

GE_GERICHTE ATAS/507/2015 vom 29. Juni 2015

GE Cour de justice, 2015-06-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_507_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/507/2015 du 29 juin 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/507/2015 del 29 giugno 2015

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 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 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

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son

A/3166/2014 - 8/14 - entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, les faits juridiquement déterminants remontent au plus tôt à 2006. Par conséquent, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LPGA et des dispositions de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, puis en fonction des modifications consécutives aux révisions

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). 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. 6

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. 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

A/3166/2014 - 9/14 - 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 137 V 334 consid. 3.1). Ces trois méthodes peuvent certes aboutir à des taux d'invalidité différents, impliquant des conséquences asséculo-logiques 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

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

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

A/3166/2014 - 10/14 - 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. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La récente jurisprudence du Tribunal Fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; cf. notamment ATAS/588/2013 du 11 juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013).

E. 9

Il convient en premier lieu d'examiner quel statut reconnaître au recourant. Celui-ci se prévaut d'un statut d'actif, tandis que l'intimé considère qu'en bonne santé, il n'aurait exercé son activité professionnelle qu'à 50% et consacré le reste de son temps à la tenue du ménage. S'appuyant sur l'extrait de compte individuel AVS et le rapport de l'ex-employeur,

l'intimé soutient que le recourant a travaillé à

A/3166/2014 - 11/14 - temps partiel dès 1993 et notamment à 50% durant ses trois dernières années d'activité professionnelle. À titre préalable, on rappellera que le recourant, âgé de 52 ans lors du prononcé de la décision litigieuse, a terminé ses études à seize ans, à l'issue de sa scolarité obligatoire. Il a travaillé en Somalie comme réceptionniste de 1981 à 1990, puis en Suisse comme nettoyeur dès 1993 pour le compte de divers employeurs. De son union avec son épouse sont issus six enfants âgés, de 14, 15, 17, 19, 24 et 26 ans, qui habitent avec leurs parents. Les deux aînés sont financièrement indépendants et les quatre autres perçoivent des prestations de l'Hospice général. L'épouse est « femme au foyer » et dépend également de l'aide sociale. La Cour de céans constate que, selon les renseignements fournis par le dernier employeur, le recourant a travaillé en moyenne 27 h. /sem. en 2009, 25 h. /sem. en 2010, et 22,5 h. /sem. en 2011, ce qui correspond à des taux d'occupation respectifs de 64%, 60% et 54% par rapport à un plein temps de 42 heures. Pour les années antérieures, notamment de 2006 à 2008, on ignore quel a été exactement l'horaire de travail de l'intéressé, mais il résulte de l'extrait de son compte individuel AVS qu'il a bénéficié de salaires sensiblement plus élevés qu'en 2009, ce qui suggère que son taux d'occupation était plus élevé, vraisemblablement de 80% en moyenne pendant la période en question (2006 : CHF 34'436.- ; 2007 : 38'987.- ; 2008 : 36'181.- ; 2009 : 29'428.- ; 2010 : 28'802.- ; 2011 : 24'616.-). Partant, on ne saurait inférer du rapport de l'ex-employeur et de l'extrait de compte individuel AVS du recourant qu'en bonne santé, il n'aurait consacré que 50% de son temps à son activité professionnelle. Au contraire, ces documents démontrent que, bien qu'atteint dans sa santé, ce dernier a continué à exercer une activité lucrative, parfois quasiment à plein temps, ce qui atteste de sa motivation à travailler et vient étayer l'allégation qu'en bonne santé, il se serait pleinement consacré à son activité professionnelle. En outre, il ressort du rapport d'enquête du 7 juillet 2014 qu'avant la survenance de l'atteinte à la santé, c'était l'épouse du recourant qui accomplissait la plupart des travaux ménagers, ce qui tend à démontrer que le couple avait adopté une répartition des tâches « traditionnelle », dans laquelle l'un des époux exerce une activité professionnelle tandis que l'autre supporte l'essentiel des tâches ménagères. S'ajoute à ces considérations le fait que le recourant est encore relativement jeune, qu'il vit avec son épouse, sans activité lucrative, et qu'il assume l'entretien de quatre de ses enfants. Au vu de l'ensemble de ces circonstances, il paraît vraisemblable qu'en bonne santé, le recourant aurait – ainsi qu'il l'allègue – préféré travailler à plein temps afin de couvrir les dépenses du ménage. Le fait que le recourant ait déclaré à l'enquêtrice qu'il « aurait continué dans son activité habituelle au même taux que celui occupé au moment de l'atteinte à la santé, soit 50% » ne saurait justifier l'admission d'un statut mixte. En effet, c'est en

A/3166/2014 - 12/14 - 2011 que le recourant a travaillé à mi-temps, de sorte que la déclaration précitée doit être comprise en ce sens que, sans une aggravation subséquente de son état de santé en 2011, il aurait continué de travailler à 50%. Selon toute vraisemblance, le recourant n'exprimait pas ce qu'il aurait souhaité faire s'il n'avait pas subi d'atteinte au bras en 1991. En tout état de cause, selon la jurisprudence, le fait qu'une personne non atteinte dans sa santé décide de travailler à temps partiel est sans influence sur le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité et n'entraîne donc pas l'application de la méthode mixte, sauf si cette personne consacre à ses travaux habituels le temps libre supplémentaire dont elle dispose ainsi (ATF 131 V 51 consid. 5.2 p. 54 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_472/2011, consid. 4). Or, dans le cas particulier, rien ne permet de considérer que le recourant aurait,

par hypothèse, délibérément réduit son temps de travail afin de consacrer son temps libre aux tâches ménagères. Pour tous les motifs qui précèdent, c'est bel et bien un statut d'actif qui doit être retenu.

E. 10

Il convient à présent d'évaluer la capacité de travail du recourant et, pour ce faire, d'examiner la valeur probante des rapports versés au dossier. Se fondant sur le rapport du Dr D_____ du 13 février 2014, l'intimé a retenu une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dès février 2014, ce que le recourant conteste, en faisant valoir que son médecin ne s'est pas exprimé sur le taux d'activité et le rendement qui pourraient être exigés de lui dans une activité adaptée. La chambre de céans constate que les rapports succincts du Dr D_____ des 25 avril 2013 et 13 février 2014 ne mentionnent qu'une anamnèse sommaire, ne précisent pas les examens sur lesquels ils se fondent et ne contiennent aucune conclusion, a fortiori motivée, s'agissant du taux d'activité exigible dans une activité adaptée et de la date à partir de laquelle une telle activité pourrait être exercée. Partant, une pleine valeur probante ne saurait leur être reconnue. L'intimé a obtenu un rapport du 21 janvier 2013 établi par le Dr E_____, médecin conseil de l'OCE, concluant à une pleine capacité de travail dès le 1er février 2013. À nouveau, on constate que ce rapport de quelques lignes ne mentionne ni les examens sur lesquels il se fonde, ni l'anamnèse, ni les plaintes de l'assuré. Le médecin ne motive pas ses conclusions et n'expose au demeurant pas précisément quelles sont les limitations. Il n'y a donc pas lieu de se fonder sur le rapport du Dr E_____. Enfin, figure au dossier un bref avis du SMR, lequel doit être qualifié de rapport destiné à la prise d'une décision interne ne remplaçant pas un examen médical spécialisé. Ce document ne répond à l'évidence pas non plus aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante.

A/3166/2014 - 13/14 - Par ailleurs, la chambre de céans constate que l'intimé n'a pas instruit la question d'une éventuelle évolution de la capacité de travail suite à la dernière opération subie par le recourant, à la fin du mois de mars 2014, bien que ce dernier l'ait évoquée à diverses reprises (cf. notamment rapport d'enquête ménagère du 7 juillet 2014, p. 1). En définitive, force est de constater que l'intimé a constaté les faits de manière sommaire, sur la base d'un rapport succinct, voire laconique, du Dr D_____, lequel ne chiffre pas la capacité de travail dans une activité adaptée et ne renseigne pas non plus sur l'évolution de l'état de santé depuis la dernière opération chirurgicale. Dans ces circonstances, la chambre de céans n'est pas en mesure de se prononcer définitivement sur la capacité de travail, de sorte qu'un renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire se justifie. Cette instruction sera mise en œuvre par une expertise confiée à un médecin indépendant et spécialisé en chirurgie de la main, selon la procédure prévue à l'art. 44 LPGA.

E. 11

Vu ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé, à charge pour celui-ci de mettre en œuvre l'expertise précitée, puis de déterminer le degré d'invalidité sur la base de la méthode générale de comparaison des revenus, en tenant compte d'un statut d'actif, et de rendre une nouvelle décision portant sur le droit à des mesures d'ordre professionnel et à une rente. Le recourant, représenté par un conseil, obtient gain de cause, de sorte qu'il a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixe en l'occurrence à CHF

2'000.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA ; RS E 5 10 ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03). 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, un émolument de CHF 200.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).

A/3166/2014 - 14/14 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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