

GE_GERICHTE ATAS/1115/2010 vom 3. November 2010

GE Cour de justice, 2010-11-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1115_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/1115/2010 du 3 novembre 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/1115/2010 del 3 novembre 2010

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. 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 litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008 (à l'exception de l'art. 68quater entré en vigueur rétroactivement le 1er juillet 2007), les principes de droit intertemporel commandent l'examen du bien-fondé de la décision litigieuse à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2007 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LAI pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). En ce qui a trait plus particulièrement à l'application des dispositions nouvelles de la LAI, la lettre-circulaire n° 253 du 12 décembre 2007 de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) reprend le principe ci-dessus évoqué. En effet, elle expose clairement que si le cas d'assurance survient avant le 1er janvier 2008, c'est l'ancien droit qui est applicable. Si la survenance du cas d'assurance a lieu par contre ultérieurement, c'est le nouveau droit qui trouve application, des facteurs

A/1557/2010 - 6/11 - externes aléatoires telle la date de dépôt de la demande ou de la décision se révélant sans influence. Toutefois, lorsque le délai d'attente a commencé à courir avant le 1er janvier 2008 et est parvenu à échéance dans l'année 2008, l'ancien droit demeure applicable pour autant que la demande ait été déposée le 31 décembre 2008 au plus tard. En l'occurrence, la demande de prestations a été déposée le 14 janvier 2008, l'incapacité de travail a débuté le 2 juillet 2007, de sorte que la naissance du droit éventuel à la rente se situe en juillet 2008. Il s'agit donc d'un cas d'application de l'exception reconnue par la circulaire susmentionnée et la version applicable de la LAI est celle en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007. S'agissant des règles de procédure, elles 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).

E. 3

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

E. 4

L'objet du litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité et le statut retenus par l'intimé lors de l'évaluation de l'invalidité.

E. 5

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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1er LPGA). 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 donc les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) 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'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 et les références). c) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61

A/1557/2010 - 7/11 - 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 précité ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297 ss).

E. 6

En l'espèce, tous les médecins ayant examiné la recourante sont parvenus à la conclusion qu'en raison de ses atteintes à la santé et de ses limitations fonctionnelles, la recourante n'est plus en mesure d'exercer son ancienne activité dans les nettoyages. L'incapacité de

travail est de 100 % depuis le 2 juillet 2007. Le SMR s'est fondé sur le rapport de la Dresse L_____ et a considéré dans son avis du 26 octobre 2009 que la capacité de travail de la recourante est de 50 % dans une activité adaptée, puis de 0% dès le 22 avril 2009, date de l'intervention. Le Tribunal de céans constate à cet égard que certes, dans un premier rapport du 24 janvier 2008, la Dresse L_____ avait estimé que la recourante pourrait exercer une activité adaptée, 4 heures par jour, tout en s'interrogeant sur le point de savoir quelle activité elle pourrait exercer, compte tenu de ses limitations fonctionnelles et de l'illettrisme. Cela étant, dans son rapport du 19 juin 2008, la Dresse L_____ a indiqué que l'état de santé de sa patiente s'était aggravé, qu'elle ne pouvait plus marcher en charge et que la capacité de travail était nulle depuis le 22 octobre 2007. La patiente était en attente d'une intervention aux HUG et un retour en travail (dans le même métier ou un autre) devait être réévalué en post-opératoire et en post-rééducation. Le Dr M_____ a estimé quant à lui dans son rapport du 9 janvier 2008 que la recourante n'était plus en mesure d'exercer son activité de nettoyeuse et que les incapacités de travail de 100 % depuis le 2 juillet 2007 étaient justifiées. Une reprise de l'activité professionnelle, même à temps partiel, ne semble pas envisageable à brève échéance, la patiente présentant une aggravation des omalgies lors du moindre travail avec des mouvements en abduction et antéimpulsion du membre supérieur droit. Pour le surplus, le praticien a souligné que l'assurée A/1557/2010 - 8/11 - n'ayant aucune formation professionnelle ni même scolaire, il est difficile d'envisager une profession adaptée à son handicap. Dans son dernier rapport du 2 août 2009, la Dresse P_____ relève que sa patiente présente une gonarthrose sévère du genou droit et qu'elle est en attente d'une intervention lorsqu'elle aura entièrement récupéré de l'intervention du 22 avril 2009. S'agissant de la capacité de travail, elle est de 0% depuis le 22 octobre 2007, aucune activité adaptée n'entrant en ligne de compte (patiente totalement analphabète). Le pronostic quant à une reprise de travail est mauvais, eu égard à l'âge de la patiente (62 ans).

Au vu de ce qui précède, il est douteux de retenir, comme l'a fait l'intimé, une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée de juillet 2007 au 22 avril 2009. La question peut toutefois rester ouverte, dans la mesure où quoi qu'il en soit, la recourante n'est plus en mesure de mettre à profit une quelconque capacité de travail résiduelle sur le marché ordinaire de l'emploi, eu égard à son âge et à ses nombreuses limitations fonctionnelles, ce que l'intimé a admis dans ses dernières conclusions. Partant, il convient de retenir une incapacité de travail totale dans toute activité lucrative.

E. 7

Reste à déterminer le degré d'invalidité de la recourante. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. 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). L'invalidité d'un assuré qui n'exerce que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus ou selon la méthode extraordinaire d'évaluation. S'il se consacre en outre à ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut 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. C'est la méthode mixte

d'évaluation de l'invalidité (jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis al. 1 et 2 RAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 28 al. 3 LAI en corrélation avec les art. 27bis al. 1 et 2 RAI et

E. 8

En l'occurrence, bien que la recourante ait indiqué qu'en bonne santé, elle travaillerait à plein temps, l'intimé a retenu le statut mixte, à savoir 70 % active et 30 % d'activité dans la sphère ménagère, en se fondant sur les revenus réalisés par la recourante durant les dernières années et sur le fait qu'elle n'a pas cherché d'autre activité. La recourante allègue à cet égard n'avoir rien trouvé de mieux et que le nombre d'heures de nettoyage était déterminé par l'employeur, ce dernier

A/1557/2010 - 10/11 - n'engageant pas les femmes à plein temps. Cela étant, elle effectuait en sus des remplacements. La question du statut peut également rester ouverte, dès lors que même si la méthode mixte est retenue, le degré d'invalidité de la recourante, compte tenu d'une incapacité de travail de 100 % (soit un degré d'invalidité de 100 %)- dans la part d'activité lucrative et d'empêchements de 32 % (soit un degré d'invalidité de 10 % arrondi) dans la sphère ménagère, ouvre droit à une rente entière d'invalidité. Par conséquent, comme l'a admis l'intimé à juste titre, la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le mois de juillet 2008 (cf. art. 28 al. 1 et 29 LAI, en leur teneur en vigueur au 31 décembre 2007 ; cf. circulaire OFAS op. cit.).

E. 9

Le recours, bien fondé, est admis.

E. 10

La recourante a droit à une participation à ses frais et dépens, que le Tribunal fixe en l'espèce à 1'200 fr. (art. 89H al. 3 LPA).

E. 11

L'émolument de 500 fr. est mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI).

A/1557/2010 - 11/11 -

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