

GE_GERICHTE ATAS/553/2010 vom 19. Mai 2010

GE Cour de justice, 2010-05-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_553_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/553/2010 du 19 mai 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/553/2010 del 19 maggio 2010

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont 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

Déposé dans les forme et délai - tenant compte des fêtes pascales - légaux, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).

E. 3

Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si la recourante peut prétendre une rente de l'assurance-invalidité. En particulier, il convient de se déterminer sur le statut et le taux d'invalidité de l'intéressée.

E. 4

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Le 1er janvier 2008 est entrée en force la nouvelle du 6 octobre 2006 (5ème révision AI). Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait révisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui a trait plus particulièrement à l'application des dispositions nouvelles de la LAI, la lettre-circulaire n° 253 du 12 décembre 2007 de l'OFFICE FEDERAL DES ASSURANCES SOCIALES reprend le principe ci-dessus évoqué. En effet, elle expose clairement que si le cas d'assurance survient avant le 1er janvier 2008, c'est l'ancien droit qui est applicable. Si la survenance du cas d'assurance a lieu par contre ultérieurement, c'est le nouveau droit qui trouve application, des facteurs externes aléatoires telle la date de dépôt de la demande ou de la décision se révélant sans influence. Toutefois, lorsque le délai d'attente a commencé à courir avant le 1er janvier 2008 et est parvenu à échéance dans l'année 2008, l'ancien droit demeure applicable pour autant que la demande ait été déposée le 31 décembre 2008 au plus tard. En l'espèce, la recourante a déposé deux demandes de prestations. La première en date du 30 juin 2007 en utilisant un formulaire spécifique à l'allocation pour imputent, la seconde le 2 juillet 2008 par le biais du formulaire relatif aux prestations générales, y inclus la rente. Ce dernier document, qui n'a été que très succinctement rempli, était joint à la prise de position de l'assurée faisant suite au projet de

déci- sion de l'intimé préavisant le refus d'une allocation pour impotent. Au vu des ex- plications fournies par l'intéressée, d'une part, et du devoir de l'administration d'instruire d'office toutes les prestations entrant en considération au vu des faits et

A/1734/2009 - 11/16 - des pièces au dossier (cf. ATF 121 V 195 consid. 2 et les arrêts cités), d'autre part (à noter que l'instruction a d'ailleurs porté sur l'éventualité d'une rente ; voir à ce sujet en particulier l'avis du SMR du 15 mai 2008), il se justifie de considérer que la demande a été déposée le 30 juin 2007. Cela étant, la survenance du cas d'assurance - soit la naissance éventuelle du droit à la rente - se situe présentement en avril 2008, le délai de carence ayant commencé à courir en avril de l'année pré- cédente (cf. infra, consid. 8). Il s'agit donc d'un cas d'application de l'exception re- connue par la circulaire susmentionnée et la version applicable de la LAI est celle en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007.

E. 5

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée perma- nente 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). 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 (art. 7 LPGA). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances socia- les, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économi- ques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spé- cialistes, 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 consid. 4 et les références). c) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procé- dure 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 li- tigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'af- faire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour les- quelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément dé- terminant pour la valeur probante d'un rapport médical est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour

A/1734/2009 - 12/16 - la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désigna- tion, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss.).

E. 6

In casu, il ressort de l'expertise confiée au professeur Q_____ qu'il n'est plus exigible de la recourante qu'elle exerce une activité professionnelle dans le marché primaire de l'emploi. Cette conclusion procède d'une analyse complète de la situation de l'intéressée, qui a été soumise à divers examens spécialisés par l'expert. Ce dernier a motivé de façon convaincante ses conclusions et son rapport remplit tous les critères jurisprudentiels posés à la reconnaissance de la force probante des documents médicaux, de sorte qu'on ne saurait s'en écarter. L'intimé ne s'y est pas trompé d'ailleurs, puisque tant son service médical que sa représentante lors des audiences tenues par le Tribunal de céans ont considéré la recourante inapte à l'exercice d'une activité professionnelle. Il est vrai que l'expert n'a pas précisément daté le moment à partir duquel l'incapacité de travail - réduite de tout temps selon lui à hauteur de 20 % au moins - est devenue totale. Toutefois, dans la mesure où il se réfère clairement à l'aggravation des troubles psychiques pour expliquer l'exacerbation des troubles neuropsychologiques, il y a lieu de considérer que l'incapacité de travail est totale dès le mois d'avril 2007, soit au moment de l'hospitalisation en milieu psychiatrique pour décompensation d'un trouble bipolaire. L'intimé n'a toutefois pas fait usage des conclusions du professeur Q_____, puisqu'il a considéré que son assurée, si elle n'avait pas présenté d'atteinte à la santé, n'aurait pas été professionnellement active.

E. 7

a) Il s'agit-là d'ailleurs du principal grief adressé par la recourante à l'office intimé. b) Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci, il faut examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes considérées (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces catégories en fonction de ce qu'il aurait fait - les circonstances étant par ailleurs restées les mêmes - si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. En pratique, on tiendra compte de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante.

A/1734/2009 - 13/16 - Pour savoir si un assuré doit être considéré comme une personne exerçant une activité à plein temps ou à temps partiel, respectivement pour déterminer la part de l'activité lucrative par rapport à celle consacrée aux travaux ménagers, il convient d'examiner ce que ferait l'assuré dans les mêmes circonstances s'il n'était pas atteint dans sa santé. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il faut ainsi 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 affinités et des talents personnels. 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, encore que, 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 consid. 3b et les références citées). c) En l'espèce, il est constant que la recourante a été active à plein temps ou à 90 % durant plusieurs années avant la naissance de son fils, en 1995. Son dernier emploi en qualité de

salariée était un poste auprès du Crédit Lyonnais, qu'elle a quitté pour raisons de santé en mars 1990 après un arrêt de travail de 6 mois. Elle a par la suite exercé une activité indépendante, mais a été contrainte au dépôt de bilan en 1993. Puis elle a été mise au bénéfice d'une occupation temporaire à plein temps par les organes de l'assurance-chômage, avant de percevoir les indemnités de cette même assurance jusqu'à sa maternité. Quatre ans plus tard, elle s'est réinscrite à l'assurance-chômage, alléguant être à la recherche d'un emploi à plein temps, mais n'a pu toucher d'indemnités pour des motifs liés à la période cotisation. Il n'a jamais été question de lui nier une éventuelle aptitude au placement, notamment en regard de son statut de mère d'un enfant en bas âge. Depuis lors, la recourante n'a plus jamais travaillé, faute, selon ses dires, d'avoir pu trouver un employeur désireux de l'engager. L'administration des preuves ne permet pas de remettre en cause les affirmations de l'intéressée, au contraire. Premièrement, il ne faut pas perdre de vue les difficultés dont elle souffre en lien avec sa pathologie neuropsychologique en partie développementale. En conséquence, ses allégations relatives à la recherche d'emploi en grande partie par voie téléphonique apparaissent hautement vraisemblables, ce d'autant que ces deux médecins traitant (docteur L_____ en 1999 et docteur M_____ en 2009), ainsi que trois personnes entendues par le Tribunal ont confirmé la volonté et les recherches infructueuses de travail de la recourante. L'absence de preuve écrite des recherches est dans le cas présent irrévocable, vu d'une part les années écoulées (il n'est pour le moins pas usuel de conserver des lettres de postulation auxquelles aucune suite positive n'a été donnée si l'on ne doit pas justifier de ses recherches d'emplois) et, d'autre part, en raison des troubles de l'écriture et de l'organisation rencontrés par la recourante. Ensuite, lors de l'instruction de la première demande de prestations AI, la recourante avait déclaré sans ambiguïté qu'elle exercerait une activité à plein temps si elle n'était pas atteinte dans sa santé. Ici également, elle avait fait part des problèmes rencontrés dans la recherche d'un emploi. Or, à cette époque, l'OAI avait considéré son assurée comme une personne active (ce fait ressort implicitement de l'instruction et des mesures mises en place). La motivation actuelle de l'administration est manifestement en contradiction avec les pièces au dossier : on ne peut en effet affirmer que la situation de l'assurée n'a pas évolué depuis 1995 en ce sens qu'elle est femme au foyer depuis lors, alors qu'entre-temps, elle a été dûment considérée comme active. Troisièmement, l'analyse de l'ensemble des circonstances plaide sans équivoque pour la reconnaissance d'un statut de personne active : l'enfant de la recourante avait, au moment de la décision litigieuse, 14 ans. Il ne constitue donc pas un « obstacle » à la reprise d'une activité lucrative (étant au surplus précisé que le fait d'avoir des enfants en bas âge ne saurait être à lui seul déterminant dans l'appréciation du statut d'un assuré). En outre, les finances précaires du couple, qui connaît des retards de paiement depuis plusieurs années, viennent corroborer la nécessité d'un deuxième revenu pour subvenir aux besoins de la famille. L'état du mobilier de l'appartement de la recourante, constaté par l'enquêtrice de l'OAI, ne fait que confirmer cette situation difficile. Enfin, on peut encore citer les difficultés conjugales majeures en tant qu'élément de motivation supplémentaire pour la recourante : le fait d'exercer une activité à l'extérieur et d'accéder à une certaine indépendance financière ne pourrait être ressenti que comme un soulagement dans ce contexte. Elle a d'ailleurs mentionné qu'outre les motifs financiers, elle souhaitait travailler également pour « sortir de chez elle ». Au vu de tout ce qui précède, il n'est nullement possible de retenir un autre statut que celui de personne active à plein temps. La remarque de la recourante en relation avec son taux d'activité désiré, à savoir « 100 %, voire 80 % », ne permet pas de revenir sur

cette conclusion. La mention d'un 80 % est subsidiaire ; elle ne procède pas du choix premier et idéal, mais démontre la volonté d'accepter ce qui se présente, si un poste à plein temps n'est pas disponible.

E. 8

Eu égard au statut tel que fixé ci-dessus et à l'incapacité totale de travail médicalement attestée à compter d'avril 2007, le taux d'invalidité de la recourante est de 100 % dès avril 2008, à l'échéance du délai de carence d'une année (art. 29 al. 1 let. b aLAI). Le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité doit dès lors lui être reconnu dès ce moment (art. 28 aLAI).

E. 9

En conséquence, et quand bien même l'enquête économique réalisée par l'intimé est critiquable à plusieurs égards (prise en compte de l'aide de la sœur qui ne vit pas dans le ménage de la recourante, taux d'empêchements manifestement sous-évalués dans plusieurs postes, pondération du champ d'activité relatif aux enfants trop faible en raison du temps nécessaire à l'éducation d'un fils atteint dans sa santé notamment), il n'est pas nécessaire de revenir sur ce point.

A/1734/2009 - 15/16 -

E. 10

Le recours doit par conséquent être admis. L'intéressée, qui est assistée d'un mandataire professionnel, a droit à une indemnité de dépens fixée à 2'500 fr. et mise à charge de l'intimé. Celui-ci s'acquittera en outre des frais de la procédure, qui n'est pas gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI).

A/1734/2009 - 16/16 -

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