

GE_GERICHTE ATAS/36/2009 vom 20. Januar 2009

GE Cour de justice, 2009-01-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_36_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/36/2009 du 20 janvier 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/36/2009 del 20 gennaio 2009

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après LPGGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (ci-après LAI).

E. 2

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 3

La LPGGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, s'applique au cas d'espèce.

E. 4

Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable, conformément aux art. 56, 59 et 60 LPGGA.

A/3147/2008 - 5/11 -

E. 5

Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a refusé de revoir le droit aux prestations de la recourante, suite à sa demande de révision.

E. 6

Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cet article reprend en substance les termes de l'art. 41 de la LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2002, de sorte que la jurisprudence fédérale rendue en la matière reste applicable. Selon la jurisprudence, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. Pour juger si un tel changement s'est produit, il faut comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de rente initiale avec les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2). En cas de demande de révision pour un cas d'aggravation, l'administration a deux possibilités. Si l'administration constate que les allégations de l'assuré ne sont pas plausibles, elle liquide l'affaire par un refus d'entrée en matière, sans autres investigations. En revanche, lorsqu'elle entre en matière sur la nouvelle

demande, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue ; elle doit donc procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 41 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2002, actuellement l'art. 17 LPGA (cf. ATAS/363/2004 du 24 mai 2004; ATAS/384/2004 du 24 mai 2004; ATAS/202/2003 du 12 novembre 2003). Elle est donc tenue à une instruction détaillée au fond. Si elle arrive à la conclusion que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision, entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas contraire, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a).

E. 7

En l'espèce, il y a lieu d'examiner si l'état de santé de la recourante s'est modifié entre le mois d'avril 2005, date de la première décision constatant un taux d'invalidité de 8% et le 30 juin 2008, date de la décision litigieuse, qui retient un taux d'invalidité de 12% {recte : 16% }.

A/3147/2008 - 6/11 - a) Préalablement, il y a lieu de répondre à la demande d'instruction complémentaire de la recourante. Tout d'abord, elle concluait à l'octroi d'un délai pour produire des rapports complémentaires. Ce délai ne lui a pas été formellement accordé, dans la mesure où cette demande n'était pas motivée, et qu'elle n'alléguait pas, notamment, des faits nouveaux à prendre en compte. Par ailleurs, la recourante aurait eu tout loisir de produire ces rapports complémentaires si elle l'avait souhaité, au vu du long délai dont a bénéficié, de fait, l'OCAI, pour produire sa réponse. Ensuite, elle conclut à ce qu'une expertise pluridisciplinaire soit ordonnée. Or, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité). Tel est le cas ici, car l'OCAI a précisément investigué la situation médicale de la recourante, après que le SMR ait constaté, à la lecture des pièces médicales produites, que de nouveaux diagnostics avaient été posés, et un examen rhumatologique de la recourante a été effectué. b) C'est le lieu de confirmer la pleine valeur probante de ce rapport médical. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur

probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme

A/3147/2008 - 7/11 - expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1). En l'occurrence, le rapport du SMR remplit les réquisits jurisprudentiels, ce que la recourante ne conteste d'ailleurs pas. A l'occasion de cet examen, les médecins du SMR ont confirmé l'existence de diagnostics complémentaires, par rapport à l'examen effectué en 2004, notamment des gonalgies et des troubles statiques dégénératifs. Ils considèrent toutefois qu'au vu de l'ensemble de la pathologie, la capacité de travail est de 75% dans une activité adaptée. Le médecin traitant de la recourante n'allègue pas que d'autres affections physiques auraient été omises, mais fait une appréciation différente de la capacité de travail de sa patiente. Or, on rappellera à ce sujet que 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). c) La recourante allègue également souffrir d'un état dépressif majeur sévère. Son psychiatre, le Dr B_____, en attestait dans un rapport médical, succinct, du 16 mai 2008, précisant qu'une insomnie grave se doublait d'un état de stress post traumatique chronique survenu après l'accident de 2003. Dans un certificat du 25 août 2008, il le confirme, et mentionne que l'état psychique est encore aggravé par une opération à venir. Il ressort de ces deux documents qu'il a suivi la recourante entre octobre et décembre 2007, et à nouveau dès le mois de juin 2008. Or, l'existence d'un état dépressif est documentée dès l'origine. En effet, en février 2003, le Dr C_____ attestait d'une dépression majeure récurrente depuis 1998, réactionnelle à des événements de vie adverse. Un état dépressif latent était constaté par les réadaptateurs, lors du stage OSER, dans leur rapport du mois de novembre 2003. L'état psychique de la recourante a été examiné par le SMR en juillet 2004 déjà. A cette occasion, les médecins relevaient qu'elle était émotionnable mais ni dépressive ni anxieuse, et aucun élément diagnostique d'un stress post-traumatique prolongé n'était plus présent ; en revanche, une personnalité à traits dépendants était retenue. Lors de la deuxième demande de prestations, en 2005, l'OCAI n'est pas entré en matière car le médecin consulté à la demande de la recourante confirmait un état stationnaire et un « état dépressif sous-jacent ». Dans le cadre de la présente procédure, seul un examen rhumatologique a été effectué, au vu des rapports médicaux produits par la recourante. L'examineur a relevé toutefois une tristesse, et des pleurs « quand elle relate ses relations conjugales perturbées ». La capacité de travail était de 75% sous réserve d'une atteinte psychiatrique. Au vu du rapport du médecin psychiatre du mois de mai, le SMR a

A/3147/2008 - 8/11 - indiqué en écarter les conclusions puisqu'un examen complet en 2004 avait permis d'écarter le diagnostic d'état de stress post-traumatique. Par conséquent, force

est de constater que les deux certificats du psychiatre ne sont pas de nature à remettre en cause ses conclusions, car il s'agit de documents très succincts, qui ne mentionnent pas les critères diagnostiques présents selon lui pour arriver à de tels diagnostics, que le suivi chez ce psychiatre est court, comme mentionné ci-dessous, et qu'en l'occurrence il ne fait pas état d'une aggravation notable de l'état psychique. Tout porte à croire en effet, et l'ensemble du dossier le montre, que la recourante souffre en fait d'un état dépressif plus ou moins marqué en fonction des événements de sa vie. Il faut rappeler ici que, s'agissant des troubles dépressifs, 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 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 298 consid. 4c in fine) Par ailleurs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral des assurances, les états dépressifs ne constituent notamment pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, car ils sont, en règle générale, une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine; MEYER/BLASER, op. cit. p. 81, note 135).

E. 8

Ainsi, au vu du rapport du SMR de novembre 2007, s'il y a bien certains diagnostics additionnels par rapport à 2004, ils modifient un peu la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, puisque celle-ci est de 75% et non plus de 100%, mais il ne s'agit pas de nature à modifier le droit à la rente de la recourante.

E. 9

En effet, la recourante a un statut mixte. Les règles applicables sont les suivantes. a) Lorsque les assurés n'exercent une activité lucrative qu'à temps partiel ou apportent une collaboration non rémunérée à l'entreprise de leur conjoint, 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 pour cette activité-là. Dans ce cas, il faudra déterminer la part respective de l'activité lucrative ou de la collaboration apportée à l'entreprise du conjoint 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

A/3147/2008 - 9/11 - domaines d'activité en question. Lorsqu'il y a lieu d'admettre pour les assurés qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou qui travaillent dans l'entreprise de leur conjoint sans être rémunérés, que s'ils ne souffraient d'aucune atteinte à la santé, ils exerceraient, au moment de l'examen de leur droit à la rente, une activité lucrative à temps complet, l'invalidité est évaluée exclusivement selon les principes applicables aux personnes exerçant une activité lucrative. La fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait reposer sur une évaluation médico-théorique. En effet, 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. Selon la jurisprudence, 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 2001, p. 158, consid. 3c; ATFA non publiés du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 5.1.1, du 26 juillet 2004, I 155/04, consid. 3.2, du 28 février 2003, I 685/02, consid. 3.2). b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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. c) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI). La comparaison des 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 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b). 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

A/3147/2008 - 10/11 - 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 (ATF 126 V 79 consid. 5b/aa-cc; VSI 2002 p. 70 s. consid. 4b). d) En l'occurrence, c'est à juste titre que l'OCAI a appliqué la méthode mixte, et modifié la proportion entre l'activité ménagère et l'activité professionnelle, auparavant de 60%, augmentée à 80% sur la base des déclarations de la recourante et de son inscription au chômage à ce taux. Par conséquent, le taux d'activité ménagère est de 20%. Le calcul de l'invalidité professionnelle, au demeurant non contesté par la recourante, ne prête pas le flanc à la critique (application des statistiques ESS 2006 (droit à la rente novembre 2005), TA1, niveau 4, taux activité 75%, abattement 20%, comparé au dernier salaire réactualisé). Le taux d'invalidité professionnelle est de 15,4%. L'OCAI a retenu que l'enquête ménagère était toujours applicable ce qui est probable, mais n'en retient pas les conclusions (invalidité de 53%) mais les conclusions modifiées du SMR (20% au maximum), ce qui n'est pas admissible au vu de la jurisprudence rappelée ci-dessus. C'est donc une invalidité de 53% qu'il faut appliquer aux 20% d'activité ménagère, soit 10,6%. L'invalidité globale est donc de 26%. L'on n'arrive pas à un résultat très différent si l'on procède au calcul complet préconisé par l'OFAS, à savoir :

$$E \times IE + ([EZ - E] \times H) \text{ EZ}$$

E = travail fourni par les assurés en tant que personnes non invalides exerçant une activité lucrative en heures par semaine
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 concernée, en heures par semaine, ici, sur une base de 42h
H = handicap rencontré dans le ménage en pour cent.

Le calcul est donc le suivant : $[34h \times 25\% + ([42 - 34] \times 53\%)] : 42 = 30,3 \%$, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

E. 10

En conclusion, le recours sera rejeté, et un émolument perçu, vu la modification de la LAI, entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (art. 69 al. 1 bis LAI).

A/3147/2008 - 11/11 -

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