

GE_GERICHTE ATAS/1403/2008 vom 28. November 2008

GE Cour de justice, 2008-11-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1403_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/1403/2008 du 28 novembre 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/1403/2008 del 28 novembre 2008

Erwägungen

E. 1

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'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. La compétence du Tribunal de céans 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 sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

A/2328/2007 - 9/16 - En l'espèce, la décision litigieuse est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance- invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

E. 3

Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.

E. 4

Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si la recourante peut prétendre une demi-rente de l'assurance-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 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). 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 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 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de

A/2328/2007 - 10/16 - 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 V 160 consid. 1c; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in Revue Suisse des assurances sociales [RSAS] 32/1988 p. 332ss.). d) Au sujet 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 (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il

est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant. e) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante 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 A/2328/2007 - 11/16 - 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

E. 6

La recourante conclut à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. Dans la mesure où elle ne conteste pas les conclusions de l'enquête ménagère, il faut en conclure qu'elle conteste principalement l'évaluation de sa capacité de travail résiduelle. Sur ce point, l'intimé, se basant sur l'expertise bidisciplinaire, a conclu à une capacité de travail totalement préservée dans une activité adaptée. En l'occurrence, les diagnostics de trouble statique du rachis dorsal et lombaire sur séquelles de Scheuermann, dorsalgies tenaces sur hypercyphose dorsale, et lombosciatique gauche et droite en alternance sur petite hernie discale L5-S1. posés sur le plan somatique par le Dr A _____ ne sont pas contestés. Il en va de même, sur le plan psychique, du diagnostic d'état dépressif posé tant par le Dr D _____ que par la Dresse C _____. Le Dr D _____ n'a pas précisé le degré de gravité de ce trouble mais a émis l'avis qu'il ne pouvait être considéré comme invalidant, ce que corrobore la Dresse C _____ qui conclut à un trouble de gravité légère. Les médecins divergent en revanche quant aux répercussions des troubles somatiques de l'assurée sur sa capacité de travail résiduelle. Le Dr A _____, médecin-traitant, conclut à une incapacité de travail de 50% depuis 2002, en ajoutant que l'état de santé de sa patiente va en s'aggravant. Il a précisé qu'à condition d'éviter les positions en flexion et demi-flexion du rachis, les positions statiques et le port de lourdes charges, une autre activité que celle de coiffeuse serait envisageable à raison de deux ou trois heures par jour au maximum. Le Dr B _____, s'il a retenu les mêmes limitations fonctionnelles, a quant à lui considéré que si celles-ci étaient respectées, l'assurée devrait pouvoir travailler à plein temps. Le rapport du Dr B _____ a été établi en pleine connaissance du dossier. Il tient compte des plaintes rapportées par l'assurée et ses conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradictions. Il y a donc lieu de lui reconnaître pleine valeur probante. Il y a lieu d'ajouter qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise (cf. arrêt du Tribunal fédéral du 5 janvier 2003, I 701/05,

consid. 2 et les références, en particulier l'ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou

A/2328/2007 - 12/16 - plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire : il n'en va autrement que si lesdits médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de cette dernière. Certes, les Drs A_____ et E_____ ont fait état de l'apparition d'un déficit sensitif au niveau du pied droit et d'une diminution de la force musculaire du membre inférieur droit. Cependant, aucun déficit moteur objectivable n'a été mis en évidence. Quant à la diminution de la force, le Dr A_____ a indiqué qu'elle se traduisait simplement par une marche un peu moins rapide. Ces faits ne sauraient donc remettre en cause les conclusions du Dr B_____. Quant à la discrète dénervation mise en évidence par le Dr G_____ postérieurement à la décision litigieuse, elle ne saurait entrer en considération dans le cadre du litige, étant rappelé que le juge, pour apprécier une cause, doit se baser sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse. Si l'état de l'assurée devait encore s'aggraver, il lui serait cependant loisible de déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'Office. Eu égard aux considérations qui précèdent, force est de constater que c'est à juste titre que l'Office, se basant sur le rapport d'examen bidisciplinaire, a conclu à une capacité de travail entière dans une activité adaptée, c'est-à-dire permettant d'éviter les positions en flexion et demi-flexion du rachis, les positions statiques et le port de charges.

E. 7

Il convient à présent de se prononcer sur le calcul du taux d'invalidité effectué par l'OCAI.

a) L'entrée en vigueur de la 4^{ème} révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est égal ou supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4^{ème} révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4). b) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. La comparaison des

A/2328/2007 - 13/16 - revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la

décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle avait été en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé. c) Aux termes de l'art. 27bis RAI, lorsque les assurés n'exercent une activité lucrative qu'à temps partiel, l'invalidité pour cette part est évaluée selon l'art. 16 LPGa. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels au sens de l'art. 8 al. 3 LPGa, l'invalidité est fixée selon l'art. 27 RAI pour cette activité-là. 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 la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question. S'il y a lieu d'admettre que les assurés, s'ils ne souffraient d'aucune atteinte à la santé, exerceraient, au moment de l'examen de leur droit à la rente, une activité lucrative à temps complet, l'invalidité sera évaluée exclusivement selon les principes applicables aux personnes exerçant une activité lucrative. L'art. 27 RAI dispose que l'invalidité des assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative au sens de l'art. 8 al. 3 LPGa, est évaluée en fonction de l'empêchement

A/2328/2007 - 14/16 - d'accomplir leurs travaux habituels. Par travaux habituels des personnes travaillant dans le ménage et n'exerçant pas d'activité lucrative, on entend l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que l'engagement caritatif non rémunéré. Ainsi, il faut dès lors déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des 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 convient par conséquent d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 16 LPGa) ; on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activités. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est déterminée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide ; on calcule donc le rapport en pourcent entre ces deux valeurs. La part de l'autre travail habituel constitue le reste du pourcentage (ATF 104 V 136 = RCC 1979 p. 28 consid. 2a ; RCC 1980 p. 565 ; RCC 1992 p. 136 et VSI 1999 p. 231 et ss.).

E. 8

En l'espèce, il n'est pas contesté que l'assurée, sans atteinte à la santé, aurait travaillé à 80%, ce qui aurait représenté en 2003, année durant laquelle la durée moyenne hebdomadaire de travail s'élevait à 41,7 h./sem., un horaire de 33,36 h./sem., les 20% étant consacrés à ses activités ménagères. Le taux d'empêchement à exercer ces activités a été fixé à 16,7 % par l'enquête ménagère, qui n'est pas contestée. Il s'agit dès lors de procéder à la comparaison des revenus pour la part consacrée à l'activité lucrative. Le revenu avant invalidité, évalué par l'intimé à 32'482 fr. (ESS 2002 TA 7 secteur 3, n° 34 [soins corporels] niveau de qualification 3 [CFC de coiffure] = 3'193 fr. par mois pour un horaire de 41,7 h./sem. à plein temps en 2002 = 32'485 fr. à 80% en 2003), n'est pas contesté, de sorte qu'il convient de le retenir. Quant au revenu après invalidité, étant rappelé que la recourante pourrait exercer à plein temps une activité adaptée à ses limitations et, a fortiori, à 80%, il y a lieu, conformément à une jurisprudence bien établie, de se référer aux données statistiques (Enquête suisse sur la structure des salaires - ESS) lorsque, comme en l'espèce, l'assurée n'a pas repris d'activité lucrative (ATF 126 V 76 et ss. consid. 3b/aa et bb ; VSI 2002 p. 68 consid. 3b). Pour une activité simple et répétitive de 40 heures (ESS 2002 TA 1), le salaire mensuel s'élevait pour les femmes à 3'820 fr. en 2002. Dans cette catégorie, l'on trouve des activités qui peuvent être adaptées aux limitations fonctionnelles de la recourante et qui ne demandent aucune formation professionnelle. Compte tenu de l'horaire de travail de 41,7 heures habituelles dans les entreprises cette année-là, (la Vie économique 9/2007 p. 99 tableau B10.3), cela

A/2328/2007 - 15/16 - équivaut à un revenu mensuel de 3'982 fr. 35 en 2002, soit 47'788 fr. 20 par année, soit, après adaptation à l'évolution des salaires nominaux (cf. La Vie économique 9/2007 p. 99), un revenu annuel de 48'465 fr. 20 en 2003 pour un plein temps et de 38'772 fr. 15 pour un taux d'activité de 80%, c'est-à-dire, après application d'une réduction supplémentaire de 10% parfaitement justifiée en l'espèce, 34'895 fr. Force est de constater qu'il ne résulte aucune perte de gain de la comparaison de ces deux revenus et que le degré d'invalidité concernant la part consacrée à l'activité lucrative est donc de 0%. Il s'agit à présent de procéder à l'évaluation du taux d'invalidité global au moyen de la méthode mixte d'évaluation ; ce taux se détermine à l'aide de la formule suivante :

$$E \times IE + ([EZ - E] \times H) \div EZ$$

E = travail fourni par l'assuré avant invalidité (activité lucrative en heures par semaine) IE = handicap rencontré en tant que personne exerçant une activité lucrative en pourcent EZ = durée de travail normale des personnes exerçant une activité lucrative à plein temps dans la branche concernée, en heures par semaine H = handicap rencontré dans le ménage en pour cent.

Le calcul à effectuer est donc le suivant : $[33.36 \times 0 + ([41.7 - 33.36] \times 16.7)] : 41.7 = 3.34\%$, taux insuffisant à ouvrir droit à une rente. Au vu de ce qui précède, force est de constater que le recours, mal fondé, doit être rejeté.

A/2328/2007 - 16/16 -