

GE_GERICHTE ATAS/481/2017 vom 13. Juni 2017

GE Cour de justice, 2017-06-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_481_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/481/2017 du 13 juin 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/481/2017 del 13 giugno 2017

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/2039/2016 - 8/15 - 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, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable.

E. 3

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA-GE - E 5 10]).

E. 4

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité.

E. 5

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 LPGA) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 – 5ème révision AI). 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

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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de 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). 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 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 7

Pour évaluer le taux d'invalidité, il faut déterminer quelle méthode appliquer en fonction du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, à savoir s'il s'agit d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel ou d'un assuré non actif. Cet examen conduit à appliquer respectivement la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode mixte ou la méthode spécifique (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI ; ATF

A/2039/2016 - 9/15 - 137 V 334 consid. 3.1). Ces trois méthodes peuvent certes aboutir à des taux d'invalidité différents, impliquant des conséquences assécurologiques différentes, qui n'autorisent pas à conclure à des inégalités dès lors qu'elles ont été voulues par le législateur en considération de la diversité des situations considérées (ATF 137 V 334 consid. 5.5.1). 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 (ATF 137 V 334 consid. 3.2). Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré s'il était demeuré valide, il faut 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, étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). La question du statut de l'assuré doit être tranchée sur la base de l'évolution de sa situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse. Cependant, pour admettre l'éventualité que l'assuré aurait repris une activité lucrative partielle ou complète jusqu'à ce moment-là, il faut des éléments dont la force probante atteigne le degré de vraisemblance prépondérante reconnu habituellement en droit des assurances sociales (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

E. 8

Chez les assurés travaillant 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). Une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne 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 s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon

suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. 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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.733/06 du 16 juillet 2007).

A/2039/2016 - 10/15 - Même si, compte tenu de sa nature, l'enquête économique sur le ménage est en premier lieu un moyen approprié pour évaluer l'étendue d'empêchements dus à des limitations physiques, elle garde cependant valeur probante lorsqu'il s'agit d'estimer les empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles en raison de troubles d'ordre psychique. En présence de tels troubles, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (arrêts du Tribunal fédéral 8C_671/2007 du 13 juin 2008 consid. 3.2.1 et I 311/03 du 22 décembre 2003 consid. 4.2.1, in VSI 2004 p. 137). Une telle priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et les empêchements en résultant. Pour l'application du droit dans le cas concret, cela signifie qu'il convient d'évaluer à la lumière des exigences développées par la jurisprudence la valeur probante des avis médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3) et du rapport d'enquête économique sur le ménage (consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 218 de l'ATF 129 V 67 [arrêt I 90/02 du 30 décembre 2002]), puis, en présence de prises de position assorties d'une valeur probante identique, d'examiner si elles concordent ou se contredisent. Dans cette seconde hypothèse, elles doivent être appréciées au regard de chacune des questions particulières, plus de poids devant cependant être accordé aux rapports médicaux dans la mesure où il s'agit d'évaluer un aspect médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_108/2009 du 29 octobre 2009). S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2).

E. 9

a. 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 LPG), 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

A/2039/2016 - 11/15 - 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 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). 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). b. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, 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. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). c. 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 ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n.

E. 10

En premier lieu, il convient d'examiner quel statut reconnaître à la recourante. L'intimé considère qu'en bonne santé, l'assurée se serait consacrée à ses tâches ménagères. Il se fonde notamment sur une note établie à l'issue d'un entretien téléphonique avec l'assurée, dont il ressort que suite à la faillite de son dernier employeur, cette dernière aurait envisagé de s'inscrire au chômage, mais y aurait finalement renoncé. De plus, l'assurée ne travaille plus depuis 2004, et elle n'a

A/2039/2016 - 12/15 - produit aucun document témoignant d'éventuelles recherches d'emploi intervenues jusqu'à la survenance son atteinte à la santé en 2011. De son côté, la recourante se prévaut d'un statut d'active, en soutenant que sans atteinte à la santé et sans faillite de son dernier employeur, elle aurait travaillé à plein temps, ce d'autant plus que son mari ne travaille plus. Elle souligne avoir déclaré à l'enquêtrice qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à 100% comme vendeuse ou employée de bureau, ses enfants étant désormais adultes.

E. 11

De jurisprudence constante, le statut de l'assurée dépend du point de savoir si elle aurait exercé une activité lucrative si son état de santé le lui avait permis. En l'espèce, l'assurée, née en 1960, est mariée et mère de trois enfants. Sa fille aînée est décédée en 2011 à l'âge de 28 ans et ses deux autres enfants sont aujourd'hui âgés de 26 et 31 ans. Dans sa demande de prestations AI, l'assurée a indiqué qu'elle était femme au foyer depuis 2004, et son extrait de son compte individuel AVS confirme qu'elle n'a plus travaillé depuis lors. En outre, il ressort de la note d'entretien téléphonique du 28 septembre 2015 que suite à la faillite de son dernier employeur, l'assurée a tenté de s'inscrire au chômage, mais cette démarche s'avérant compliquée, elle a abandonné et s'est finalement contentée de subsister grâce au salaire de son mari. Il est vrai que lors de l'enquête économique sur le ménage, l'assurée a subséquemment déclaré qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à plein temps, mais il faut rappeler qu'en présence de deux versions différentes d'un fait – en l'occurrence hypothétique –, la préférence doit être accordée à celle que l'assurée avait donnée alors qu'elle en ignorait peut-être les conséquences juridiques – ici celles ressortant de la note d'entretien téléphonique voire de la demande de prestations – les explications nouvelles pouvant être le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a p. 47; VSI 2000 p. 199 consid. 2d p. 201 [I 321/98]). De surcroît, il sied de relever que l'assurée n'a pas repris d'activité lucrative lorsque ses enfants sont devenus majeurs et qu'au moment où sa dépression est survenue en décembre 2011, cela faisait déjà plus de sept ans qu'elle avait cessé de travailler. Quoiqu'en dise la recourante, l'âge de ses enfants ne plaide pas pour l'admission d'un statut d'active, car ceux-ci sont financièrement indépendants et ne représentent donc plus une charge économique qui lui imposerait la reprise d'une activité lucrative. Par ailleurs, la recourante n'a pas un degré de formation ou des qualifications professionnelles telles qu'il serait dans l'ordre des choses qu'elle les mette à profit sur le marché du travail à son âge – 55 ans au moment de la décision attaquée – et après une période d'inactivité professionnelle aussi longue. Pour le reste, en invoquant que son époux a été licencié le 27 mai 2016, la recourante se prévaut d'un fait postérieur à la décision attaquée. Or, le juge appelé à se prononcer sur la légalité d'une décision rendue par une assurance sociale doit apprécier l'état de fait déterminant existant au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b).

A/2039/2016 - 13/15 - Au vu de l'ensemble des circonstances, il paraît hautement vraisemblable que l'assurée n'aurait pas repris d'activité lucrative si elle était restée en bonne santé. C'est donc à bon droit que l'intimé a retenu un statut de personne non active.

E. 12

Il convient à présent de se prononcer sur le degré d'invalidité, que l'intimé a fixé en l'espèce à 8.35% en faisant siennes les conclusions du rapport d'enquête ménagère du 22 décembre 2015. Dans la mesure où la recourante conteste cette enquête, il convient d'en examiner la valeur probante. La chambre de céans constate que le rapport d'enquête, élaboré par une infirmière qualifiée en connaissance de la situation médicale et locale, tient compte des indications de l'assurée, qui sont relatées en détails et dont on peut considérer – faute d'indice contraire – qu'elles sont fidèlement retranscrites. Par ailleurs, ses conclusions quant aux empêchements dans les différents champs d'activité et à l'aide exigible des proches sont dûment motivées : les activités que la recourante peut effectuer seule ou délègue au contraire à ses proches sont décrites avec précision, tout comme les solutions trouvées au sein de la famille pour suppléer à ses empêchements. Partant, ce document paraît convaincant et la recourante, qui se borne à affirmer sans en apporter la preuve, que

l'enquête n'aurait duré que 45 minutes et que l'enquêtrice serait restée dans son salon, n'établit pas en quoi les taux d'empêchement retenus seraient incompatibles avec son état de santé. De surcroît, même si l'on devait retenir – comme elle le requiert – des empêchements de 90% dans les postes « conduite du ménage » et « entretien du logement » pour tenir davantage compte des travaux qu'elle délègue à sa femme de ménage, cela ne changerait rien à l'issue du litige, puisque les empêchements pondérés augmenteraient dans les postes énoncés à 4%, respectivement 8.55%, et le degré d'invalidité à 16.15% (au lieu de 8.35%). S'agissant des médecins de la recourante, le Dr C_____ a certes indiqué que sa patiente était inapte à tenir son ménage, mais sans faire état d'empêchements particuliers et sans motiver son point de vue, lequel s'avère donc impropre à mettre en doute l'enquête. Quant au Dr D_____, psychiatre, il a indiqué le 7 février 2014 que « les limitations fonctionnelles objectivables dans l'activité ménage se situent à 10% (sur 20% théoriques) ». Malgré sa formulation peu claire, on peut raisonnablement comprendre cette conclusion dans le sens où, en février 2014, le Dr D_____ estimait que l'aptitude de l'assurée à accomplir ses tâches ménagères était réduite de moitié. Ensuite, dans un rapport subséquent du 14 mars 2016, ce médecin a signalé que l'assurée bénéficiait d'une rémission durable de son trouble dépressif depuis le mois de novembre 2014, avec des empêchements résiduels dans la conduite du ménage, les courses et éventuellement la lessive. On ne décèle pas de divergence majeure entre le point de vue du Dr D_____ et celui de l'enquêtrice, qui a précisément tenu compte des empêchements de l'assurée dans les champs d'activités énoncés. En outre, le taux d'empêchement global de 37.5% auquel cette dernière est parvenue avant de déduire l'aide exigible des membres de la famille

A/2039/2016 - 14/15 - paraît cohérent avec les conclusions formulées par le Dr D_____ en février 2014, vu la rémission du trouble dépressif intervenue entretemps. S'agissant enfin de l'aide exigible des proches, que l'enquêtrice a évaluée à 29.2%, c'est le lieu de rappeler qu'il n'existe pas, selon le Tribunal fédéral, de grandeur limite au-delà de laquelle l'aide des membres de la famille ne serait plus possible. La jurisprudence, qui prévoit que l'assuré doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable, pose comme critère que l'aide ne saurait constituer une charge excessive, où l'aide des membres de la famille va au-delà du soutien que l'on peut attendre de manière habituelle sans atteinte à la santé (ATF 133 V 504 consid. 4.2 ; 130 V 97 consid. 3.3.3). En l'espèce, au regard des faits existants au moment de la décision attaquée, rien ne permet de considérer que le fils et le mari de la recourante seraient incapables de contribuer aux tâches ménagères dans la mesure retenue. La recourante se réfère certes à un bref rapport psychiatrique du 2 septembre 2016, dont elle infère que son mari ne pourrait plus participer aux travaux ménagers, mais sur ce point également, elle se prévaut d'un fait postérieur à la décision attaquée, dont il n'y a pas lieu de tenir compte dans la présente procédure. En définitive, faute d'inexactitudes ou d'omissions dûment établies, une pleine valeur probante doit être reconnue au rapport d'enquête économique sur le ménage, dont il résulte un degré d'invalidité de 8.35%. Largement inférieur à 40%, ce taux est insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité (art. 28 al. 1 LAI).

E. 13

Enfin, la recourante requiert qu'une expertise pluridisciplinaire soit mise en œuvre « afin de déterminer [ses] atteintes à la santé tant physiques que psychiques ayant une répercussion sur [sa] capacité de travail et [son] activité ménagère ». Selon la jurisprudence citée (cf. supra consid. 8), une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne constitue en

règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. Tel est le cas en l'espèce, dès lors que l'enquête du 22 décembre 2015 revêt pleine valeur probante et que les médecins de la recourante ne font état d'aucun élément que l'enquêtrice aurait omis de prendre en considération. En conséquence, il est inutile de compléter l'instruction par une expertise pluridisciplinaire ou de renvoyer la cause à l'intimé, par appréciation anticipée des preuves. Les conclusions en ce sens de la recourante sont rejetées.

E. 14

Au vu de ce qui précède, la décision attaquée doit être confirmée en tant qu'elle nie le droit de la recourante à une rente. Mal fondé, le recours est rejeté.

E. 15

La recourante, qui succombe, n'a pas droit à une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA).

E. 16

La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, la recourante sera condamnée au paiement d'un émolument, arrêté au montant minimal de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis LAI).

A/2039/2016 - 15/15 - 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.