

GE_GERICHTE ATAS/9/2013 vom 7. Januar 2013

GE Cour de justice, 2013-01-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_9_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/9/2013 du 7 janvier 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/9/2013 del 7 gennaio 2013

Erwägungen

E. 1

La Cour de céans a déjà examiné les questions de sa compétence et de la recevabilité du recours dans son ordonnance du 10 octobre 2011 (ATAS/934/2011), de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir ici.

E. 2

Il n'est pas contesté que la recourante a droit à une rente entière de l'assurance- invalidité du 1er décembre 2004 au 31 janvier 2007. Le litige porte sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a limité le droit à la rente au 31 janvier 2007.

E. 3

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou

A/1622/2011 - 12/23 - l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGa (ATF 125 V 417 ss. consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). 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 (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 du 28 décembre 2006, I 520/05, 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).

E. 4

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). 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 (art. 7 LPGa). C'est le lieu de rappeler l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage, principe général

du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). Il en résulte que le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). 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). Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (ATF 127 V 299).

A/1622/2011 - 13/23 -

E. 5

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). 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 légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 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 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. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine; voir aussi ATFA non publié I 805/04 du 20 avril 2006, consid. 5.2.1 et les références). D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif 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). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATFA non

publié du 3 décembre 2007, I 1093/06, consid. 3.2). 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

A/1622/2011 - 14/23 - 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 (ATF 131 V 49).

E. 6

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine). 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 A/1622/2011 - 15/23 - description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 ss consid. 3). 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. 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). Le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, 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 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). 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Enfin, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; ATFA non publié du 19 mars 2004, I 751/03 consid. 3.3, RAMA 1985 p. 240 consid. 4).

A/1622/2011 - 16/23 -

E. 7

En l'espèce, la Cour de céans a jugé, dans son ordonnance du 10 octobre 2011, que les rapports au dossier n'étaient pas suffisants pour déterminer si l'amélioration de la capacité de travail de la recourante constatée par les experts du CEMED (rapport du 28 décembre 2006) - à savoir une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée, alors qu'elle avait été nulle à compter du 19 décembre 2003 - avait perduré jusqu'au 14 avril 2011, date déterminante à laquelle a été rendue la décision litigieuse. Il se justifiait ainsi d'ordonner une expertise psychiatrique judiciaire, laquelle a été confiée au Dr V_____. Par rapport du 18 janvier 2012, complété le 13 septembre 2012, le Dr V_____ a diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) présent depuis 2003, et d'autres épisodes dépressifs (F32.8). Ces troubles ne limitaient toutefois pas la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée à ses limitations physiques. L'expert a expliqué que la recourante ne présentait aucune comorbidité psychiatrique ayant valeur de

maladie : les symptômes thymiques étaient mineurs et ne remplissaient pas les critères définissant un épisode dépressif (F32.0 à F32.3). L'épisode dépressif apparu en fin d'année 2006 avait connu une évolution favorable grâce à une prise en charge dès le début de l'année 2007. La symptomatologie dépressive s'était donc atténuée dans le courant 2007 et, selon toute vraisemblance, elle n'avait pas eu par la suite de répercussion importante sur la capacité de travail de la recourante. Cet épisode ne persistait actuellement que sous forme de symptômes résiduels. Par ailleurs, la recourante ne présentait ni affections corporelles chroniques en dehors des diverses lésions rhumatologiques diagnostiquées (discopathies modérées, séquelles de maladie de Scheuermann), ni un processus maladif durable. Elle ne subissait aucune perte d'intégration sociale (elle avait des contacts réguliers avec son frère et sa belle-sœur ainsi qu'avec son ex-mari, qui l'aidaient et la soutenaient, elle voyait également des amies). Son état psychique ne pouvait être qualifié de cristallisé et elle avait su mobiliser ses ressources psychologiques pour surmonter la souffrance morale d'une séparation et l'état dépressif réactionnel qui s'en était suivi et les employait aujourd'hui à tenter de minimiser les conséquences des manifestations de ses douleurs sur l'équilibre psychique de ses enfants. Ainsi, la recourante ne souffrait pas d'un trouble spécifiquement psychiatrique qui limiterait sa capacité de travail. L'expert a encore précisé que si l'expression subjective et les conséquences fonctionnelles des douleurs alléguées étaient relativement sévères - alors que le syndrome douloureux somatoforme persistant en tant que tel ne l'était pas - et laissaient penser que la recourante n'avait pas les ressources psychiques nécessaires pour surmonter ses douleurs aux fins d'exercer une activité lucrative, on ne pouvait toutefois attribuer ce défaut de ressources psychiques à la présence d'une comorbidité psychiatrique. Peu après l'examen effectué par les médecins du CEMED, un état dépressif était apparu en septembre 2006, mais il était en rémission partielle grâce à la poursuite du traitement anti-dépresseur. Enfin, l'expert n'avait pas d'arguments cliniques ou

A/1622/2011 - 17/23 - anamnestiques permettant de diagnostiquer un trouble de la personnalité ; la recourante présentait des caractéristiques de personnalité dépendante et elle avait également montré une discrète tendance à la discordance idéo-affective, mais ces traits restaient infra-cliniques. En conclusion, d'un point de vue strictement psychique, les troubles présentés par la recourante ne limitaient pas sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations physiques. La Cour de céans constate que le rapport du Dr V_____ se base sur des examens de la recourante et sur son dossier médical. L'anamnèse est complète et les plaintes ont été prises en considération. La description et l'appréciation de la situation médicale sont claires. L'expert s'est exprimé sur l'évolution de l'état de santé de la recourante, sur sa capacité de travail et sur ses limitations fonctionnelles. Enfin, il a dûment expliqué et motivé son point de vue. Ses conclusions sont cohérentes et convaincantes. Il s'ensuit que ce rapport remplit en tous points les réquisits jurisprudentiels pour que lui soit accordée une pleine valeur probante. La recourante fait valoir que l'expert n'a pas été en mesure de se prononcer sur les répercussions qu'a entraîné la symptomatologie dépressive et elle estime que sa capacité de travail dans une activité adaptée est de 50%, en se fondant sur l'avis de la Dresse M_____. La Cour de céans constate que les observations de la Dresse M_____ ne sont pas de nature à remettre en cause l'appréciation du Dr V_____. En effet, les rapports établis par la Dresse M_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant, se limitent à faire état d'une incapacité de travail totale (rapport du 14 septembre 2009) ou une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée (rapport du 23 mai 2011), sans avancer

de motif médical justifiant de s'écarter des conclusions du Dr V _____, lesquelles viennent confirmer l'amélioration de la capacité de travail constatée par les experts du CEMED. Par ailleurs, interrogé sur les répercussions de la symptomatologie dépressive, le Dr V _____ a dûment expliqué qu'en raison de l'épisode dépressif développé en septembre 2006, la recourante a été prise en charge sur le plan psychiatrique au début 2007, que grâce aux médicaments, la symptomatologie dépressive s'était atténuée dans le courant 2007 et que, selon toute vraisemblance, elle n'avait pas eu de répercussion importante sur la capacité de travail de la recourante (complément au rapport d'expertise du 13 septembre 2012). En outre, l'expert a estimé, contrairement à l'avis des experts du CEMED, que les caractéristiques de personnalité dépendante - qui restaient infra-cliniques - n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail de la recourante. Ces conclusions sont d'ailleurs corroborées par l'appréciation émise par le Dr S _____, psychiatre traitant, puisque ce spécialiste considérait, dans son rapport du 21 juin 2007, que seuls les troubles somatiques avaient une répercussion

A/1622/2011 - 18/23 - sur la capacité de travail de la recourante (rapport du 21 juin 2007, page 3). Par la suite, ce médecin ne s'est pas prononcé sur la question déterminante de la capacité de travail de sa patiente, estimant que la mise en œuvre d'un examen médical complémentaire était nécessaire (rapport du 22 octobre 2009). Il n'existe ainsi aucune circonstance bien établie, susceptible d'ébranler sérieusement la crédibilité des conclusions du Dr V _____. Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que la recourante a présenté une incapacité de travail totale dans toute activité dès le 19 décembre 2003 - point au demeurant admis par l'intimé et non contesté dans le cadre du présent recours - et une capacité entière dans une activité adaptée à ses limitations rhumatologiques à compter d'octobre 2006, date retenue par l'intimé et correspondant à la fin de l'expertise effectuée par le CEMED (avis du SMR du 18 février 2008). Reste encore à examiner le degré d'invalidité que présentait la recourante.

E. 8

a) A teneur des dispositions 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 dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 29 al. 1 LAI et art. 7 LPGA), ou dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA). b) Selon l'art. 88a RAI, en vigueur depuis le 1er mars 2004, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de 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 (al. 1). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie (al. 2). c) 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). 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

A/1622/2011 - 19/23 - (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1, 104 V 135 consid. 2a et 2b). 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). La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance- chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b p. 276; arrêt I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts I 350/89 précité consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et

A/1622/2011 - 20/23 - subjectives (ATF non publié 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence). d) Le revenu d'invalide 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). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393, consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6, ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; ATF non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5). e) 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).

A/1622/2011 - 21/23 -

E. 9

En l'occurrence, il n'est pas contesté que la recourante présentait un degré d'invalidité de 100% à l'échéance d'une année d'attente à compter du 19 décembre 2003, donnant droit à une rente entière dès le 1er décembre 2004. Reste donc à déterminer le degré d'invalidité que subit la recourante lorsque sa capacité de travail est totale dans une activité adaptée, soit dès octobre 2006. a) S'agissant du salaire sans invalidité, l'intimé a retenu un salaire annuel pour 2006 de 46'513 fr. Compte tenu des renseignements fournis par l'employeur en date du 9 février 2005, ce montant n'est pas contestable et il n'est, au demeurant, pas contesté par la recourante. b) S'agissant du revenu d'invalidité, dans la mesure où la recourante n'exerce pas d'activité lucrative, il y a lieu par conséquent de se référer aux statistiques salariales.

Compte tenu de l'activité de substitution raisonnablement exigible de la part de la recourante dans un emploi adapté à son état de santé, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (RAMA 2001 n° U 439 p. 347), à savoir 4'019 fr. par mois (tous secteurs confondus) - valeur en 2006 - part au 13ème salaire comprise (ESS 2006, tableau TA1, niveau de qualification 4), soit 48'228 fr. par année. Compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41.7 heures; La

Vie économique, 1/2 - 2010, tableau B9.2), ce montant doit être porté à 50'278fr. (48'228 x 41.7 : 40) pour un plein temps. S'agissant du degré d'abattement auquel la recourante peut prétendre, la Cour de céans est d'avis qu'un taux de 10% maximum se justifie vu les limitations fonctionnelles présentées par la recourante, étant précisé par ailleurs qu'elle bénéficie d'une autorisation d'établissement C, qu'elle était âgée de 38 ans au jour de la décision litigieuse et qu'elle présente un taux d'occupation de 100%. En conséquence, le revenu d'invalidé pour une activité à 100%, avec une déduction globale de 10%, se monte à 45'250 fr. La comparaison du revenu avec et sans invalidité aboutit à un degré d'invalidité de 2.7% (46'513- 45'250/ 46'513), soit un taux insuffisant pour l'octroi d'une rente. A noter que même en appliquant une déduction de 25%, le revenu d'invalidé se monterait à 37'709 fr. et le taux d'invalidité à 19%, soit un taux encore insuffisant pour avoir droit à une rente d'invalidité.

A/1622/2011 - 22/23 - C'est par conséquent à bon droit que l'intimé a mis un terme au versement de la rente entière dès le 1er février 2007, soit trois mois après l'amélioration de la capacité de travail constatée en octobre 2006. Enfin, vu le degré d'invalidité de 2.7%, la recourante ne saurait prétendre à des mesures de réadaptation professionnelle, de sorte que la décision litigieuse ne prête pas le flanc à la critique sur ce point.

E. 10

Partant, le recours ne peut être que rejeté. Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de 200 fr.

A/1622/2011 - 23/23 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant Au fond :

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