

GE_GERICHTE ATAS/611/2011 vom 8. Juni 2011

GE Cour de justice, 2011-06-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_611_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/611/2011 du 8 juin 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/611/2011 del 8 giugno 2011

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales et notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, 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 229 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1; ATF 126 V 136 consid. 4b et les références). Il y a lieu de rappeler à cet égard les définitions de

A/2905/2010 - 8/14 - l'incapacité de travail, de l'incapacité de gain, de l'invalidité, de la méthode de comparaison des revenus et de la révision (de la rente d'invalidité et d'autres prestations durables) contenues dans la LPGA correspondent aux notions précédentes dans l'assurance-invalidité telles que développées à ce jour par la jurisprudence (ATF 130 V 343). En l'espèce, la décision litigieuse datant du 28 juin 2010, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004 et le 1er janvier 2008, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 et du 6 octobre 2006 (4ème et 5ème révisions), les faits pertinents remontant à 2008. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème et la 5ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). En revanche, en ce qui concerne les règles de procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

E. 3

Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

E. 3.3

et les références).

E. 4

A titre liminaire, il convient de relever que si la recourante avait dans un premier temps déclaré retirer son recours après avoir pris connaissance de la réponse du Dr O _____ du 1er février 2011, tel n'a plus été le cas à réception du dernier courrier des HUG daté du 24 février 2011, reçu par la Cour de céans le 2 mars 2011, dans la mesure où le Dr O _____ revenait sur ses précédentes explications. Par conséquent, la Cour de céans entrera en matière sur le présent recours.

E. 5

Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance- invalidité, singulièrement sur son degré d'invalidité.

E. 6

a) 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). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1er LPGA). L'invalidité est réputée survenue, selon l'art. 4 al. 2 LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008, dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir A/2905/2010 - 9/14 - droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé de l'assuré ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 5 consid. 2b, 157 consid. 3a). b) En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Il y a interruption notable de l'incapacité de travail lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant trente jours consécutifs au moins (art. 29ter du Règlement sur l'assurance- invalidité du 17 janvier 1961 (RAI ; RS 831.201)). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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. c) La 5ème révision a modifié les règles relatives à la naissance du droit à la rente. En effet, selon l'art. 29 al. 1 LPGA, pour autant que les conditions du droit soient réunies (art. 28 al. 1 LAI), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter

de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations. Cette disposition s'applique si le cas d'assurance survient postérieurement au 1er janvier 2008. Si le cas d'assurance se produit avant le 1er janvier 2008, c'est l'ancien droit qui s'applique. L'article 29 al. 1 nLAI ne s'applique toutefois pas si le délai d'attente a commencé à courir avant le 1er janvier 2008 et a échu dans l'année 2008, ce pour autant que la demande de prestations a été déposée jusqu'au 31 décembre 2008 au plus tard (cf. Lettre-circulaire n° 253 de l'OFAS, du 12 décembre 2007 : La 5ème révision de l'AI et le droit transitoire).

E. 7

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. 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 et art. 28a al. 1 LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 384 consid. 3.4, 128 V 30

A/2905/2010 - 10/14 - consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174). En vertu de l'art. 28a al. 3 LAI, teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008, lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel, 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 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 (méthode mixte d'évaluation de l'invalidité). Ainsi, il faut évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28 al. 3 LAI); on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est déterminée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs. La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 395 consid.

E. 8

a) 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 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 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 et les

références). b) 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 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

A/2905/2010 - 11/14 - 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, 351 consid. 3). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 précité ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297 ss). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le TF a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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 sont 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Aussi, 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 351 consid. 3b/bb). 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. 9

En l'espèce, il résulte des rapports médicaux figurant au dossier que la recourante a été victime d'une arthrite septique suite à une piqûre par épine de rose au dos de la 3ème articulation métacarpo-phalangienne de la main droite, ayant entraîné une incapacité de travail totale dès le 5 mai 2008. L'évolution post opératoire à court terme a été défavorable et marquée par des complications, avec suspicion d'une algoneurodystrophie et installation d'un syndrome douloureux du membre supérieur droit. La recourante a été opérée en 2003 à l'épaule droite et présente une épaule douloureuse, limitée fonctionnellement. La Dresse M_____ a diagnostiqué encore un probable TOS. Enfin, le 28 mai 2009, la recourante

a été opérée d'un

A/2905/2010 - 12/14 - tunnel carpien à gauche. S'agissant des limitations fonctionnelles, la recourante doit éviter tout travail avec les bras au-dessus de la tête, de soulever et de porter des charges, de monter sur une échelle ou un échafaudage. Concernant la capacité de travail, la Dresse M _____ indique qu'au moment de son expertise, elle devrait être progressivement de 100 % dans l'activité de gouvernante, en ne tenant compte que de l'étiologie accidentelle. Selon le Dr N _____, l'incapacité de travail est de 75 % (cf. rapport du 26 février 2010), de 50 % par rapport à un plein temps, voire un 50 % du taux d'activité effectif dans l'activité de gouvernante (cf. rapports contradictoires des Drs O _____ et P _____, des 23 juillet 2010, 1er février 2011 et 24 février 2011). Le SMR s'est fondé sur les conclusions du rapport d'expertise de la Dresse M _____ pour conclure à une capacité de travail de 100 % dans son activité habituelle de gouvernante, dès le 1er mai 2010. Or, d'une part, la capacité de travail de 100 % n'est que progressive, d'autre part, l'évaluation de la capacité de travail faite par l'experte ne tient compte que de la problématique liée à l'accident, comme elle le dit expressément. Elle ne tient pas compte des autres atteintes présentées par la recourante, tel que l'épaule douloureuse pour laquelle l'avis d'un orthopédiste est indispensable et le probable TOS, qui contribuent certainement au syndrome douloureux. Enfin, le pronostic reste réservé. L'intimé ne pouvait par conséquent pas se fonder sur la seule appréciation faite par la Dresse M _____, qui n'est pertinente que pour l'assureur-accidents. Pour le surplus, les avis médicaux concernant la capacité de travail de la recourante sont contradictoires et une appréciation fondée sur l'ensemble des atteintes à la santé de la recourante fait défaut. Il convient en particulier d'investiguer le problème de l'épaule et le TOS, afin de déterminer quelles sont les conséquences de l'ensemble des atteintes à la santé sur la capacité de travail de la recourante. Enfin, si l'atteinte à la santé implique des limitations fonctionnelles, une enquête ménagère s'avère indispensable, dans la mesure où la part d'activité ménagère représente 69 %. Il s'ensuit qu'en l'état actuel du dossier, la Cour de céans n'est pas à même de se prononcer de manière définitive sur la capacité de travail dès le 1er mai 2010. La cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire sous forme d'une expertise pluridisciplinaire, le cas échéant d'une enquête ménagère, et nouvelle décision.

E. 10

Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis.

E. 11

La recourante a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, fixée en l'occurrence à 1'800 fr. (art. 89H al. 3 LPA).

A/2905/2010 - 13/14 -

E. 12

L'émolument, arrêté à 500 fr., est mis à la charge de l'intimé (cf. art. 69 al.1bis LAI).

A/2905/2010 - 14/14 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :