

GE_GERICHTE A/1962/2007 vom 16. Januar 2008

GE Cour de justice, 2008-01-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1962_2007

FR: GE_GERICHTE A/1962/2007 du 16 janvier 2008

IT: GE_GERICHTE A/1962/2007 del 16 gennaio 2008

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 16.01.2008
A/1962/2007

A/1962/2007 ATAS/45/2008 du 16.01.2008 (AI) , PARTIELMNT ADMIS En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1962/2007 ATAS/45/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 5 du 16 janvier 2008 En la cause Madame C _____, à CHATELAINE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Van LOON J. Potter recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Madame C _____, mariée et mère d'une fille née en 1982, a travaillé en qualité de caissière auprès de la Société X _____ Genève, à raison de 23 heures par semaine, depuis le 1 er janvier 1987, et en dernier lieu à raison de 27 heures. L'horaire normal de l'entreprise était de 41 heures par semaine. En 2002, son salaire était de 2'312 fr. par mois. Elle avait en outre droit à un 13 ème salaire, ainsi qu'à une "M-participation" de 395 fr. et une allocation de résidence de 792 fr. par an (cf. réponse de la X _____ du 22.02.2002 à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents - ci-après SUVA - pièce 83 SUVA). Elle a été licenciée de cet emploi avec effet au 1 er mars 2003. En date du 3 janvier 1993, l'assurée a été victime d'une chute sur le poignet droit, à la suite de laquelle elle a souffert d'une fracture de Pouteau-Colles à droite et a subi un arrêt total de travail, selon le certificat médical du 16 mars 1993 du Dr L _____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Le 22 mars 1993, l'assurée a repris son activité professionnelle à 100 %. Le 2 avril 1997, elle a glissé et est à nouveau tombée sur le poignet droit. Le Dr M _____, généraliste et médecin traitant, a diagnostiqué une déchirure ligamentaire triangulaire du poignet droit, dans son rapport du 1 er septembre 1997. Une incapacité totale de travail a été déclarée à partir du 15 avril au 24 août 1997. Elle a repris son travail à 100 % dès le 3 août 1998. Cette reprise s'est soldée par un échec, en raison d'une recrudescence des douleurs, selon le rapport du 30 septembre 1998 du Dr N _____, chirurgien orthopédique. La capacité de travail était à nouveau nulle dès le 21 septembre 1998. L'assurée a ensuite repris son travail à 50 % dès le 9 novembre 1998, puis à 100 % dès le 4 juin 1999. Dans son rapport du 8 février 1999, le Dr O _____ de la SUVA a indiqué que l'état de santé était stationnaire et la capacité de travail entière dans une activité professionnelle adaptée, pour laquelle il n'est exigé ni port de charges, ni mouvements de flexion du coude et du poignet. Il a évalué l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 10 %. Par décision du 28 septembre 1999, la SUVA a octroyé à l'assuré une indemnité d'un montant de 9'720 fr. pour les séquelles résultant des accidents de janvier 1993 et avril 1997. Le 13 décembre 1999, l'assurée a conclu avec son mari un contrat de travail avec la régie Y _____, pour un poste de concierge, à raison de deux heures par jour. Le début du contrat a été fixé au 1 er février 2000. Elle a subi deux nouvelles rechutes suite à l'accident d'avril 1997, selon le rapport des Drs M _____ et N _____. La première a été

annoncée le 20 mars 2001, sans interruption du travail, et la seconde le 12 octobre 2001, entraînant une incapacité totale de travail dès le 15 octobre 2001, date à laquelle l'assurée a quitté définitivement son emploi de caissière. Elle a cependant poursuivi son activité de concierge jusqu'en janvier 2002. Lors de l'entretien du 12 novembre 2001 avec la SUVA, l'assurée a déclaré que les tâches de conciergerie étaient moins pénibles que celles de caissière, dès lors qu'elle pouvait s'organiser pour les différents travaux et se faire aider par sa famille. De surcroît, les mouvements n'étaient pas répétitifs au niveau de son poignet et de son bras dans l'activité de concierge. Dans son rapport du 12 février 2002, le Dr O _____ a considéré que l'état de santé de l'assurée était stable et qu'il n'y avait plus lieu de continuer un quelconque traitement, hormis la prise d'un médicament de type AINS (anti-inflammatoires). Il a en outre indiqué que les douleurs du coude et de l'épaule ne pouvaient être mises en relation certaine ou du moins probable avec l'accident survenu. Le 6 mai 2002, l'assurée a été victime d'un troisième accident à son domicile. Elle est tombée sur le dos, ce qui a entraîné une fracture des apophyses transverses gauches de L1 jusqu'à L4. Une incapacité totale de travail a été déclarée. Le 18 février 2003, l'intéressée a déposé auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci après : OCAI) une demande de prestations tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité. Dans son rapport du 27 avril 2003, le Dr M _____, généraliste et médecin traitant, a attesté une incapacité de travail totale depuis le 16 avril 1997. L'état s'aggravait et il n'y avait pas de possibilités de reclassement. Présentant toujours un état douloureux, principalement du rachis lombaire et du poignet droit, l'assurée a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après: CRR) du 18 mars au 15 avril 2003. Dans leur rapport du 13 mai 2003, les médecins de cette clinique n'ont pas constaté de corrélation entre les anomalies radiologiques et les plaintes présentées par l'assurée. Ils n'ont pas décelé de trouble de l'adaptation de type anxieux ou dépressif. Les plaintes douloureuses et la souffrance psychosociale exprimées par l'assurée leur sont en revanche apparues insuffisamment marquées pour poser le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Ils ont estimé que celle-ci présentait dans l'activité de concierge une capacité de travail de 100 %, à savoir 2h par jour, dès le 16 avril 2003 et dans celle de caissière de 50 % dès la même date, puis de 100 % dès le 28 mai 2003. Par décision du 5 mai 2003, la SUVA a mis fin au paiement des indemnités journalières au 16 avril 2003 concernant l'activité de concierge et au 28 mai 2003 pour l'activité de caissière, tout en continuant de prendre en charge le traitement médical nécessaire. Elle a rejeté l'opposition formée par l'assurée par décision du 21 août 2003, contre laquelle cette dernière y a recouru. Dans son rapport du 26 mai 2003, le Dr M _____ a exclu toute reprise du travail. Le 19 mai 2004, l'assurée a fait l'objet d'un examen clinique bidisciplinaire par le Service médical régional AI du Léman (ci-après : SMR). Selon le rapport du 26 mai 2004 des Drs P _____, signé par celle-ci en tant que "psychiatre FMH", et Q _____, spécialiste en médecine physique et rééducation, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail étaient les suivants : lombalgies chroniques sur séquelles de dystrophie rachidienne de croissance, status post-fracture des apophyses transverses et spondylolyse L5 bilatérale, douleurs chroniques du poignet droit sur status post-fracture de Pouteau-Colles du poignet droit en 1993 et status post-déchirure partielle du ligament triangulaire du carpe à droite en 1997. L'assurée présentait des limitations fonctionnelles somatiques pour le port de charges de plus de 5 kg, la station assise ou debout prolongée de plus de 45 minutes, les longs déplacements à pied et en voiture, le travail en posture contraignante pour le rachis (porte-à-faux, réclinaison (sic) lombaire, torsion du tronc). Les médecins ont également relevé des limitations dues à une épicondylite chronique pour le port de charges de plus de

5 kg et l'extension contrariée du poignet de façon répétée. L'examen clinique psychiatrique n'a pas mis en évidence une dépression majeure, une décomposition psychotique, une anxiété généralisée, un trouble de la personnalité morbide, un syndrome somatoforme douloureux persistant ou une perturbation de l'environnement psychosocial. La capacité de travail était de 50 % dans son activité de caissière et totale dans une activité adaptée. Selon l'avis médical du 2 juin 2004 de la Dresse R_____ du SMR, la capacité de travail, telle que déterminée par le SMR lors de son examen du 19 mai 2004, existait depuis décembre 2002, soit six mois après la fracture des apophyses transverses. Le rapport de réadaptation professionnelle du 3 novembre 2004 a proposé de mettre l'assurée au bénéfice d'une observation professionnelle. Il est par ailleurs mentionné dans ce rapport que l'assurée ne pensait plus pouvoir travailler comme caissière à cause des mouvements répétitifs. Elle estimait en outre que le travail de concierge était trop lourd, notamment à cause des conteneurs. Du 8 novembre au 5 décembre 2004, l'assurée a suivi un stage d'observation au Centre d'intégration professionnelle (ci-après : CIP). Selon le rapport du 14 décembre 2004 de ce centre, l'assurée présentait une capacité résiduelle de travail de 50 % (50 % de rendement sur un plein temps modulable en temps et en rendement suivant l'activité), après une période d'adaptation, dans un emploi léger et peu manuel, en position assise ou debout (tout en gardant la possibilité d'alterner les positions lorsque cela s'avérait nécessaire). Les métiers retenus étaient ceux de caissière de cinéma, employée dans le contrôle visuel d'une production ou patrouilleuse scolaire. L'assurée devait éviter les sollicitations répétées (mouvement répétitifs) et en force des membres supérieurs, notamment du membre supérieur droit, ce qui influençait sensiblement les rendements. Étaient également proscrits les gestes amples ou en hauteur, les positions statiques prolongées, ainsi que les travaux nécessitant des postures penchées. Le CIP a par ailleurs observé des tremblements lors de sollicitations répétées du bras droit. Ces limitations ne permettaient pas à l'assurée de travailler dans le domaine industriel. Le niveau théorique était trop faible pour envisager une orientation dans le secteur tertiaire. La mise en place d'un stage en entreprise « ESPACE » était proposée. Est joint au rapport précité celui du Dr S_____, médecin-conseil du CIP, du 8 décembre 2004. Le médecin a attesté ce qui suit : « A la suite d'une lésion du ligament triangulaire du carpe du poignet droit, le membre supérieur droit de Mme C_____ présente des douleurs diffuses au niveau des diverses articulations avec une perte de force et de mobilité qui retentit sur tout emploi prolongé en force ou en finesse de ce membre. Comme elle est droitrière, toutes les activités professionnelles de type manuel sont devenues difficiles à exécuter, et elle n'a malheureusement pas un niveau suffisant pour travailler dans un secteur spécialisé de type tertiaire. De même, ses compétences ne lui permettent pas d'envisager un apprentissage complexe. Par ailleurs, il faut signaler des lombalgies communes modérées, peu invalidantes mais contribuant à une certaine fatigue et limitant les activités de manutention ou les activités statiques. Cependant, il semble tout à fait possible que Mme C_____ travaille à 100 % (plein-temps) dans une activité légère, adaptée, après une formation de base ». Par arrêt du 31 mai 2005, le Tribunal de céans a rejeté le recours de l'assurée contre la décision sur opposition de la SUVA du 21 août 2003. Ce faisant, il a considéré que la SUVA n'était pas liée par l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité, lorsque celle-ci reposait sur les seules conclusions contenues dans le rapport final des experts en matière professionnelle. Pour le surplus, le Tribunal de céans a estimé que le rapport de la CRR était convaincant et présentait toute valeur probante. Selon le rapport « ESPACE » du 11 juillet 2005, divers stages en entreprise et recherches ont été organisés. Les orientations les plus adaptées aux

limitations correspondaient aux métiers d'employée de contrôle visuel de production et d'ouvrière de conditionnement léger. Selon ce rapport : « Les rendements établis sont de l'ordre de 50 % sur un temps de travail de 4h/j., ceci principalement à cause du manque d'expérience et d'entraînement dans les domaines. ». Afin que les rendements progressent, une période de mise au courant en entreprise était nécessaire. Cependant, en dépit de l'engagement de l'assurée, aucune entreprise n'a été disposée à lui proposer une place de formation. Le CIP a relevé également que les limitations fonctionnelles présentées par l'assurée ne lui permettraient pas d'être polyvalente dans une entreprise, ce qui influençait sensiblement son employabilité. Concernant un stage chez Z_____, il a été ainsi constaté que cette entreprise n'accepterait pas de prendre l'assurée en formation en raison de son manque de polyvalence. Selon cette entreprise, il n'était aujourd'hui plus possible d'être engagé pour n'effectuer qu'une seule activité. Les réadaptateurs ont également pris contact avec le Groupement intercommunal pour l'animation parascolaire (ci-après GIAP) pour une activité d'animatrice parascolaire. Il s'est toutefois avéré que ce travail n'était pas adapté aux limitations de l'assurée, dès lors qu'il impliquait le port de lourdes charges. Concernant l'activité de caissière de cinéma, cette orientation a également été mise de côté par le CIP, le poste de travail n'étant pas adapté dans plusieurs salles de cinéma en raison de l'exiguïté de la cabine qui ne permettait pas l'alternance des positions. Le 16 mai 2006, le Dr M_____ a attesté que l'épicondylite était toujours douloureuse, avec irradiation dans l'épaule droite. Selon l'avis médical du 20 décembre 2005 du Dr. T_____ du SMR, la limitation de la capacité de travail à 50 %, selon le CIP, s'expliquait par le fait qu'il s'agissait d'activités manuelles lors des stages d'observation professionnelle. Selon l'avis médical du 17 juillet 2006 du SMR, il n'y avait pas d'éléments médicaux nouveaux susceptibles de modifier l'appréciation de la capacité de travail précédente, soit une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée. Dans le rapport final de la réadaptation professionnelle du 30 novembre 2006, il était proposé de vérifier le statut de l'assurée. La perte de gain, dans une activité lucrative adaptée à 100 %, était établie à 4,6 %. Ce calcul se fondait entre autres sur les renseignements communiqués par téléphone par la Régie Y_____ à la même date, selon laquelle l'assurée aurait gagné en 2002 15'040 fr. par an pour environ 17 heures de travail par semaine. Après avoir notifié un projet de décision à l'assurée et lui avoir donné la possibilité de s'exprimer, l'OCAI lui a octroyé, par décision du 19 avril 2007, une rente d'invalidité entière d'octobre 2002 à mars 2003. Ce faisant, il a considéré que sa capacité de travail s'était améliorée à partir de décembre 2002 et que ce changement supprimait le droit aux prestations dès qu'il avait duré trois mois sans interruption notable. Par acte du 21 mai 2007, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, recourt contre cette décision, en concluant préalablement à ce qu'une expertise médicale pluridisciplinaire soit ordonnée. Principalement, elle conclut à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente d'invalidité au-delà du 31 mars 2003, sous suite de dépens. Elle reproche à l'intimé de n'avoir donné aucune précision sur l'amélioration de l'état de la santé dès décembre 2002. Elle relève par ailleurs que le CIP n'a retenu qu'une capacité de travail de 50 %. Enfin, elle estime que l'abattement des salaires statistiques, sur lequel l'intimé s'est fondé pour établir le salaire sans invalidité, devrait être de 25 % et non pas de 10 % comme retenu par ce dernier. A l'appui de son recours, elle produit un courrier du 14 mai 2007 du Dr M_____ à son mandataire. Dans cette missive, ce praticien atteste une incapacité de travail de 100% depuis octobre 2002 à ce jour. Il estime que l'évaluation de celle-ci à 50% par le CIP est surévaluée. Dans son préavis du 19 juin 2007, l'intimé conclut au rejet du

recours, tout en se référant à la décision attaquée, en ce qui concerne la motivation. Le 20 septembre 2007, la recourante fait valoir que son état de santé s'est aggravé, sur le plan physique et psychique, postérieurement au dépôt du recours. Elle joint à sa missive le rapport relatif à un examen densitométrique osseux du 25 juin 2007 du Dr U _____ du Service des maladies osseuses des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) et du Dr V _____, psychiatre, du 14 septembre 2007. La conclusion du Dr U _____, dans le rapport précité, est la suivante : « Valeurs minérales osseuses objectivant une ostéoporose diffuse avec un T-score à -2.7 déviation standard au niveau du rachis lombaire et -2.3 déviation standard au niveau du col fémoral par rapport au capital osseux maximal théorique. » Le Dr V _____ a émis les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et d'anxiété généralisée, dans son rapport susmentionné. A l'audience de comparution personnelle des parties du 7 novembre 2007, la recourante déclare qu'elle aurait continué à travailler au même pourcentage à la X _____, à savoir 27 heures par semaine depuis mai 2001, si elle avait été en bonne santé. Après que la SUVA ait transmis au Tribunal de céans le rapport complet du 13 mai 2003 de la CRR, la cause a été 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. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA). Est litigieux en l'occurrence la question de savoir si la recourante présente une invalidité ouvrant le droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

a) La notion d'invalidité est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré. La définition de l'invalidité est désormais inscrite dans la loi. Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas. D'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Une appréciation divergente ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. A cet égard, il ne suffit donc pas qu'une appréciation divergente soit soutenable. Peuvent en revanche constituer des motifs suffisants le fait qu'une telle évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATF 126 V 291 ss consid.

2). b) En l'espèce, il est relevé dans le rapport de la CRR du 13 mai 2003 que les limitations fonctionnelles de la recourante s'inscrivent, au moment de son séjour dans cette clinique, dans un tableau douloureux plus étendu, pour lequel le traumatisme ne joue plus qu'un rôle secondaire. Déjà auparavant, le Dr O _____ avait indiqué, dans son rapport du 12 février 2002, que les douleurs du coude et de l'épaule n'étaient pas dans un relation probable avec l'accident. L'assureur-accident n'a ainsi pas tenu compte de toutes les atteintes à la santé, mais seulement de celles qui sont en rapport avec les accidents survenus. Par conséquent, l'intimé ne saurait en principe être lié par l'appréciation de la capacité de travail par la SUVA. Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation 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). 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 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (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. 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). 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. 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 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b

et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence 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 398 ss. consid. 5.3 et consid. 6). a) Selon l'art. 28 al. 2 LAI, pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide. Le Conseil fédéral édictera des prescriptions complémentaires sur l'évaluation de l'invalidité, notamment pour les assurés qui n'avaient pas d'activité lucrative avant d'être invalide (art. 28 al. 3 LAI). Sur la base de cette disposition légale, le Conseil fédéral a édicté les art. 27 et 27bis RAI. Aux termes de l'art. 27 RAI, pour évaluer l'invalidité d'un assuré n'exerçant pas d'activité lucrative au sens de l'art. 5 al. 1 LAI, on effectue une comparaison des activités et on cherche à établir dans quelle mesure l'intéressé a été empêché d'accomplir ses travaux habituels (méthode spécifique; al. 1). Par travaux habituels des assurés travaillant dans le ménage, on entend l'activité usuelle dans le ménage et l'éducation des enfants (al. 2). En application de l'art. 27bis al. 1 RAI, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon l'art. 28 al. 2 LAI. S'ils se consacrent en plus à leurs travaux habituels au sens de l'art. 5 al. 1 LAI, l'invalidité est déterminée selon l'art. 27 RAI pour cette activité. Dans ce cas, il faudra déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (méthode mixte d'évaluation de l'invalidité). Il est à relever à cet égard que la diminution de la capacité de travail, dans l'activité lucrative ou dans les tâches habituelles, engendrée par la fatigue accumulée dans l'autre domaine d'activité, ne peut pas être prise en considération, dans la mesure où l'évaluation de telles interférences est dans la pratique difficile. A cela s'ajoute, s'agissant de personnes mariées, que les époux sont tenus de contribuer au travail au foyer « chacun selon ses facultés », aux termes de l'art. 163 al. 1 et 2 du Code civil suisse (CC). Cela résulte également du principe de l'égalité des sexes consacré par l'art. 8 al. 3 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (ATF 125 V 159 s. consid. 5c). b) En l'espèce, la recourante travaillait avant la survenance de l'invalidité comme caissière à raison de 27 heures par semaine, ce qui correspond à un taux de 65%. Selon ses déclarations, elle aurait continué à travailler à ce taux sans atteinte à la santé. La recourante a également travaillé comme concierge de février 2000 à janvier 2002. Selon les renseignements donnés par la Régie Y_____ à l'intimé en date du 30 novembre 2006, la recourante travaillait environ 17 heures par semaine pour un salaire de 1207 fr. par mois en 2002. Ajouté à son emploi de caissière, son temps de travail équivalait ainsi à au moins un plein temps. Partant, il convient d'admettre que l'intimé a établi à raison le degré d'invalidité selon les règles applicables aux personnes exerçant une activité lucrative. 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). 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). 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) Se pose en l'espèce en premier lieu la question de la valeur probante du rapport du SMR, soit en particulier des conclusions de la Dresse P_____. En effet, celle-ci a signé en tant que "Psychiatre FMH", alors même qu'elle n'est pas autorisée à porter ce titre. Or, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, un rapport médical, élaboré dans le cadre d'un diagnostic de troubles somatoformes douloureux, signé par ce médecin avec ce titre, ne peut se voir attribuer une pleine valeur probante, en raison d'une irrégularité d'ordre formel (ATF non publié du 31 août 2007, cause I 65/07). Toutefois, en l'occurrence, les médecins de la CRR n'ont pas posé, dans leur rapport du 13 mai 2003, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux, en l'absence d'éléments dépressif et anxieux, et un tel diagnostic n'a pas non plus été émis par d'autres médecins. Partant, le rapport médical du SMR n'a pas été élaboré dans le cadre de ce diagnostic. Les médecins consultés n'ont par ailleurs pas fait état d'autres troubles psychiques. Par conséquent, le seul fait que le rapport du SMR soit signé par la Dresse P_____ avec un titre auquel elle ne peut prétendre, n'enlève pas toute valeur probante au rapport de son confrère, le Dr Q_____. De surcroît, il s'agit d'un document médical parmi d'autres. Ainsi, l'appréciation des atteintes à la santé et leur répercussion sur la santé n'est pas uniquement fondée sur le rapport du SMR. La capacité de travail de la recourante a été évaluée par la CRR à 100%, soit deux heures par jour, comme concierge dès le 16 avril 2003 et comme caissière à 50% dès la même date et de 100% à partir du 28 mai 2003. Il convient toutefois de rappeler que la SUVA n'a pas pris en considération la totalité des atteintes, mais uniquement celles en rapport avec les accidents survenus. Quant à l'appréciation de la capacité de travail par les Drs P_____ et Q_____, elle rejoint

celle de la CRR. Selon les constatations du CIP, la recourante ne présente qu'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Le Dr T_____ considère cependant, dans sa note du 20 décembre 2005, que la différence d'évaluation de la capacité entre le SMR et le CIP s'explique par le fait que la recourante a effectué des activités manuelles lors des stages d'observation professionnelle, mais que dans une autre activité sa capacité de travail serait entière. Le CIP a retenu, à titre d'activité adaptée, les métiers d'employée de contrôle visuel de production et d'ouvrière de conditionnement léger, après avoir écarté l'activité de caissière de cinéma et d'animatrice parascolaire. L'activité adaptée entrant en considération est ainsi clairement manuelle et aucun autre travail n'a été proposé à la recourante. En ce qui concerne l'activité de patrouilleuse scolaire, elle semble a priori bien convenir. Cependant, il s'agit d'une activité à temps très partiel, alors que la recourante travaillait à temps complet. Il convient à cet égard de rappeler que l'administration doit en principe indiquer quelles sont les possibilités de travail concrètes qui entrent en considération, en fonction des limitations de l'assuré (ATF 107 V 20 consid. 2b = RCC 1982 p. 34). La concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain ne doit néanmoins pas être subordonnée à des exigences excessives. Pour l'évaluation de l'invalidité, il n'est pas déterminant si la personne invalide peut être placée eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement si elle pourrait encore exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main-d'œuvre. (VSI 1998 p. 293). Dans la mesure où l'intimé n'a pas indiqué quelles autres activités elle pourrait exercer, en plus de celles retenues par le CIP, il y a lieu de se fonder sur l'évaluation de la capacité de travail par ce centre, de l'avis du Tribunal de céans. Or, celui-ci a constaté qu'elle n'était que de 50%, sans qu'il puisse être retenu que la recourante ait fait preuve de mauvaise volonté. Quant à l'aggravation de l'état de santé alléguée par la recourante dans la présente procédure, celle-ci est postérieure à la décision attaquée, de sorte qu'il ne peut en être tenu compte. Il appartiendra ainsi à la recourante de déposer une demande de révision, si son degré d'invalidité devait s'être modifié de façon notable ultérieurement à la décision dont est recours. Reste à établir la perte de gain de la recourante. Pour le revenu d'invalide, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, à savoir 45'840 fr. par année (Enquête suisse sur la structure des salaires 2002, TA1, p. 43). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux handicaps de la recourante. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002 (41,7 heures; La Vie économique, 10-2004, p. 90, B9.2), ce montant doit être porté à 47'788 fr. Vu l'âge de la recourante et ses handicaps, qui empêchent notamment toute polyvalence, il se justifie de procéder à un abattement de ce salaire statistique à hauteur de 15%. Il en résulte un revenu de 40'620 fr. Au vu du taux de capacité de travail de 50%, le salaire d'invalide s'établit ainsi à 20'310 fr. Quant au salaire sans invalidité, il aurait été en 2002 de 2'312 fr. par mois, soit de 30'056 fr. par an avec le 13^{ème} salaire. A cela s'ajoute, une participation de 395 fr. et une allocation de résidence de 792 fr. par an. Avec son salaire de concierge de 15'040 fr. par an (1'207 fr. x 12), le revenu sans invalidité s'établit ainsi à 46'283 fr. Par conséquent, la perte de gain s'élève à 56,11%. Ce taux ouvre le droit à une demi-rente d'invalidité. Se pose encore la question de savoir à partir de quel moment la capacité de travail de la recourante s'est améliorée. Sur la base de l'avis médical de la Dresse

R_____ du SMR, l'intimé a considéré que tel était le cas dès décembre 2002. Cependant, ce médecin n'a pas indiqué sur quels éléments concrets il s'est fondé pour admettre une amélioration de l'état de santé à ce moment. Le rapport d'examen du SMR du 26 mai 2004 ne permet pas non plus de faire une telle déduction. Cela étant, il y a lieu de se référer au rapport du 13 mai 2003 de la CRR où la recourante a encore séjourné du 18 mars au 15 avril 2003 pour améliorer les séquelles de ses accidents. Or, selon les conclusions de la CRR, laquelle a pu concrètement observer la recourante pendant plusieurs semaines, celle-ci n'a récupéré une capacité de travail, du moins partielle, qu'à partir d'avril 2003. Partant, il y a lieu d'octroyer à la recourante une rente d'invalidité entière jusqu'au 31 juillet 2003, l'amélioration n'étant considérée comme durable qu'après trois mois (art. 88a RAI). Au vu de ce qui précède le recours sera partiellement admis. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'500 fr. lui est octroyée à titre de dépens. L'émolument de justice, fixé à 200 fr., est mis à la charge de l'intimé. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable Au fond : L'admet partiellement. Annule la décision du 19 avril 2007. Octroie à la recourante une rente entière d'invalidité d'octobre 2002 à juillet 2003. Lui octroie une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} août 2003. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens. Met un émolument de justice, fixé à 200 fr., à la charge de l'intimé. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Claire CHAVANNES La Présidente Maya CRAMER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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