

GE_GERICHTE A/3246/2012 vom 8. Mai 2013

GE Cour de justice, 2013-05-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3246_2012

FR: GE_GERICHTE A/3246/2012 du 8 mai 2013

IT: GE_GERICHTE A/3246/2012 del 8 maggio 2013

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 08.05.2013
A/3246/2012

A/3246/2012 ATAS/430/2013 du 08.05.2013 (AI) , REJETE En fait En droit république et canton de Genève POUVOIR JUDICIAIRE A/3246/2012 ATAS/430/2013 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 8 mai 2013 5 ème Chambre En la cause Madame Q _____, domiciliée à MEYRIN, représentée par CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT Madame Q _____, d'origine pakistanaise, née en 1954, mariée et mère de deux enfants, s'est installée en Suisse en 1997. Enseignante de formation, elle n'a pu continuer cette activité pour des raisons linguistiques. Après avoir travaillé durant deux ans pour le personnel d'entretien de la société X _____, elle a été pendant deux ans professeur bénévole auprès de Y _____ à Genève. A compter du 29 mai 2000, elle a travaillé comme dame de buffet à l'Hôtel Z _____. En 2008, son salaire était de 3'400 fr. par mois. Rencontrant des difficultés de santé depuis plusieurs années, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève (OAI) en date du 21 février 2008. Elle était alors en incapacité de travail de 50% depuis plus d'une année en raison de troubles dégénératifs diffus prédominants aux genoux. Le Dr A _____, spécialiste FMH en rhumatologie, a diagnostiqué une gonarthrose bilatérale sévère depuis 2006. Il a préconisé d'éviter la station debout prolongée, le port de charges de plus de 10 kilos et les positions impliquant une flexion des genoux. Il a conclu que l'activité exercée précédemment n'était plus exigible de sa patiente. Dans un avis établi le 4 mars 2008, le Dr B _____, du Service médical régional AI (ci-après: SMR), a indiqué avoir pris contact avec le Dr A _____ qui lui a précisé que les atteintes touchaient principalement les genoux et consistaient surtout en une gonarthrose bilatérale et des lombalgies sur troubles dégénératifs. En revanche, le médecin avait précisé que les atteintes des membres supérieurs n'étaient pas limitatives et qu'une activité sédentaire, n'impliquant ni montée ni descente d'escaliers, ni travail en hauteur, ni marche sur terrain accidenté, ni port de charges de plus de 10 kilos, était toujours possible. Le Dr C _____, spécialiste FMH en médecine interne, a informé l'OAI dans un rapport du 4 avril 2008 que sa patiente souffrait de gonarthrose bilatérale depuis 2003, d'arthrose des IPP et des doigts depuis 2006 et d'une bascule du bassin entraînant des lombalgies depuis 2005. Il a ajouté qu'elle était désormais suivie par le Dr D _____. Il a conclu à une incapacité de travail de 50% dans la profession de dame de buffet depuis février 2007. L'assurée a été reçue en entretien par un conseiller en réadaptation de l'OAI qui l'a décrite comme volontaire et faisant beaucoup d'efforts pour poursuivre son activité. Le conseiller ayant préconisé la mise sur pied de cours de français, un plan de réadaptation a été mis en place, avec un contrat d'objectifs visant à permettre à l'assurée de se réinsérer dans la vie

active sans formation particulière. Le 6 mai 2008, l'OAI a rendu une décision de mesures d'intervention précoce sous la forme d'un cours de formation (cours de français). A la fin de cette formation, un bilan a été adressé à l'OAI dont il ressortait que l'assurée s'était investie dans ses cours avec beaucoup de détermination. Une note de clôture d'intervention précoce a été versée au dossier, qui concluait à une capacité résiduelle de travail de 100% depuis toujours dans une activité adaptée, de 50% seulement dans l'activité précédemment exercée. L'OAI a ensuite procédé à une évaluation théorique du degré d'invalidité en comparant le revenu qu'aurait réalisé l'intéressée sans atteinte à sa santé, soit 44'200 fr., à celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant une activité simple et répétitive et compte tenu d'une réduction supplémentaire de 10% pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles du fait que seule une activité légère était désormais possible, soit 45'250 fr. (cf. Enquête sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique [ESS] 2006, TA1, niveau 4 : 50'278 fr.). Le 18 septembre 2008, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à une rente. Selon le courrier du Dr A _____ du 18 septembre 2008, les affections consistaient en une gonarthrose bilatérale sévère, de l'ostéoporose, une hypertension artérielle traitée et une hypothyroïdie substituée. La gonarthrose allait s'aggraver. L'incapacité de travail était de 50% dans l'activité habituelle et un changement d'activité était préconisé. Dans une activité adaptée, la capacité de travail serait probablement de 100%. Dans un courrier du 15 octobre 2008, le Dr A _____ a indiqué que les douleurs aux genoux avaient augmenté, de sorte que la capacité de travail de sa patiente était désormais nulle dans l'activité habituelle et ce, de manière définitive. Il préconisait un reclassement professionnel. Dans le cadre du recours contre la décision de l'OAI précitée, le Tribunal cantonal des assurances sociales (la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice dès le 1^{er} janvier 2011) a entendu le 18 juin 2009 le Dr A _____ qui a confirmé que l'état de la patiente s'était péjoré au niveau des genoux, de sorte qu'à compter du 14 octobre 2008, sa capacité à exercer son activité précédente devait être considérée comme nulle. Il avait en revanche toujours estimé que sa patiente pourrait exercer à 50% une activité adaptée, c'est-à-dire permettant d'éviter le port de charges et la station debout - ce qui lui est totalement interdit -, de monter et descendre des escaliers et permettant d'alterner les positions à raison d'une fois par heure environ. Interrogé sur l'activité concrète qui pourrait convenir, le médecin a évoqué une activité de bureau. Entendu à la même date par le Tribunal, Dr D _____ a indiqué que la capacité de l'assurée à exercer son activité précédente était désormais nulle. Elle pourrait en revanche exercer à plein temps une activité permettant d'éviter la station debout et le port de charges, tel qu'un travail de bureau. Elle rencontrait également des problèmes articulaires au niveau des mains, raison pour laquelle des micromouvements tels que ceux qu'implique l'assemblage de montres, par exemple, ou des travaux minutieux ne pouvaient être envisagés. Dans cette procédure, l'assurée a produit une décision de l'Office cantonal de l'emploi concluant à une aptitude au placement à 50%. Cette décision se basait sur le rapport du Dr A _____ du 27 mars 2009 pour conclure à une aptitude au placement à 50% dès le 7 janvier 2009. Par arrêt du 26 novembre 2009, le Tribunal a rejeté le recours de l'assurée en se fondant notamment sur le courrier du 18 septembre 2008 du Dr A _____, dans lequel ce médecin avait admis une capacité de travail de probablement 100 % dans une activité adaptée. Il a écarté le rapport du 15 octobre 2008 du Dr A _____, faisant état d'une aggravation de l'état de la patiente, en considérant que cette aggravation était postérieure à la décision attaquée du 18 septembre 2008, de sorte que cette péjoration ne faisait pas partie de l'objet du litige et que la recourante devait déposer une nouvelle demande. En février 2010, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations

de l'assurance invalidité, en se prévalant d'une aggravation de son état de santé. Le 13 juin 2010, la recourante a produit, par l'intermédiaire de son conseil, un certificat médical du 31 mai 2010 du Dr A_____. Selon celui-ci, elle souffrait d'une gonarthrose sévère à droite, dont l'évolution était défavorable depuis début 2010. L'examen clinique avait mis en évidence un épanchement. Un traitement par injection n'avait pas apporté d'amélioration. La patiente avait de la peine à monter et à descendre, ne pouvait pas marcher plus de 250 mètres ni faire des mouvements de flexion. Sa capacité de travail était de 50% dans un travail adapté sans charges de plus de 5 kg, sans devoir monter ou descendre, se mettre à genou ou faire des flexions de genou ou rester debout. L'activité devrait être sédentaire avec la possibilité de changer de position toutes les 45 minutes. Par décision du 16 août 2010, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de l'assurée. Par arrêt du 10 novembre 2010, le Tribunal a annulé cette décision et renvoyé la cause à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la demande de révision et se prononce sur le droit aux mesures d'ordre professionnel, notamment à une orientation professionnelle, ainsi qu'à une rente. Le 4 février 2011, le Dr E_____, spécialiste en médecine interne, endocrinologie et diabétologie, a attesté une gonarthrose bilatérale sévère à titre de diagnostic avec effet sur la capacité de travail. Il suivait la patiente depuis mai 2010. La capacité de travail était nulle depuis environ deux ans dans l'activité habituelle. Il ne fallait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle dans cette activité. Le 30 juin 2011, le professeur F_____ a informé le SMR que l'assurée avait subi le 9 juin 2011 une opération consistant en la pose d'une prothèse totale du genou droit. Elle était en incapacité de travail totale depuis la veille de son hospitalisation pour environ trois à quatre mois. Pendant deux mois, elle devrait utiliser deux cannes, puis reprendre la marche progressivement sans auxiliaire. Selon ce médecin, il paraissait tout à fait concevable qu'elle reprenne un travail dans une activité adaptée entre le 4^{ème} et le 6^{ème} mois, selon l'évolution. Dans un avis médical du 18 juillet 2011, le SMR a constaté que l'assurée était en incapacité totale de travail actuellement. La capacité de travail était précédemment entière dans une activité adaptée, se réduisait à 50% dès janvier 2010, pour devenir nulle dès le 8 juin 2011. Le 6 août 2011, l'OAI a communiqué à l'assurée qu'il avait l'intention de lui refuser le droit aux prestations de l'assurance-invalidité. Le 14 septembre 2011, l'assurée s'est opposée à ce projet, par l'intermédiaire de son conseil. Elle a relevé que le Dr A_____ avait attesté le 31 mai 2010 que la capacité de travail n'était que de 50% dans un travail adapté. Selon l'avis médical du 7 février 2012 du Dr G_____ du SMR, la capacité de travail de l'assurée était pleine depuis toujours dans une activité adaptée, avec une incapacité de travail totale dans toute activité du 5 juin à octobre 2011. Le 23 mars 2012, le professeur F_____ a attesté que les limitations fonctionnelles du genou, après mise en place d'une prothèse totale, étaient une certaine perte de l'amplitude articulaire et des douleurs suite à la tuméfaction du genou. Une activité sédentaire pourrait être envisagée. Par décision du 25 septembre 2012, l'OAI a confirmé le projet de décision précité. Par acte du 29 octobre 2012, l'assurée a recouru contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi des prestations de l'assurance-invalidité. Préalablement, elle a conclu à l'ouverture d'enquêtes et à la mise en œuvre d'une expertise médicale. Elle s'est prévalu du rapport médical du 31 mai 2010 du Dr A_____, selon lequel sa capacité de travail n'était que de 50% dans une activité adaptée. Par ailleurs, le SMR avait également admis que sa capacité de travail dans une activité adaptée se réduisait à 50% depuis janvier 2010, pour devenir nulle depuis le 8 juin 2011. La recourante a en outre fait grief à l'intimé de lui avoir refusé des mesures de réadaptation, sans procéder à une instruction sur ce point.

Dans sa réponse du 27 novembre 2012, l'intimée a conclu au rejet au recours. Elle a soutenu que, selon les médecins, la capacité de travail de la recourante était de 100% dans une activité adaptée. Quant aux mesures d'ordre professionnel, il a relevé que le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement était une diminution de la capacité de 20% environ. Le taux d'invalidité de la recourante ayant été évalué à 0%, elle ne pouvait prétendre ni aux mesures d'ordre professionnel ni à une rente invalidité. Dans ses écritures du 28 décembre 2012, la recourante a persisté dans ses conclusions, en insistant sur la nécessité d'ordonner une expertise médicale, en présence d'avis médicaux divergents. Interrogé par la Cour, le Dr E _____ l'a informée le 20 mars 2013 que la capacité de travail de la recourante avait été entière entre janvier 2010 et le 9 juin 2011, date de l'opération par le Dr F _____, à l'exception de brèves interruptions dues à des épisodes d'exacerbations transitoires des gonalgies. En ce qui concerne la période post-opératoire, le travail pouvait en règle générale être repris dans les quatre à cinq mois après l'opération. Pour plus de détails, il fallait s'adresser au Dr F _____. Par écriture du 15 avril 2013, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 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 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) 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. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art 56 ss LPGA). L'objet du litige est la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'est durablement aggravé depuis la décision du 18 septembre 2008 de l'intimé. L'art. 17 al. 1^{er} LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). L'art. 17 LPGA est également applicable par analogie aux prestations de réadaptation (cf. ATF 9C_413/2008 du 14 novembre 2008, consid. 1.2 ; ATF 109 V 119). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). 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 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 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 I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui

régnait à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4, ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). 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. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). 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). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). 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 (art. 28 al. 2 LAI). Selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI, l'assuré a droit à une rente après une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable. Toutefois, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI (cf. ATF non publié du 28 août 2008, 8C_373/08, consid. 2.1). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). 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 LPGA), 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 description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). En l'espèce, le Dr A_____ a attesté le 31 mai 2010 une gonarthrose bilatérale, sévère à droite, dont l'évolution était défavorable depuis début 2010. La capacité de travail était de 50% dans un travail adapté en position assise et sans charges de plus 5kg, montées et descentes, nécessité de se mettre à genoux, faire des flexions de genoux ou rester debout. Suite à la pose d'une prothèse totale au genou droit en date du 9 juin 2011, le Prof. F_____ a attesté le 30 juin 2011 que la recourante pourrait reprendre une activité adaptée entre le 4ème et le 6ème mois, selon l'évolution. Il convient ainsi de constater que l'état de santé de la recourante s'est effectivement aggravé à partir de janvier 2010, ce qui a précisément justifié la pose d'une prothèse totale. Toutefois, dans les quatre à six mois après cette opération, elle a recouvré la capacité de travail dans une activité sédentaire, comme le Prof. F_____ l'a attesté. Certes ce médecin n'a pas précisé le taux de la capacité de travail après l'intervention chirurgicale. Dans la mesure où on ne voit pas en quoi les atteintes aux genoux pourraient contre-indiquer une activité sédentaire, il doit toutefois être admis que la capacité de travail est totale. Par ailleurs, l'incapacité de travail totale consécutive à l'opération n'était pas d'une durée suffisante pour justifier le droit à une rente. Quant à la capacité de travail de la recourante entre l'aggravation de son état en janvier 2010 et la pose de la prothèse en juin 2011, le Dr E_____ a attesté le 20 mars 2013 que celle-ci était totale dans une activité adaptée hormis de brèves interruptions dues à des épisodes d'exacerbations transitoires des gonalgies. Partant, il y a lieu de constater que l'aggravation n'a pas eu de répercussion durable sur la capacité de travail. En l'absence d'une modification du taux d'invalidité, l'intimé était ainsi fondé de refuser le droit à une rente et aux mesures d'ordre professionnel. Le recours sera par conséquent rejeté. Dans la mesure où la recourante succombe, un émolument de justice de 200 fr. sera mis à sa charge. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante. 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; RS 173.110); 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 Diana ZIERI 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.