

GE_GERICHTE ATAS/187/2015 vom 11. März 2015

GE Cour de justice, 2015-03-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_187_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/187/2015 du 11 mars 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/187/2015 del 11 marzo 2015

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 - 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.

A/2359/2014 - 6/12 -

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).

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; ATF 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 au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011 et, après le 1er janvier 2012, 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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), étant rappelé que les délais de recours ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclus (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et ss LPGA).

E. 5

Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance- invalidité. 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). (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de

A/2359/2014 - 7/12 - 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). L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPA) à 40 % au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LPGA). Il y a interruption notable au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins (art. 29ter du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI, RS 831.201). 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.

E. 6

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; 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). Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation

lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss

A/2359/2014 - 8/12 - consid. 2b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références). Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGGA). S'ils se consacrent en outre à leurs 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 (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGGA).

E. 7

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 (cf. art. 61 let. c LPGGA), 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). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une

expertise confiée à un médecin

A/2359/2014 - 9/12 - indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Par ailleurs, 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). Enfin, en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

E. 8

En l'espèce, le Dr C_____, médecin traitant, a diagnostiqué une hernie discale foraminale gauche L5.S1 comprimant L5 pour laquelle la recourante a été en incapacité de travail totale du 28 septembre 2011 au 29 décembre 2011, puis de 50% du 30 décembre 2011 au 16 avril 2012. A compter du 17 avril 2012, la capacité de travail était à nouveau totale dans son activité habituelle exercée à 75%. En revanche, dans son rapport du 13 novembre 2012, bien que l'état de santé était stationnaire, il a indiqué que depuis le 23 août 2012, la capacité de travail était de 50% dans son poste de travail occupé à 75%. Il a expliqué que l'assurée ne pouvait pas rester longtemps assise en raison des lombosciatalgies, qu'il avait proposé une tentative de reprise de travail à 100%, qu'en cas d'échec et en l'absence d'indications opératoires, l'activité actuelle à 50% était adaptée et que ce taux de 50% du 75% deviendrait définitif. Mandaté pour expertise, le Dr E_____ a retenu comme diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail des dorsolombalgies chroniques, des lombosciatalgies droites sur troubles de la posture, une meralgie paresthésique droite et une obésité morbide. La meralgie obligeait la patiente à changer de position toutes les quarante-cinq minutes. Selon l'expert, les atteintes à la santé diminuent de 25% la capacité de travail d'un emploi à 100%. Le poste de secrétaire

A/2359/2014 - 10/12 - avait déjà été adapté à son handicap, il respectait les limitations fonctionnelles. Dans cette activité adaptée, la capacité de travail de la recourante était de 75% dès le 26 novembre 2013, jour de l'expertise. L'incapacité de travail médicalement justifiée dans l'activité habituelle a été de 100 % du 28 septembre 2011 au 29 décembre 2011, de 68.5% du 30 décembre 2011 au 16 avril 2012, de 0% du 17 avril 2012 au 23 août 2012 et de 68,5% dès le 24 août 2012. Selon l'expert, l'emploi actuel est adapté au handicap de la recourante, elle peut travailler à 75% depuis le 26 novembre 2013, soit 6 heures par

jour avec un rendement de 100%. Il proposait encore de réévaluer l'effet des infiltrations sur le nerf fémoral cutané droit, après trois infiltrations, car il pensait que la capacité de travail pourrait augmenter à 100%. La chambre de céans constate que le rapport d'expertise du Dr E_____ a été effectué sur la base de l'intégralité du dossier de la recourante, qu'il comporte une anamnèse complète et détaillée, qu'il a pratiqué un examen clinique complet, complété par des examens radiologiques. L'expert a tenu compte des plaintes de la recourante, l'appréciation du cas et ses conclusions sont claires et convaincantes. Partant, il remplit tous les réquisits permettant de lui attribuer pleine valeur probante. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans n'a pas de motif pour s'écarter des conclusions de l'expertise quant aux répercussions de l'atteinte à la santé sur sa capacité de travail, qui est totale dans son activité à 75%, depuis le 26 novembre 2013. Pour la période antérieure, il convient de relever que la recourante avait repris son activité à 75% le 17 avril 2012, avant d'être mise à nouveau en arrêt de travail à 50 % de son 75 % par son médecin traitant, à partir du 24 août 2012. Cela étant, au vu des rapports médicaux et des conclusions de l'expert, l'état de santé de la recourante ne s'est pas aggravé depuis la reprise du travail en avril 2012. Par conséquent, il y a lieu d'admettre que depuis avril 2012, la recourante présente une capacité de travail totale dans son activité à 75%.

E. 9

Il s'agit d'évaluer l'invalidité de la recourante au regard de son status mixte, tel que retenu par l'intimé,- ce qui n'est pas contesté -, en tenant compte d'un taux d'activité de 75 % (30 heures par semaine) et de 25 % du temps pour les travaux habituels. Le calcul du taux d'invalidité selon la méthode mixte s'effectue selon la formule suivante (cf. Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance- invalidité - CCIAI, chiffre 3101), compte tenu d'une durée normale de travail dans la branche de 40 heures par semaine et de 30 heures de travail hebdomadaire accomplies par la recourante avant l'invalidité : $E \times IE + ((EZ - E) \times H) : EZ$ E = travail fourni par les assurés en tant que personnes non invalides exerçant une activité lucrative, en heures par semaine

A/2359/2014 - 11/12 - IE = handicap rencontré en tant que personne exerçant une activité lucrative, en pour-cent EZ = durée de travail normale des personnes exerçant une activité lucrative à plein temps dans la branche d'activité concernée, en heures par semaine H = handicap rencontré dans le ménage, en pour-cent. Etant donné que la recourante a déposé sa demande le 9 mai 2012, le droit à la rente ne peut prendre naissance que six mois plus tard, soit dès le mois de novembre 2012 (cf. art. 29 al. 1 LAI). O, à cette date, dès lors que la recourante ne présente pas d'invalidité dans l'activité professionnelle, il n'y a pas lieu de déterminer les empêchements dans la sphère ménagère. En effet, ainsi que l'intimé le relève à juste titre, même si un degré d'invalidité maximal était retenu dans la sphère ménagère, le degré d'invalidité serait de toute façon insuffisant pour ouvrir droit à une rente de l'assurance- invalidité ($30 \times 0\% + ([40 - 30] \times 100\% : 40 = 25 \%)$). Pour le surplus, des mesures professionnelles ne sont pas indiquées, l'activité exercée étant adaptée à l'état de santé de la recourante.

E. 10

Mal fondé, le recours sera rejeté. Etant 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 CHF 200.-.

A/2359/2014 - 12/12 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant A la forme :

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