

GE_GERICHTE ATAS/291/2010 vom 11. März 2010

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_291_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/291/2010 du 11 mars 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/291/2010 del 11 marzo 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) 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). C'est ainsi que lorsqu'on examine le droit

A/2291/2009 - 7/11 - 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). En l'espèce, la décision litigieuse, du 8 juin 2009, 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 LAI du 21 mars 2003 (4ème révision) et à celle du 1er janvier 2008 relative aux modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives aux 4ème et 5ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

E. 3

Interjeté dans la forme et le délai prescrits, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

E. 4

L'objet du litige porte sur la question de savoir si la recourante a droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

E. 5

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). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine).

E. 6

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un 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

A/2291/2009 - 8/11 - 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, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). 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 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 352 ss consid. 3). Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin 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 353 consid. 3b/bb). S'agissant de la valeur probante 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid.

3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Enfin, en vertu de la maxime d'office, l'administration et le juge doivent veiller d'office à l'établissement exact et complet des faits pertinents. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention. Dans ce contexte, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer

A/2291/2009 - 9/11 - des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a).

E. 7

En l'occurrence, l'intimé est d'avis que la recourante ne présente aucune atteinte à la santé entraînant des répercussions sur sa capacité de travail ou des empêchements dans le ménage, ce que la recourante conteste. a) Sur le plan psychique, le Dr D_____, expert psychiatre, a retenu que la recourante souffre d'un trouble anxieux et dépressif mixte depuis 2007, disparate et non incapacitant. Le Tribunal de céans considère cependant que l'on ne saurait se fonder, sans autres, sur les conclusions de cette expertise, car le Dr D_____ ne s'est pas prononcé en pleine connaissance du dossier médical de la recourante. En effet, cette dernière dit avoir notamment bénéficié d'une prise en charge d'une durée approximative de deux ans par un psychiatre des HUG. Dans ces circonstances, le Tribunal de céans est d'avis que l'on ne saurait statuer sur la question des troubles psychiques dont souffre la recourante sans, à tout le moins, demander confirmation aux HUG et, cas échéant, communication d'un rapport complet qui sera ensuite soumis à l'expert. Ce rapport devra mentionner les diagnostics posés, leurs éventuelles répercussions sur la capacité de travail et/ou sur la capacité d'accomplir les travaux habituels (en précisant la date et à quel taux), ainsi que les raisons pour lesquelles la prise en charge a pris fin. Cette démarche apparaît nécessaire dans la mesure où, s'il est vrai que la recourante allègue que son état de santé psychique se serait amélioré, son médecin traitant, lui, fait état d'un refus de la part de sa patiente d'être suivie sur ce plan (rapport du 12 juin 2008). On ne saurait dès lors, sans autres, tirer la conclusion du fait que la prise en charge a pris fin que c'est parce que l'état de l'assurée s'est amélioré. b) Par ailleurs, s'agissant des troubles somatiques, les rapports médicaux versés à la procédure font état d'une tendinite chronique du sus-épineux gauche depuis 2007, objectivée en outre par une IRM du 28 janvier 2008 (rapport du Dr B_____ du 28 janvier 2008 et rapport du Dr A_____ du 12 juin 2008). Selon le médecin traitant, cette atteinte entraînerait une limitation fonctionnelle du bras gauche dans le port de charges et les mouvements répétitifs du bras (rapports des 12 juin 2008 et 16 septembre 2009). Or, et malgré le fait que le SMR ait préconisé la mise en œuvre d'une enquête ménagère pour évaluer les répercussions de la tendinite chronique sur la capacité de l'assurée à se livrer à ses activités habituelles (Dr C_____, avis du 22 octobre 2008), il y a été renoncé par l'intimé, sans que l'on sache pour quelles raisons. Il apparaît pourtant nécessaire, à la lecture des explications fournies par le médecin traitant, des constatations radiologiques et des considérations du SMR, de soumettre

A/2291/2009 - 10/11 - la recourante à un examen orthopédique, afin de déterminer les répercussions et les limitations fonctionnelles engendrées par cette atteinte sur ses activités ménagères et/ou sur sa capacité de travail. Il ressort de ce qui précède que la question des conséquences des atteintes physiques et psychiques de la recourante n'est pas suffisamment

éclaircie. En l'état, le Tribunal de céans considère que le dossier n'est pas en l'état d'être jugé et doit être renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire sur ces points.

E. 8

Enfin, le Tribunal de céans rappellera que, lors de l'examen initial du droit à la rente, il appartient à l'administration de déterminer quelle méthode d'évaluation de l'invalidité doit être appliquée (art. 28a LAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. En l'occurrence, le Tribunal de céans constate que la question de savoir quelle méthode doit être retenue ne ressort pas clairement de la décision litigieuse. Qui plus est, les pièces transmises par l'intimé au SMR font état d'un statut de ménagère (document 15 page 1), alors qu'il résulte des explications fournies par la recourante à l'expert, que suite à la séparation de son deuxième mari, elle a notamment vendu des mets thaïlandais à des particuliers et fait des nettoyages pendant environ un an, activités qu'elle dit avoir interrompues en raison de ses problèmes de santé. Compte tenu de qui précède, il incombera également à l'intimé de vérifier notamment si la recourante a effectivement exercé ces activités (le cas échéant, à quel taux). L'intimé invitera en outre la recourante à répondre au questionnaire servant à déterminer le statut des assurés, lequel ne figure pas au dossier. Cela fait, l'intimé se prononcera sur le statut de la recourante et mettra en œuvre, le cas échéant, une enquête ménagère.

E. 9

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est partiellement admis et la décision du 8 juin 2009 annulée. Le dossier est renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision sujette à recours. L'intimé, qui succombe, sera condamné à un émolument de 500 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI).

A/2291/2009 - 11/11 -

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