

GE_GERICHTE ATAS/407/2016 vom 23. Mai 2016

GE Cour de justice, 2016-05-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_407_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/407/2016 du 23 mai 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/407/2016 del 23 maggio 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 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

A/3706/2015 - 12/19 - 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, la 5ème révision de la LAI et le 1er volet de la 6ème révision de la LAI sont entrées en vigueur respectivement le 1er janvier 2003, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînant de nombreuses modifications légales dans l'assurance- invalidité. La législation applicable en cas de changement de règles de droit est celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1). Cela étant, la LPGA n'a modifié ni la notion d'invalidité, ni la manière d'évaluer le taux d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 229/05 du 3 mai 2006 consid. 1.2). La 5ème révision n'a pas non plus amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 4322). En ce qui concerne la procédure, à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 130 V 90 consid. 3.2).

E. 3

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).

E. 4

Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations d'invalidité, plus particulièrement sur le point de savoir à quelle date l'invalidité est survenue.

E. 5

En préambule, il convient de rappeler que le droit aux prestations de la recourante doit s'analyser à l'aune des règles applicables aux ressortissants suisses, comme la chambre de céans l'a déterminé dans son arrêt du 13 janvier 2014. Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa

santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 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. 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

A/3706/2015 - 13/19 - raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

E. 6

En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que 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.

E. 7

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2). b) 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. À cet égard, il convient 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; ATF 122 V 157 consid. 1c). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière

A/3706/2015 - 14/19 - d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'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 351 consid. 3b/bb). d) 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 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

E. 8

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, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (ATF 137 V 334 consid. 3.1) Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il s'agit d'appliquer 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) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 consid. 4). Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des 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 et 27 du règlement sur l'assurance-invalidité [RAI – RS 831.201]). Par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (cf. art. 27 RAI) (arrêt du Tribunal fédéral 9C_589/2014 du 6 mars 2015 consid. 3.1).

A/3706/2015 - 15/19 - Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs 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 situation de ce genre, 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) (arrêt du Tribunal fédéral 9C_36/2013 du 21 juin 2013 consid. 4.1.3). 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 qu'il aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 133 V 504 consid. 3.3). Lorsque l'assuré accomplit ses 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 vaqué à une occupation 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 et les références). On précisera encore que l'empêchement dans les travaux habituels est en règle générale déterminé au moyen d'une enquête ménagère (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 685/02 du 28 février 2003 consid. 3.2). Dès lors que l'invalidité consiste non en une incapacité de gain résultant d'une atteinte mais d'une limitation dans les travaux du ménage en raison de problèmes de santé, le début du droit à la rente doit également être déterminé eu égard à ce domaine. Pour déterminer depuis quand et dans quelle mesure la personne rencontre des empêchements dans l'accomplissement de ses travaux – et partant quand naît le droit à la rente – il y a lieu de se fonder non pas sur l'enquête ménagère mais sur les rapports médicaux (ATF 130 V 97 consid. 3.3.3).

E. 9

Jusqu'au 31 décembre 2007, l'art. 36 al. 1 aLAI prévoyait que les assurés comptant une année entière au moins de cotisations avaient droit aux rentes ordinaires. Aux termes de l'art. 36 al. 1 LAI dans sa teneur en force depuis le 1er janvier 2008, a droit à une rente ordinaire l'assuré qui, lors de la survenance de l'invalidité, compte

A/3706/2015 - 16/19 - trois années au moins de cotisations. On précisera que c'est la version en force depuis le 1er janvier 2008 qui s'applique au cas d'espèce, dès lors que la demande de prestations est postérieure à l'entrée en vigueur de cette disposition modifiée (cf. dans un cas similaire arrêt du Tribunal fédéral 9C_230/2012 du 5 septembre 2012 consid. 1.2).

E. 10

Aux termes de l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir le droit aux prestations entrant en considération. Le moment de la survenance de l'invalidité doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Ce moment ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de

laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 5 consid. 2b). Dans le cas d'une rente, l'invalidité est réputée survenue, en règle ordinaire, dès que l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI, dans sa version en vigueur depuis le 1er janvier 2008, art. 29 al. 1 let b aLAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007) (ATF 129 V 411 consid. 2.1). Lorsqu'un assuré qui n'exerçait pas d'activité lucrative au moment de la survenance d'une atteinte à sa santé peut encore accomplir ses travaux habituels dans une mesure supérieure à 60 %, les conditions matérielles du droit à la rente ne sont en principe pas réunies et l'invalidité n'est pas réputée survenue tant que cette situation demeure. S'il s'avère ultérieurement qu'en raison de changements dans sa situation économique et personnelle, cette personne reprendrait l'exercice d'une activité lucrative, mais qu'elle en est empêchée par son état de santé déficient, elle pourra exiger, pour l'avenir, que son taux d'invalidité soit évalué selon la méthode générale de comparaison des revenus, conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. Si le taux d'invalidité qui en résulte lui ouvre droit à une rente, l'invalidité sera réputée survenue, en règle générale, à l'échéance du délai d'attente prévu à l'art. 29 al. 1 let. b LAI, ce délai commençant à courir au plus tôt lorsque le changement de méthode d'évaluation de l'invalidité est devenu approprié (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 780/02 du 1er mai 2003 consid. 4.3.2).

E. 11

Sauf disposition contraire de la loi, le juge des assurances sociales fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b). En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 12

Lorsque l'autorité cantonale de recours statue par une décision de renvoi, l'autorité à laquelle la cause est renvoyée, de même que celle qui a rendu la décision sur

A/3706/2015 - 17/19 - recours, sont tenues de se conformer aux instructions du jugement de renvoi. Ainsi, l'autorité inférieure doit fonder sa nouvelle décision sur les considérants de droit du jugement de renvoi. Ce principe est applicable même en l'absence de disposition légale et vaut, partant, dans la procédure administrative en général (ATF 117 V 237 consid. 2a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_775/2010 du 14 avril 2011 consid. 4.1.1). L'autorité à laquelle une cause est renvoyée doit ainsi fonder sa décision sur l'appréciation juridique de l'arrêt de renvoi. Par conséquent, si le juge est une nouvelle fois saisi de l'affaire, il ne saurait statuer sur le litige en tenant compte de considérations juridiques qui ont été expressément écartées dans l'arrêt de renvoi ou qui n'ont pas été prises en compte (ATF 116 II 220 consid. 4a).

E. 13

En l'espèce, la chambre de céans avait renvoyé la cause à l'intimé pour que soit déterminé avec précision à quelle date l'invalidité de la recourante était survenue. Elle a exposé dans ses considérants les éléments qui manquaient pour trancher le litige, et pour quels motifs l'expertise réalisée par les spécialistes des HUG ne suffisait pas à sa résolution. L'arrêt du

13 janvier 2014 ne dictait certes pas à l'intimé les modalités selon lesquelles il devait compléter l'instruction. La mise en œuvre d'une expertise n'est ainsi pas critiquable en soi. Force est cependant de constater que celle que le Dr H_____ a réalisée ne permet nullement de compléter utilement l'état de fait. Elle n'amène en effet pas plus que celle des psychiatres des HUG les éléments nécessaires à statuer sur le droit de la recourante à des prestations d'invalidité. Si le rapport de ce psychiatre comprend tous les éléments dégagés par la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante et que sa qualité intrinsèque n'est pas remise en cause s'agissant de l'état actuel de la recourante, il ne se prononce pas sur les questions pertinentes, puisqu'il n'indique pas à quelle date et dans quelle mesure les atteintes de la recourante se sont révélées incapacitantes. Le Dr H_____ a diagnostiqué des troubles phobiques existant « depuis l'adolescence », et indiqué que l'incapacité de travail était entière depuis « de nombreuses années ». Ces éléments ne sont ni suffisamment précis, ni suffisamment étayés pour démontrer au degré de la vraisemblance prépondérante que l'invalidité est survenue avant l'arrivée de la recourante en Suisse, contrairement à ce qu'allègue l'intimé. Il y a encore lieu d'ajouter que si l'intimé était pour l'essentiel libre de décider des mesures d'instruction idoines pour compléter l'état de fait dans la mesure ordonnée par la chambre de céans, cette dernière a néanmoins relevé qu'il serait utile de recueillir des renseignements auprès des médecins ayant traité la recourante en 1992. L'intimé ne l'a pas fait. Or, compte tenu du fait que les conclusions de l'expertise du Dr H_____ n'amenaient pas de réponse sur la date de début de l'invalidité, l'intimé aurait dû procéder à cette mesure d'instruction, ou à tout le moins inviter l'expert à compléter son rapport en prenant langue avec les médecins consultés par la recourante à l'époque.

A/3706/2015 - 18/19 - Comme cela ressort de la jurisprudence citée ci-dessus, la chambre de céans est liée par son arrêt de renvoi. Il y a donc lieu de renvoyer une nouvelle fois la cause à l'intimé pour que ce dernier instruisse de manière complète les éléments médicaux permettant d'établir au degré de la vraisemblance prépondérante à quelle date l'incapacité de travail est survenue, et dans quelle mesure elle a évolué depuis. S'agissant du statut de la recourante, l'intimé ne l'a pas non plus examinée alors que la chambre de céans l'avait enjoint à le faire. Au vu des circonstances, il convient de rappeler en quoi cette question est essentielle pour trancher le litige. La recourante a indiqué que son époux et elle avaient adopté une répartition « traditionnelle » des rôles au sein du ménage, et qu'elle n'entendait ainsi pas poursuivre d'activité lucrative à l'extérieur du foyer à l'époque. On ajoutera que l'absence d'activité lucrative à long terme alors que la recourante habitait encore le Maroc peut également s'expliquer par des raisons culturelles. Il semble de plus que la relation que cette dernière a nouée après la fin de son mariage avec un homme qui subvenait à ses besoins lui permettait de ne pas travailler. Dans ces circonstances, il est possible qu'elle ait eu un statut de ménagère pendant ces années. Or, si ses troubles psychiques ont désormais des répercussions sur sa capacité de travail, il est possible que leur incidence – à supposer qu'ils aient déjà existé dans la même intensité à l'époque – sur l'accomplissement des travaux habituels au sein du ménage ait été moindre et n'ait pas suffi à fonder un degré d'invalidité de 40 % au moins. Il est donc indispensable que l'intimé complète l'instruction de manière à déterminer le statut de la recourante – par exemple en se renseignant sur les ressources financières de cette dernière avant le dépôt de sa demande de prestations. Ceci fait, et une fois le statut établi au degré de la vraisemblance prépondérante, il appartiendra cas échéant à l'intimé d'instruire l'incidence des troubles psychiques sur la capacité de la recourante à accomplir les travaux habituels, et de déterminer comment cette capacité a

évolué dans le temps.

E. 14

Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis. La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens qu'il convient de fixer à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPGA). La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), l'intimé sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 1'000.-.

A/3706/2015 - 19/19 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant À la forme :

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