

GE_GERICHTE A/147/2008 vom 11. März 2008

GE Cour de justice, 2008-03-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_147_2008

FR: GE_GERICHTE A/147/2008 du 11 mars 2008

IT: GE_GERICHTE A/147/2008 del 11 marzo 2008

Erwägungen

E. 5

Dans un rapport du 15 juin 2005, le Dr A _____ a retenu le diagnostic de lombosciatalgies droites sur troubles dégénératifs avec instabilité L4-L5 depuis 2001, sans toutefois indiquer un taux d'incapacité de travail. Il a souligné que l'activité d'aide-ménagère était particulièrement mal adaptée aux problèmes de la patiente. Il a précisé que l'état de santé de l'assurée s'améliorait mais qu'il ne l'avait pas revue depuis le 25 janvier 2005. A priori l'évolution lui semblait favorable, à tel point qu'une certaine activité devrait être possible au moins dans une fonction allégée lui permettant de changer de position sans port de charges ni mouvements trop répétitifs (secrétaire, réceptionniste, vendeuse), avec une diminution de rendement de 20%.

E. 6

Le 25 mai 2006, la Dresse B _____ a informé l'OCAI de ce que l'état de santé de sa patiente s'était aggravé. Elle a en effet ajouté les diagnostics de lupus très probable et d'atteinte articulaire isolée depuis septembre - octobre 2005. Elle fait ainsi état d'une raideur lombaire sévère et de douleurs articulaires aux poignets, aux coudes, aux mains, aux épaules et aux genoux, de sorte que l'assurée ne peut plus exécuter les tâches ménagères (sol, repassage, étendre lessive) et souffre d'une fatigue générale importante.

E. 7

Le Dr C _____ du Service médical régional AI (ci-après SMR) a relevé, dans sa note du 21 août 2006, que l'assurée souffrait de lombalgies irritatives intermittentes dans les suites d'une intervention chirurgicale en 2004 pour instabilité dégénérative et discopathie lombaire basse. Son ancienne profession d'aide-ménagère n'est plus exigible. Une aggravation de la situation est signalée par la Dresse B _____ depuis septembre 2005 en raison d'une atteinte poly-articulaire secondaire à un probable lupus. Le status est très succinct et hormis des douleurs, aucune synovite n'est mentionnée. Les limitations fonctionnelles ne sont pas décrites et la Dresse B _____ ne se prononce pas sur la capacité de travail de cette assurée, se contentant de préciser qu'elle est en arrêt de travail depuis le 11 mai 2004. Dans ce contexte un examen rhumatologique SMR se révèle indispensable pour préciser le status et la capacité de travail résiduelle.

E. 8

L'assurée a ainsi été examinée le 20 novembre 2006 par la Dresse D _____, spécialiste en médecine physique et rééducation, pour le SMR. L'expert a retenu à titre de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail un syndrome lombaire dans le cadre d'un trouble statique et légèrement dégénératif, un status post-spondylodèse L4-S1 pour double discopathie et instabilité segmentaires en 2004, une dysbalance musculaire et une connectivité indifférenciée, et, à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de

travail, une arthrose rétro-patellaire débutante possible, un excès pondéral, une hypercholestérolémie, une hypertension artérielle traitée, une gastrite occasionnelle, un status post-cure de varices et un status post-AIT léger en 2004. Le médecin a confirmé que l'activité d'aide ménagère était devenue difficile, mais considère qu'une activité adaptée reste exigible théoriquement à 100% avec une diminution du rendement d'environ 30% due à la présence d'une maladie rhumatismale inflammatoire. Les limitations fonctionnelles sont les suivantes : il faut éviter une position statique prolongée debout, assise, en rotation -flexion ou extension du tronc et en porte-à-faux; le port de charges est limité à 10 kg occasionnellement; l'assurée ne peut pas travailler à la chaîne ni sur des machines vibrantes.

E. 9

Le Service de réadaptation professionnel de l'AI a procédé à la comparaison des revenus. Il s'est fondé sur un revenu annuel actualisé sans invalidité de 51'093 fr. 80, sur la base du questionnaire-employeur de la FSASD du 31 mai 2005, et sur un revenu déterminant annuel d'invalidité de 29'226 fr. 35, selon les données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2004 pour une activité de niveau 4. Il a par ailleurs pris en compte un abattement de 15%. Il a ainsi obtenu un degré d'invalidité de 42% dès le début 2006. Il a considéré que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, l'assurée ne s'estimant pas apte à reprendre un travail adapté. Il a toutefois précisé que sur demande motivée de l'assurée, un mandat de placement serait ouvert en sa faveur. Le 2 octobre 2007, l'OCAI a communiqué à l'assurée un projet de décision, aux termes de laquelle elle avait droit à une rente entière dès le 1^{er} mars 2005 et à un quart de rente dès le 1^{er} février 2007. Par décision du 8 janvier 2008, l'OCAI lui a confirmé l'octroi d'une rente entière de mai 2005 à janvier 2007 et d'un quart de rente dès février 2007. L'assuré a interjeté recours le 14 janvier 2008 contre ladite décision auprès de l'OCAI. Cet office a transmis ce recours au Tribunal de céans comme objet de sa compétence. L'assurée explique qu'elle a été examinée par le médecin du SMR le 20 novembre 2006, et que depuis huit mois environ, les douleurs générales ont augmenté, qu'elle a subi deux infiltrations de cortisone au niveau de l'épaule droite et que depuis le mois de septembre, elle doit prendre de la morphine en patch car ses douleurs lombaires et sacrum ont augmenté, qu'elle boîte, que ses douleurs sont maintenant constantes, et enfin que le Dr A _____, neurochirurgien, étudie la possibilité qu'elle soit réopérée des lombaires. Dans sa réponse du 29 février 2008, l'OCAI a conclu au rejet du recours. Ce courrier a été transmis à l'assurée et la cause gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. 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 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 8 janvier 2008 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à l'année 2004, le présent litige sera examiné à la lumière des dispositions de la LPGA. Il convient quoi qu'il en soit de relever que ces dispositions n'ont pas modifié la notion d'invalidité selon

l'ancienne LAI et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité. 3. En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA). L'objet du litige consiste à déterminer si le remplacement de la rente entière d'invalidité par un quart de rente dès le 1^{er} février 2007 est justifiée. Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 41 LAI (ATF 125 V 417 ss consid. 2 et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2), respectivement 17 LPGA. Conformément à ces dispositions, lorsque l'invalidité d'un bénéficiaire de rente subit une modification de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence (ATFA non publié du 30 août 2005, I 362/04, consid. 2.2). Selon la jurisprudence, 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 et que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver la révision de celle-ci. 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; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). 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 RAI (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. a) 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). 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). b) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1^{er} janvier 2004), 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 40 % au moins ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins. Dès le 1^{er} janvier 2004, 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. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, le juge 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'assurée (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié du 6 mai 2003, I 762/02). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés et être reportée à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 ; ATFA du 30 novembre 2004, I 600/03, consid. 3.2). L'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un 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 arrêts cités). 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). 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 enfin que 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 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). En l'espèce, l'assurée s'est vue reconnaître le droit à une rente entière de mai 2005 à janvier 2007, puis à un quart de rente dès février 2007. L'OCAI s'est fondée sur le rapport établi par la Dresse D_____ en date du 20 novembre 2006, aux termes duquel elle présentait une capacité de travail de 70 % dans le cadre d'une activité légère respectant les limitations fonctionnelles retenues. Il sied de considérer que cet examen remplit les critères jurisprudentiels pour que lui soit reconnu une pleine valeur probante. Les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, le rapport se fonde sur des examens complets, il prend également en considération les plaintes de l'assurée, il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin les conclusions du médecin sont dûment motivées. Il y a lieu de constater que les conclusions de la Dresse D_____ vont dans le même sens que celles de la Dresse B_____ et du Dr A_____. L'assurée ne les conteste du reste pas. Elle fait en effet valoir que son état de santé s'est péjoré depuis mai 2007 environ, après l'examen réalisée par la Dresse D_____. Il s'agit-là d'un fait postérieur à la

décision litigieuse. Il convient à cet égard de rappeler que le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées en règle générale d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 127 V 467 ; 121 V 366 ; 116 V 248). Les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 293). Il appartient dès lors à l'assurée d'invoquer l'aggravation de son état de santé dans le cadre d'une demande de révision de son droit, qu'elle déposera auprès de l'OCAI, accompagnée de tous documents médicaux utiles. Partant le recours ne peut être que rejeté.

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