

GE_GERICHTE ATAS/527/2019 vom 6. Juni 2019

GE Cour de justice, 2019-06-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_527_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/527/2019 du 6 juin 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/527/2019 del 6 giugno 2019

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), 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

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

A/4651/2017 - 9/13 -

E. 3

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

E. 4

Le litige porte principalement sur le statut à reconnaître à l'assurée, dont découle son degré d'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). 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).

E. 6

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. 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 raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGa; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

E. 7

a) Se pose en premier lieu la question de savoir quel statut il convient d'accorder à l'assurée.
b) Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGa), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes (méthode générale de comparaison des revenus [depuis le 1er janvier 2008 : art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa], méthode spécifique [depuis le 1er janvier 2008 : art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGa], méthode mixte [depuis le 1er janvier 2008 : art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGa et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGa]), dont l'application dépend du statut du bénéficiaire

A/4651/2017 - 10/13 - potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré sans activité lucrative ou assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. c) On décidera que 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. La réponse apportée à cette question dépend de l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles (ATF 130 V 393 consid. 3.3 p. 396 et les arrêts cités). Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré qui en tant que fait interne ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs (arrêt I 693/06 du 20 décembre 2006, consid. 4.1). 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 p. 337 et les références). d) C'est le lieu de rappeler que 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). e) Selon le principe de la "déclaration de la première heure" développé par la jurisprudence et applicable de manière générale en assurances sociales (arrêt non publié du Tribunal fédéral du 1er février 2010 9C_663/2009, consid. 3.2), en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le résultat de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45, consid. 2a).

E. 8

En l'espèce, il est vrai que la recourante n'a pas cherché activement de place de travail depuis ses problèmes dorsaux, dont il a été jugé qu'ils ne pouvaient être qualifiés d'invalidants au sens de la loi. La recourante argue que le statut à lui reconnaître ne dépend pas de la mesure dans laquelle une activité aurait été exigible de sa part depuis 2005, mais de la question de savoir ce qu'elle aurait fait si son état de santé le lui avait permis. Or, bien qu'aucune invalidité ne lui ait été reconnue, ses médecins ont attesté de ses

A/4651/2017 - 11/13 - problèmes dorsaux et ce sont eux qui l'ont amenée à renoncer à une activité. Son incapacité de travail depuis le 10 novembre 2003 est incontestable puisqu'attestée par plusieurs médecins qui l'ont suivie, même si cette atteinte ne s'est pas vu reconnaître de caractère invalidant au sens de l'assurance-invalidité. Il n'en demeure pas moins qu'un trouble somatoforme douloureux a été diagnostiqué. Comme rappelé supra, pour savoir si un assuré doit être considéré comme personne exerçant une activité à plein temps (méthode générale de comparaison des revenus) ou à temps partiel (méthode mixte), voire sans activité lucrative (méthode spécifique), il convient d'examiner ce que l'intéressé aurait fait - les circonstances étant par ailleurs restées les mêmes - si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Ce faisant, il faut tenir compte de la situation familiale, sociale et professionnelle, ainsi que des tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, de l'âge, des aptitudes professionnelles, de la formation, des dispositions et des prédispositions de l'intéressé. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de la situation telle qu'elle s'est développée jusqu'au moment où l'administration a pris sa décision. Pour admettre l'éventualité selon laquelle l'assuré aurait exercé une activité lucrative s'il avait été en bonne santé, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 ss consid. 3b et les références citées; VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b, 1996 p. 209 consid. 1c, et les références citées). En l'espèce, la recourante n'a pas varié dans ses déclarations. Depuis toujours, elle a affirmé que, sans atteinte à sa santé, elle aurait continué à travailler à plein temps, comme elle l'avait fait des années durant (près de vingt ans) et ce, alors même que ses enfants étaient encore en bas âge. Elle l'a réaffirmé lors de l'enquête ménagère et à plusieurs reprises depuis lors. L'atteinte à la santé dont elle souffre depuis 2003 est documentée. Un tableau de douleurs chroniques persistantes sans explication organique a été observé, qui, s'il ne s'est pas formellement vu reconnaître un caractère invalidant au sens de l'assurance-invalidité, n'en est pas moins présent. La réalité des douleurs ressenties par la recourante n'a pas été contestée par la décision de refus de prestations rendue initialement et confirmée par la suite, pas plus que le fait que c'étaient les douleurs en question qui avaient amené l'intéressée à réduire puis à cesser son travail. S'y ajoute le fait que, sans formation particulière, ni aide pour la réorienter professionnellement, la recourante ne pouvait guère

espérer retrouver un poste sur le marché du travail. Dès lors, l'argumentation de l'intimé tirée de l'absence de recherches d'emploi de la part de l'assurée n'est pas susceptible de soulever un doute sur la vraisemblance des déclarations de cette dernière relatives à l'exercice d'une activité à temps plein au regard de sa situation familiale à l'époque de la décision litigieuse (cf. arrêt 9C_236/2013 du 23 octobre 2013 consid. 4.2).

A/4651/2017 - 12/13 - Eu égard aux considérations qui précèdent, c'est bel et bien un statut d'active à 100% qui aurait dû être reconnu à l'assurée. Sur ce point, il y a lieu de lui donner raison.

E. 9

Reste à vérifier le degré d'invalidité qui peut être reconnu à l'assurée. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, 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. L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance- invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

E. 10

En l'espèce, il n'est pas contesté que, depuis son AVC, survenu en février 2016, clairement constitutif d'une aggravation, l'assurée est dans l'incapacité d'exercer la moindre activité lucrative. Dès lors, le degré d'invalidité se confond avec celui de la capacité de travail et le droit à une rente entière doit lui être reconnu à compter de février 2017. Le recours est admis et la décision litigieuse réformée en ce sens.

A/4651/2017 - 13/13 -

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.