

GE_GERICHTE ATAS/288/2016 vom 13. April 2016

GE Cour de justice, 2016-04-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_288_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/288/2016 du 13 avril 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/288/2016 del 13 aprile 2016

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 depuis le 1er janvier 2011, la chambre de céans 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 (art. 58 LPGA).

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

A/533/2015 - 9/17 - formalisée dans la loi de la jurisprudence rendue avant l'entrée en vigueur de la LPGA relativement aux notions correspondantes ; 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 345 consid. 3).

Sur le plan matériel, le droit applicable est celui en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (Thierry TANQUEREL, Manuel du droit administratif, 2011, n. 403 p. 132 ; Benoît BOVAY, Procédure administrative, 2000, p. 196 ; ATF 130 V 230 consid. 1.1 ; 335 consid. 1.2 ; 129 V 4 consid. 1.2 ; 127 V 467 consid. 1 ; 126 V 136 consid. 4b et les références).

En l'espèce, l'objet du litige porte sur une demande de prestations du 24 mai 2013 de sorte que sont applicables les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, et celles du 6 octobre 2006 (5ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, ainsi que les modifications de la LAI du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2012.

E. 3

Interjeté dans le délai de 30 jours et dans la forme prescrite, le recours est recevable (art. 59, 60 al. 1 et 61 let. b LPGA).

E. 3.3

p. 507 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C/589/2014 du 6 mars 2015 consid. 3.2 ; 9C_36/2013 du 21 juin 2013 consid. 4.2).

Lorsqu'il accomplit des travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré - étant valide - l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait également exercé une activité lucrative.

Pour déterminer, voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir 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. 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 l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3 p. 337-338 et les références in arrêts 9C/589/2014 du 6 mars 2015 consid. 3.2 ; 9C_36/2013 du 21 juin 2013 consid. 4.2).

E. 4

A l'appui de son recours contre la décision du 19 janvier 2015 lui refusant le droit aux prestations de l'assurance-invalidité, l'assurée conteste le taux d'invalidité retenu par l'OAI.

Se fondant sur l'arrêt du Tribunal fédéral I 665/99 du 18 octobre 2000, qui avait admis le droit à des mesures d'ordre professionnel pour un taux d'invalidité de 18.52%, bien que le taux fixé par la jurisprudence était de 20%, elle fait par ailleurs grief à l'OAI de n'avoir pas examiné si de telles mesures auraient pu lui être accordées lorsqu'il lui avait retenu un taux d'empêchement de 18% dans l'accomplissement des travaux du ménage.

E. 5

Aux termes de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPG) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1er). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPG. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de sa capacité de gain que l'assuré pourrait éviter en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas,

A/533/2015 - 10/17 - qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé.

b) 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.

Selon l'art. 28a al. 2 LAI, l'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPG, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (art. 8 al. 3 LAPG).

Chez les assurés n'exerçant pas d'activités lucratives, travaillant uniquement dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97).

c) 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).

Selon la définition légale, l'incapacité de gain consiste en la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré entrant en considération pour lui, 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. 1 LPGA). Dans ce contexte, la rente de l'assurance-invalidité vise à la compensation d'un préjudice patrimonial qui présente une certaine importance (art. 28 al. 2 LAI) ; cela présuppose que la personne assurée subisse un dommage matériel objectif correspondant à une perte de gain ou à une incapacité à vaquer à ses occupations habituelles liée à une invalidité de 40 % au moins. Lorsqu'il y a lieu d'évaluer le degré d'invalidité de la personne assurée, il convient de ne pas perdre de vue l'objectif principal de l'assurance-invalidité, tel qu'il ressort du message du Conseil fédéral du 24 octobre 1958 relatif à un projet de loi sur l'assurance-invalidité ainsi qu'à un projet de loi modifiant celle sur l'assurance-vieillesse et survivants (FF 1958 II 1161 ss), soit l'atténuation des conséquences économiques de l'invalidité. Par définition, il n'appartient pas à l'assurance-invalidité d'indemniser une perte - hypothétique - de revenu ou de capacité à vaquer à ses occupations habituelles relative à des activités que la personne assurée n'aurait jamais exercées en l'absence d'atteinte à la santé. En choisissant de ne pas travailler, la personne assurée a délibérément renoncé au salaire qu'elle aurait pu réaliser en travaillant ; l'absence de revenu consécutive à ce choix ne résulte pas de facteurs médicaux et ne saurait être

A/533/2015 - 11/17 - compensée, pour quelque raison que ce soit, par l'assurance-invalidité (cf. ATF 137 V 334 consid. 5.5.3 p. 345).

E. 6

Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes - la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte - dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré sans activité lucrative (non actif) ou assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (arrêts du Tribunal fédéral 9C_589/2014 du 6 mars 2015, consid. 3.1 ; 9C_36/2013 du 21 juin 2013, consid. 4.1).

a) Chez un assuré qui exerçait une activité lucrative à plein temps avant d'être atteint dans sa santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution de ses possibilités de gain, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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 adéquats, sur un marché du travail équilibré ; c'est la méthode générale de comparaison des

revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a p. 313 et les références) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 137 V 334 consid. 3.1.3 et référence ; 128 V 29 ; voir également arrêt 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4, in SVR 2010 IV n° 11 p. 35).

b) Chez un assuré qui n'exerçait pas d'activité lucrative avant d'être atteint dans sa santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'il en exerce une, il y a lieu d'effectuer une comparaison de ses activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels ; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA, 5 al. 1 LAI et 27 RAI).

c) Chez un assuré qui n'exerçait que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'il se consacrait en outre à des travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une telle situation, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question ; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI ; ATF 137 V 334 consid. 3.1.3 p. 338 et référence ; 131 V 51 consid. 5.1.2 p. 53).

E. 7

Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut non pas - malgré la teneur de l'art. 8 al. 3 LPGA - chercher à savoir dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative aurait été exigible de la part de l'assuré, mais se demander ce que

A/533/2015 - 12/17 - l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 133 V 504 consid.

E. 8

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de 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 de l'assuré et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités il est incapable de travailler du fait de cet état. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être raisonnablement exigées de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

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 les unit (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

On ajoutera qu'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 une pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la différence

reconnue 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 ni 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 judiciaire et suffisamment pertinents pour remettre en

A/533/2015 - 13/17 - cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

Le choix de suivre les conclusions d'une expertise, et non pas celles des médecins mandatés par l'assuré, à propos des atteintes diagnostiquées et de leur répercussion sur la capacité de travail relève ainsi de la libre appréciation des preuves (arrêt du Tribunal fédéral 9C_980/2012 du 4 juin 2013 consid. 3.2).

b) Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément au chiffre 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93), une telle enquête a valeur probante.

Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2004 p. 136 consid. 5.3 et VSI 2001 p. 158 consid. 3c ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005).

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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_716/2012 du 11 avril 2013).

En présence de troubles d'ordre psychique, et en cas de divergences entre les

A/533/2015 - 14/17 - résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, ces dernières ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (VSI 2004 p. 137 consid. 5.3 déjà cité).

E. 9

En l'espèce, il convient tout d'abord d'examiner le statut de l'assurée, l'OAI ayant retenu qu'elle avait un statut de ménagère n'exerçant aucune activité lucrative parce qu'elle avait "toujours été femme au foyer".

Conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral citée ci-dessus (cf. consid. 7 supra), le statut de l'assurée dépend de savoir si elle aurait exercé une activité lucrative si son état de santé le lui avait permis.

Il ressort des éléments du dossier que l'assurée, sans formation professionnelle, n'a exercé aucune activité lucrative dans son pays natal, ni en Suisse après son arrivée en mai 1986. Le fait qu'elle ait travaillé un mois à peine dans le domaine du sertissage ne constitue pas en tant que tel une occupation professionnelle lucrative. Il n'est pas contesté que, depuis 1986, elle a consacré l'essentiel de ses activités aux tâches ménagères, jusqu'à son départ à l'Ile Maurice, en février 1999. Depuis son retour à Genève, en décembre 2006, elle n'a exercé aucune activité professionnelle.

Il résulte par ailleurs du dossier que l'assurée, sans formation particulière, âgée aujourd'hui de 53 ans (1963), élève seule une fille de 17 ans (1999) et un fils de 14 ans (2002), lesquels poursuivent leurs études, respectivement, au Collège et au Cycle d'orientation.

Selon les déclarations de l'assurée lors de l'audience du 10 février 2016, elle aurait, sans ses problèmes de santé, exercé une activité lucrative à temps partiel qui lui aurait permis de rentrer s'occuper de ses enfants vers midi. Il était important, pour elle, d'être présente auprès de ses enfants à midi. Il apparaît ainsi que l'assurée souhaite travailler tout en ayant suffisamment de disponibilité pour ses enfants.

L'assurée se trouvait, depuis son retour en Suisse en 2007, âgée alors de 44 ans, dans une situation financière précaire puisqu'à ce jour, elle a dû recourir aux prestations de l'Hospice général.

Considérant sa situation familiale et financière, il y a dès lors lieu de retenir que, sans l'atteinte à la santé, elle aurait exercé à mi-temps, une activité lucrative simple ne nécessitant aucune formation spéciale, afin de subvenir à ses besoins et à ceux de ses deux enfants.

Au vu de ce qui précède, la chambre de céans considère qu'un statut de personne active à 50% doit être reconnu à l'assurée, la sphère ménagère représentant ainsi 50%.

E. 10

Il s'agit dès lors de déterminer le taux d'incapacité de travail de l'assurée.

a) Dès 2007, à son retour en Suisse, à Genève, l'assurée a été suivie par son

A/533/2015 - 15/17 - médecin traitant, la Dresse C_____, et son médecin-psychiatre, la Dresse D_____, qui ont attesté qu'elle était dans l'incapacité totale de travailler, particulièrement en raison des troubles du comportement alimentaire (anorexie).

Dans son rapport adressé le 10 juillet 2013 à l'OAI, la Dresse D_____ a estimé l'incapacité de travail de l'assurée à 100 % depuis le 8 septembre 2008. Aucune activité lucrative ne pouvait être exigée d'elle, compte tenu de sa "fragilité extrême". S'agissant de mesures de réadaptation professionnelle, la Dresse D_____ a répondu par la négative, soulignant l'ancienneté des troubles et des traumatismes causés par la maltraitance de son premier mari.

Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 31 juillet 2014, le Dr F_____ a retenu les diagnostics suivants : "trouble anorexique boulimique, épisode dépressif majeur récurrent, de gravité moyenne et personnalité traumatique (état limite inférieur), décompensée". Il a conclu qu'au vu des examens cliniques effectués, "l'incapacité de travail de l'assurée était complète et ceci probablement depuis toujours (...)".

Il a par ailleurs relevé qu'un reclassement ou une réinsertion professionnelle lui paraissaient "illusoire".

Ainsi, tant l'expert mandaté que les médecins traitants de l'assurée concluaient à une incapacité totale de travail de 100% pour toute activité lucrative.

b) Compte tenu des conclusions ci-dessus, la demande d'audition des médecins de la recourante ne paraît pas nécessaire.

E. 11

Enfin, l'enquête ménagère réalisée le 18 novembre 2014 par une infirmière compétente, a établi un taux d'invalidité de 18%, avec exigibilité et de 31%, sans exigibilité.

La recourante, représentée par son avocate, s'est bornée à contester ce taux d'invalidité de 18% sans formuler de grief précis. Par ailleurs, aucun élément du rapport d'enquête ne permet de remettre en cause le taux d'invalidité retenu.

Par conséquent, la valeur probante de cette enquête économique sur le ménage doit être pleinement reconnue.

La chambre de céans retient dès lors que le taux d'invalidité dans ce domaine est de 18%.

E. 12

L'évaluation du taux d'invalidité suivant la méthode mixte (art. 28A al. 3 LAI) aboutit ainsi à un taux global d'invalidité de 59% (50% de 100% pour la part professionnelle, 50% de 18% pour les tâches ménagères), supérieur au seuil de 40%.

Calcul : $(20 \times 100\%) + (40 - 20 \times 18\%) : 40 \text{ heures} = (2000 + 360) : 40 = 236 : 4 = 59\%$

A/533/2015 - 16/17 -

Partant, ce taux d'invalidité ouvre, en principe, le droit à une demi-rente d'invalidité (art. 28 al. 2 LAI).

E. 13

Reste à examiner les autres conditions du droit à la rente sur lesquelles l'OAI ne s'est pas prononcé, de telle sorte qu'il y a lieu de lui renvoyer la cause pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

E. 14

En conclusion, le recours sera admis dans les limites des considérants précités.

La décision du 19 janvier 2015 de l'OAI sera annulée et le dossier renvoyé à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

E. 15

La requérante obtenant, dans les limites des considérants ci-dessus, gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.-, à la charge de l'OAI, lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA).

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 l'OAI au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/533/2015 - 17/17 -

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