et les références). 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

A/1806/2011 - 10/15 - 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). 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. cc). En outre, en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un

mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

E. 7

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et ATF 125 V 413 consid. 2d ; ATF non publiés des 28 décembre 2006, I 520/05, et 21 août 2006, I 554/06). Selon cette disposition, tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. 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

A/1806/2011 - 11/15 - (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, ATFA non publié I 520/05 du 28 décembre 2006, consid. 3.2). 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 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, 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 du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1). Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (ATFA non publié I 806/04 du 15 mars 2005, consid. 2.2.). Dans le domaine de l'assurance- invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En vertu de l'art. 88a RAI, la modification du droit à la prestation intervient en principe lorsqu'un changement déterminant du degré d'invalidité a duré trois mois, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

E. 8

En l'espèce, la recourante conteste la suppression de la rente au 31 mars 2010, motif pris qu'il n'y a pas eu d'amélioration de son état de santé. L'intimé, quant à lui, se fonde sur l'expertise du CEMED de 2009 et les rapports du SMR pour justifier sa décision. La Cour de céans constate que, contrairement à ce qu'affirme l'intimé dans sa réponse, il s'agit bien d'un cas de révision, dès lors qu'il a octroyé à la recourante une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, l'a supprimée. Par conséquent, les conditions d'une révision de la rente doivent être remplies : il faut en particulier que le taux d'invalidité de l'assurée ait subi une modification notable entre le moment de l'attribution et le moment de la

suppression.

E. 9

La recourante présente diverses atteintes à la santé qui ont fait l'objet d'investigations médicales et, notamment, d'une expertise pluridisciplinaire par le CEMED. L'assurée a été examinée en date des 11 août et 18 septembre 2009 par les Drs M _____, rhumatologue FMH, U _____, neurologue FMH et O _____, psychiatre - psychothérapeute FMH. Les experts ont rendu leur rapport en date du 20 octobre 2009. La Cour de céans constate que ce rapport comporte une anamnèse personnelle, familiale et socioprofessionnelle détaillée, une analyse complète du dossier médical, une description du status sur la base des

A/1806/2011 - 12/15 - examens cliniques et du dossier médical et les données subjectives de l'assurée. Des examens paracliniques ont été effectués, notamment un monitoring médicamenteux et un ENMG. Sur le plan ostéoarticulaire, les experts ont retenu que la recourante présente un syndrome douloureux chronique touchant le rachis, sans constatation clinique susceptible de l'expliquer et en présence de nombreux points de fibromyalgie. Ils notent également une dissociation entre les plaintes de l'assurée et les observations cliniques, apparue lors des consultations. Sur le plan neurologique, l'examen clinique et l'ENMG ne révèlent pas de déficit radiculaire, le syndrome lombo-vertébral n'est pas important. Les radiographies standard montrent un matériel d'ostéosynthèse en place avec un lithésis résiduel peu important. Il est peu probable que la patiente puisse reprendre une activité physiquement lourde nécessitant une station debout prolongée et le port de charges de 10 kg ou plus. Au niveau psychique, l'expert n'a pas constaté de troubles justifiant une incapacité de travail et relève que l'assurée se plaint surtout de douleurs physiques, qu'elle est essentiellement fixée sur les douleurs. La dépression décrite n'est pas très intense, l'angoisse n'est pas très envahissante et les symptômes en général sont de faible intensité. Le diagnostic de fibromyalgie appelle celui de trouble somatoforme douloureux, qui n'est pas associé à une comorbidité psychique grave, il n'y a pas de perte de l'intégration sociale, pas de cristallisation de l'état psychique et donc pas d'incapacité de travail à retenir. Dans la synthèse et discussion du cas, les experts considèrent que l'évolution de la situation lombaire paraît suffisamment favorable depuis l'opération du 19 juin 2009 pour autoriser une reprise d'une activité professionnelle, d'abord à temps partiel, puis à temps complet dans une activité adaptée. Ils se fondent sur les observations faites lors des examens des 11 août et 18 septembre 2009. Les experts concluent en définitive à une capacité de travail de 50 % dès le 1er novembre 2009, puis à une capacité de travail de 100 % dès le 1er janvier 2010 dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, c'est-à-dire permettant les changements relativement fréquents de position, ne nécessitant pas un engagement physique lourd et le port régulier de charges de 10 kg ou plus. Les médecins traitants de la recourante considèrent en revanche que leur patiente est totalement incapable de travailler depuis août 2009 sur le plan psychiatrique (rapports de la Dresse R _____ des 16 mars 2010 et 12 octobre 2010), et, sur le plansomatique, depuis le 19 septembre 2008 (rapports du Dr L _____ des 20 janvier 2010 et 22 novembre 2010). Il convient de relever que le Dr L _____ a attesté d'une incapacité de travail de 100 % en dans l'activité de femme de ménage, ; il ne s'est toutefois pas prononcé quant à la capacité de travail dans une activité adaptée et n'a pas objectivé d'aggravation de l'état de santé. Le praticien ne fait pas état non plus d'éléments nouveaux qui auraient été ignorés des experts et ses attestations d'incapacité de travail à 100 % ne sont pas détaillées. La psychiatre, qui retient le diagnostic

de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), existant depuis 2006, précise que le trouble de l'humeur est

A/1806/2011 - 13/15 - fortement influencé par la problématique somatique et par la situation socio- familiale et financière. Quant au diagnostic d'anxiété généralisée (F41.1), si la recourante présente une thymie franchement abaissée, une tristesse, une anxiété très importantes, elle parvient à les gérer, quoique avec peine. Finalement, ces constatations rejoignent celles de l'expert psychiatre, selon lesquelles l'anxiété n'est pas très envahissante, les symptômes apparaissant plutôt légers, et la recourante est fixée sur ses douleurs. Par ailleurs, tout comme l'expert psychiatre, la Dresse R_____ n'a pas observé de trouble de l'attention, ni d'éléments de la ligne psychotique. Force est de constater que les rapports médicaux figurant au dossier ne permettent pas de remettre en cause les conclusions claires et motivées de l'expertise du CEMED, qui revêt pleine valeur probante. Pour le surplus, les documents produits ne font pas état de faits nouveaux postérieurement à l'expertise qui justifieraient d'autres investigations médicales, notamment sous forme d'une surexpertise pluridisciplinaire. Par conséquent, la Cour de céans fera siennes les conclusions des experts, selon lesquelles la recourante a recouvré une capacité de travail de 50 %, avec une diminution de rendement de 25 % depuis le 1er novembre 2009 et une capacité totale de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles à compter du 1er janvier 2010.

E. 10

Reste à déterminer le degré d'invalidité de la recourante. 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. 28a LAI). Lors de l'ouverture du droit à la rente, in casu 2009 (cf. art. 28 al. 1 LAI), la recourante était en incapacité de travail totale dans toute activité, de sorte que son degré d'invalidité était 100 %, ouvrant droit à une rente entière d'invalidité. L'état de santé s'étant amélioré, il convient de procéder à la comparaison des gains en 2010, moment où la recourante a recouvré une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée. S'agissant du salaire de valide, selon la déclaration de son employeur du 28 juillet 2009, la recourante percevait en 2008 un salaire mensuel de 3'825 fr. par mois, treize fois par an, soit 49'715 fr. En 2009, sans atteinte à la santé, elle aurait perçu un salaire annuel de 51'220 fr. Adapté selon l'indice de l'évolution des salaires nominaux, des pris à la consommation et des salaires réels (indice 2266 en 2009, indice 2284 en 2010, - La Vie économique, 12/2011, tableau B 10.3, p. 95), ce revenu s'élève à 51'627 fr. en 2010.

A/1806/2011 - 14/15 - Pour le revenu avec invalidité, il convient de se baser sur l'enquête suisse sur la structure des salaires 2010 (ESS), dès lors que l'assurée n'a plus travaillé depuis septembre 2008. Le salaire de référence est celui auquel peut prétendre une femme exerçant des activités simples et répétitives, tous secteurs confondus, soit un revenu mensuel de 4'225 fr. (ESS 2010, tableau TA 1, niveau 4). Etant donné que ce montant est valable pour une durée hebdomadaire de travail de 40 heures, il y a lieu de l'adapter à la moyenne de la durée normale du travail dans les entreprises en 2010, soit 41,6 heures (La Vie économique 11-2011, tableau B,9,2), soit 4'394 fr. par mois et 52'728 fr. par année. L'intimé a procédé à une réduction de 15 %, pour tenir compte des limitations fonctionnelles qui obligent l'assurée à n'exercer qu'une activité légère, réduction qui paraît appropriée. Le revenu d'invalide s'élève en définitive à 44'818 fr. Comparé au revenu sans invalidité, le degré

d'invalidité est de 15 %, insuffisant pour permettre le maintien de la rente. C'est par conséquent à juste titre que l'intimé a supprimé la rente d'invalidité au 31 mars 2010, en application de l'art. 88a RAI. Pour le surplus, conformément à la jurisprudence, un degré d'invalidité inférieur à 20 % n'ouvre pas droit à des mesures de réadaptation (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références). Reste réservé le droit à une aide au placement, sur demande écrite et motivée.

E. 11

Au vu de ce qui précède, mal fondé, le recours doit être rejeté.

E. 12

Conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI, un émolument de 200 fr. est mis à la charge de la recourante, qui succombe.

A/1806/2011 - 15/15 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : A la forme :

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