

GE_GERICHTE ATAS/1340/2012 vom 6. November 2012

GE Cour de justice, 2012-11-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1340_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/1340/2012 du 6 novembre 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/1340/2012 del 6 novembre 2012

Erwägungen

E. 1

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 1er 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.

E. 2

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

A/1917/2012 - 8/13 -

E. 3

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

E. 4

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

E. 5

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité et des mesures d'ordre professionnel.

E. 6

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 (art. 7 LPGA). 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).

E. 7

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. 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

A/1917/2012 - 9/13 - peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

E. 8

Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V

67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221; ATFA non publié I 733/06 du 16 juillet 2007).

E. 9

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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

A/1917/2012 - 10/13 - 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).

E. 10

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

E. 11

En l'espèce, l'intimé a procédé à une enquête ménagère ainsi qu'à deux examens rhumatologiques et un examen psychiatrique. Il a conclu à une capacité de travail résiduelle de la recourante de 50%, en raison de ses seules atteintes ostéoarticulaires, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, c'est-à-dire où elle peut alterner deux fois par

heure la position assise et la position debout, n'a pas à soulever et/ou porter régulièrement de charges d'un poids excédent 5kg, ne travaille pas en porte-à-faux statique prolongé du tronc et ne s'expose pas à des vibrations. S'agissant des troubles psychiatriques, les médecins du SMR ont conclu qu'ils n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail de la recourante dès la fin du mois d'août 2009. En particulier, le psychiatre traitant de la recourante lui avait administré une médication adaptée et elle avait rapidement pu se sentir mieux sur ce plan. Le praticien en question ne décrivait par ailleurs aucun symptôme en faveur d'un état dépressif sévère, de sorte qu'il se justifiait de conclure que ce diagnostic était sans répercussion sur la capacité de travail de la recourante. De son côté, la recourante a estimé qu'elle n'était plus du tout en mesure de reprendre une activité professionnelle, quelle qu'elle soit, motif pris qu'elle ne pouvait pas rester debout plus de 30 minutes, qu'elle souffrait de problèmes de concentration et ressentait des douleurs quotidiennes. Elle a par ailleurs allégué

A/1917/2012 - 11/13 - que, depuis janvier 2012, son état de santé s'était aggravé; elle souffrait désormais également de problèmes d'hypertension, de vertiges et de maux de tête presque tous les jours et ses pieds étaient engourdis. Elle a dès lors considéré qu'il était totalement illusoire de prétendre qu'elle pouvait reprendre une activité à 50%, même adaptée.

E. 12

S'agissant premièrement de la valeur probante de l'enquête ménagère sur laquelle l'OAI s'est fondé pour procéder au calcul de l'invalidité, il apparaît que l'enquêtrice a scindé le champ d'activités ménagères en sept postes comme le préconise le chiffre 3086 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'AI de l'Office fédéral des assurances sociales (CIIAI). Le contenu de son rapport est suffisamment motivé, les limitations fonctionnelles y sont décrites de manière claire et les indications de la recourante y sont consignées. En particulier, l'enquêtrice relève que la recourante doit éviter les positions statiques prolongées, en porte-à-faux, le port de charges supérieures à 10kg et changer de position régulièrement. Au demeurant, la recourante n'apporte pas d'élément qui permette de remettre en question les conclusions de l'enquêtrice. Elle ne conteste d'ailleurs pas la valeur probante de ce rapport. Compte tenu de ce qui précède, il convient de reconnaître pleine valeur probante à l'enquête ménagère et de conclure que, dans sa sphère personnelle, la recourante présente un empêchement de 13,75%.

E. 13

La recourante conteste essentiellement la conclusion du SMR selon laquelle, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, elle présente une capacité résiduelle de travail de 50%. Se référant aux rapports de ses médecins-traitants, et en particulier à ceux de la Dresse D _____, la recourante estime que, sur le plan ostéoarticulaire, elle n'est plus en mesure d'exercer une activité lucrative, quelle qu'elle soit. Il apparaît en l'occurrence que le SMR s'est livré à une étude approfondie du cas de la recourante. Après l'avoir examinée et tenu compte des rapports de ses médecins-traitants ainsi que de ses plaintes, le SMR est parvenu à la conclusion que, dès 2011, l'assurée a présenté une aggravation de son état de santé, caractérisée par une boiterie d'appui, des troubles statiques du rachis, une mobilité lombaire diminuée par rapport à l'examen d'août 2010, une rétroflexion du tronc et des articulations sacro-iliaques douloureuses des deux côtés. En raison de cette aggravation, il a conclu à une diminution de sa capacité de travail; si en 2009, ladite capacité était de 70%,

elle est désormais estimée à 50% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles ostéoarticulaires de la recourante. Certes, la Dresse D_____ estime que sa patiente n'est pas en mesure de reprendre une activité professionnelle, même à un faible taux. Cette praticienne ne pose pourtant pas de diagnostics et ne décrit pas de limitations fonctionnelles qui

A/1917/2012 - 12/13 - iraient au-delà de ceux retenus par le SMR. Elle a en effet uniquement précisé que, vu l'activité de la maladie, marquée par des périodes fréquentes d'exacerbation des douleurs, sa patiente n'est plus en mesure de travailler. Il apparaît dès lors que le médecin-traitant se livre à une appréciation différente du cas de sa patiente, plus favorable, sans pour autant apporter d'éléments objectifs de nature à remettre en cause la valeur probante des avis du SMR des 17 août 2010 et 30 janvier 2012. Sur le plan psychiatrique, il apparaît que la dépression dont souffrait la recourante en 2009 est sans répercussion sur sa capacité de travail. Un traitement antidépresseur a en effet été institué dans les règles de l'art et l'amélioration de l'état de santé de la recourante a pu être constatée rapidement. Dans son recours, la recourante n'allègue d'ailleurs pas souffrir d'un quelconque état dépressif. De même, son psychiatre traitant n'a pas décrit de symptômes (tristesse, idées noires, fatigue, etc..) en faveur d'un tel diagnostic et a considéré que sa patiente pouvait reprendre une activité, sans parvenir à en préciser le taux.

E. 14

Il s'ensuit que c'est à bon droit que l'intimé a retenu une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité adaptée. Le calcul de l'invalidité ne prête d'ailleurs pas le flanc à la critique (ESS, abattement de 10%).

E. 15

S'agissant des mesures d'ordre professionnel, il apparaît que la recourante ne se voit pas entreprendre des démarches en vue d'une reprise d'activité. Dans ce contexte, il apparaît inutile de mettre une mesure de réadaptation professionnelle en œuvre. La Cour relèvera toutefois que, si la recourante le souhaite, l'intimé s'est montré disposé à lui dispenser une aide au placement. Il lui appartient, cas échéant, de formuler une demande en ce sens à l'OAI.

E. 16

Enfin, si la recourante s'estime fondée à déposer une nouvelle demande de prestations, en raison d'une aggravation de son état de santé postérieurement à la décision entreprise, elle a la possibilité de le faire.

E. 17

Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Étant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de 200 fr.

A/1917/2012 - 13/13 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :