

GE_GERICHTE ATAS/557/2010 vom 25. Mai 2010

GE Cour de justice, 2010-05-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_557_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/557/2010 du 25 mai 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/557/2010 del 25 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

A/1261/2010 - 5/14 - 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

Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, l'objet du litige porte sur une demande de prestations du 19 septembre 2008. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du

E. 6

avril 2004 consid. 5.1.3; arrêt 9C 108/2009 du 29 octobre 2009). Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c et les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est pas déterminante pour le calcul de l'invalidité lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et par conséquent qu'elle a besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (arrêts D. du 14 janvier 2005 [I 308/04 et I 309/04] et S. du

E. 11

août 2003 [I 681/02]). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (voir également Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, Zurich 1997, p. 222; ATFA du 17 mars 2005, I 257/04). d) Selon l'art. 28a al. 3 LAI, lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGa. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'al. 2 pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées; le taux d'invalidité est calculé d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité. De jurisprudence constante le Tribunal fédéral des assurances a considéré que cette méthode était conforme à la loi et à la volonté du législateur (ATF 125 V 146).

6. a) Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique A/1261/2010 - 10/14 - (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

b) Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

7. a) En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a). 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

A/1261/2010 - 11/14 - origine, ni sa désignation, mais son contenu. A 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3). b) Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). d) 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/bb et cc). e) 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; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e

A/1261/2010 - 12/14 - éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p.

28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité). 8. En l'espèce, il convient d'admettre en premier lieu que le statut de l'assurée est mixte, en ce sens qu'elle a toujours travaillé à temps partiel, soit à 53,57% (22,5 heures sur un temps plein de 42 heures) depuis 1986 et qu'elle ne rend pas vraisemblable qu'elle a tenté d'obtenir, mais en vain, une augmentation de son taux d'activité. Il ne suffit pas d'affirmer vouloir travailler plus, même si la motivation paraît plausible (études des enfants et baisse de revenu du mari due à la faillite de Swissair), encore faut-il tenter de le rendre vraisemblable notamment par l'apport de pièces. A défaut d'un courrier de son employeur lui refusant une augmentation de son taux d'activité ou de recherches infructueuses d'emploi auprès d'autres employeurs, il faut se fonder sur la situation concrète de l'assurée lors du début de sa maladie (août 2007), de la demande (septembre 2008) et de la décision (mars 2010), à savoir un taux d'activité professionnelle inchangé depuis plus de 20 ans à 53,57%. En deuxième lieu, le rapport d'expertise du Cemed a pleine valeur probante. Il relève notamment une amélioration de l'état de santé entre 2007 et 2009. Le troisième traitement au Baraclude introduit en 2009 est efficace et permet une normalisation des examens sanguins, alors que le premier, tenté en 2007, n'avait pas permis d'obtenir une baisse de la virémie. Ainsi, si la fatigue liée aux médicaments est reconnue et demeure, celle due à l'affection elle-même devrait avoir diminué. Cela n'est d'ailleurs pas contredit par le Dr. A _____, qui indique certes que la capacité de travail de sa patiente reste nulle, mais admet d'une part une amélioration de la maladie, et n'exclut pas la possibilité d'une reprise à 50%. Il précise d'autre part que le Sebivo est remplacé par le Baraclude en raison de la forte asthénie provoquée par le premier médicament, que le Baraclude permet également une disparition de la virémie au prix d'une grande fatigue, dont la nature exacte est toutefois difficile à déterminer. De plus, les divers avis médicaux et pharmaceutiques concernant les effets secondaires de ce médicament sont convergents en ce sens que la fatigue est admise, mais n'est pas au premier plan des effets secondaires connus. Il est certes difficile d'évaluer l'ampleur de la fatigue d'un patient, son lien avec la médication et ses effets sur la capacité de travail résiduelle, mais il paraît vraisemblable qu'en cas d'amélioration notable du taux de virus grâce aux médicaments, la fatigue liée diminue. Ainsi, l'amélioration de l'état de santé dès janvier 2009 et l'évaluation de la capacité de travail de 50%, malgré la fatigue, doivent être admises. Compte tenu du fait que l'assurée travaillait à 53,57% pour un salaire brut de 36'170 fr., qu'elle est capable de travailler à 50%, le taux d'invalidité sur le plan professionnel est de l'ordre de 6,6% après l'amélioration. $[(36'170 \times 50 \text{ } \cdot \text{ } 53,57 = 33'760)]$, puis $[(36'170 - 33'760) \times 100 \text{ } \cdot \text{ } 36'170 = 6,6\%]$.

A/1261/2010 - 13/14 - En troisième lieu, s'agissant des activités ménagères, l'assurée a déclaré lors de son entretien avec l'OAI et aux experts, qu'elle faisait une partie du ménage, la famille prenant en charge le surplus. Il est inutile de procéder à une enquête ménagère, car pour atteindre un degré d'invalidité global de 40%, ouvrant le droit à un quart de rente, il faudrait un empêchement de près de 80% dans la sphère ménagère, ce qui est impossible dans le cas d'espèce et dans la plupart des situations d'ailleurs. $[(46,43\%(\text{part ménagère}) \times 80\% = 37,1\%) + (50\%(\text{part active}) \times 6,6\% = 3,3\%) = 40,4\%]$. La fatigue retenue n'empêche pas l'assurée de se promener, de sorte que les activités ménagères les moins fatigantes peuvent être effectuées de manière fractionnée dans la journée. Les membres de la famille peuvent s'occuper de la lessive, des courses et des travaux ménagers plus lourds. Sans examiner de façon détaillée chaque poste des activités ménagères, on doit retenir que le taux d'empêchement global n'atteindra pas 80%. Pour finir, malgré le fait que les experts

mandatés et le SMR admettent que l'assurée était en incapacité de travail totale jusqu'au 31 décembre 2008, l'OAI peut refuser toute rente du 1er septembre 2008 au 31 mars 2009, soit 3 mois après l'amélioration de l'état de santé, en raison de délai légal de six mois depuis le dépôt de la demande prévu par l'article 29 al. 1 LAI pour ouvrir le droit à la rente. Le dépôt de la demande de prestation date du 18 septembre 2008 et le délai échoit le 18 mars 2009, alors que l'état de santé s'est amélioré dès fin décembre 2008. 9. Ainsi, l'OAI est fondé à refuser une rente d'invalidité à l'assurée, dont l'état de santé au-delà du 18 mars 2009 a certes une incidence sur sa capacité de travail et sur celle d'effectuer ses tâches ménagères, mais qui implique un taux d'invalidité nettement inférieur à 40%, qui n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité. Les divers médecins, y compris les experts mandatés, précisent toutefois à juste titre que le pronostic reste réservé et que la situation devra être revue dans deux ans. Mal fondé, le recours est rejeté. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). Le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005), de sorte qu'il sera perçu un émolument.

A/1261/2010 - 14/14 -

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