

GE_GERICHTE ATAS/625/2013 vom 24. Juni 2013

GE Cour de justice, 2013-06-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_625_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/625/2013 du 24 juin 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/625/2013 del 24 giugno 2013

Erwägungen

E. 8

Par courrier expédié le 5 mars 2013, l'assurée recourt contre cette décision. Elle expose que son état de santé se dégrade. Il y a huit ans, elle avait dû être hospitalisée, SOS médecin venait régulièrement lui administrer des tranquillisants. Ses angoisses avaient été tellement fortes qu'elle avait failli se jeter par la fenêtre devant ses enfants et son mari. Ce dernier l'avait quittée. L'aînée de ses filles vivait avec elle, mais sa cadette avait dû être placée en foyer. Sa fille l'aidait à faire à manger, les courses et s'occupait des factures deux fois par semaine. Elle était suivie par son psychiatre et prenait des médicaments, également contre le diabète.

A/800/2013 - 3/8 - Ces médicaments avaient pour effets secondaires qu'elle ne parvenait plus à se retenir pour aller aux toilettes.

E. 9

L'assurée a encore fait parvenir à la Cour un certificat médical indiquant qu'elle était diabétique.

E. 10

L'administration a conclu au rejet du recours et s'est référée à sa décision.

E. 11

Par courrier du 11 avril 2013, la recourante a informé la Cour qu'elle était toujours en dépression et sous traitement. En raison de son diabète, elle allait être hospitalisée une semaine en mai 2013.

E. 12

Le 16 avril 2013, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger. EN DROIT
1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 LOJ (RS/GE E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 LPGA (RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Formé dans la forme et le délai légal, le recours est recevable (art. 60 al. 1 et 61 let. b LPGA). 2. Est litigieuse la question de savoir si l'intimé a refusé à juste titre toute prestation à la recourante. 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). 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). b. 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. c. 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

A/800/2013 - 4/8 - 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. 28 al. 2 LAI). 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 (ATF non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1). d. Pour évaluer le taux d'invalidité dans la sphère professionnelle, 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.

E. 16

LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité (ATF 130 V 97). e. Afin de calculer le degré d'invalidité, le juge 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). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social 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 permet 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 351 consid. 3b/ee). f. Le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus

A/800/2013 - 5/8 - 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; 126 V 353 consid. 5b). 3. En l'espèce, l'expertise réalisée par le Dr L _____ doit se voir reconnaître pleine valeur probante. Elle contient une anamnèse, tient compte des plaintes de l'assurée, des traitements suivis et en cours, des rapports médicaux, des renseignements fournis par le psychiatre traitant et comporte une discussion circonstanciée. Les conclusions auxquelles parvient l'expert sont motivées, claires et ne présentent pas de contradictions, ni entre elles ni avec le corps de l'expertise. L'expert expose en quoi le diagnostic de trouble dépressif récurrent, avec épisode actuel moyen, entraîne des limitations fonctionnelles (tristesse, fatigabilité avec manque d'envie, anxiété, sentiment de désespoir et de solitude) justifiant l'incapacité de travail à 50%, à savoir quatre heures par jour. La reprise d'une activité à temps partiel pourrait être bénéfique pour l'assurée, tant sur le plan de sa thymie que du diabète. Il n'y avait pas lieu de prévoir des mesures de réadaptation professionnelle. Le diagnostic posé par l'expert est corroboré par l'avis du psychiatre traitant, le Dr M _____, qui retient, dans son rapport du 6 décembre 2011, un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen. De même, le médecin traitant généraliste, le Dr N _____ retient un état dépressif récurrent avec anxiété majeure, somatisation et épisodes délirants, précisant les périodes de décompensation. Celui-ci indique également que le diabète n'a pas d'influence sur la capacité de travail. Le diagnostic supplémentaire d'état post-traumatique évoqué par la Dresse O _____ le 30 novembre 2010 n'est partagé par aucun de ses confrères. Par ailleurs, l'expert explique pour quelle raison il ne le retient pas. Il n'y a donc pas lieu d'en tenir compte. Les autres rapports médicaux figurant au dossier se rapportent à des périodes de décompensation, pendant lesquelles la dépression a été reconnue comme sévère; celles-ci sont antérieures au mois de mai 2012. Les médecins traitant évoquent, certes, une incapacité de travail totale même après le mois de mai 2012. Il s'agit toutefois d'appréciations différentes du même diagnostic, d'une part. D'autre part, compte tenu du lien thérapeutique unissant la recourante à ces praticiens, leur avis doit être apprécié avec circonspection. Ceux-ci ne sont donc pas de nature à invalider les conclusions de l'expert. En outre, l'expert expose de manière convaincante que la symptomatologie dépressive présentée par l'expertisée n'est pas incompatible avec une activité professionnelle et qu'une reprise d'activité à temps partiel est susceptible de sortir la recourante de son isolement et, par là même, d'avoir un effet thérapeutique et donc antidépresseur.

A/800/2013 - 6/8 - Enfin, les difficultés signalées par la recourante relatives aux effets secondaires induits par les médicaments ne sont corroborés par aucune pièce médicale. Aucun médecin n'en a fait état, et la recourante ne l'a pas non plus évoqué lors de l'expertise. L'attestation de son médecin du 13 mars 2013 n'y fait pas davantage référence. Il y a ainsi lieu de retenir, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, qu'au moment où la décision querellée a été rendue, l'interaction entre les différents médicaments prescrits à la recourante n'engendrait pas d'incapacité de travail. Si un tel problème est surgi postérieurement à ce moment et qu'il persiste malgré un suivi médical adéquat, notamment la semaine d'hospitalisation prévue en mai 2013 pour le suivi du diabète, il appartiendra à la recourante de le signaler à l'intimé, afin que celui-ci examine s'il y a lieu à révision. Au vu de ce qui précède, la Cour se rallie aux conclusions de l'expertise et retient que l'assurée était totalement incapable de travailler jusqu'au mois de mai 2012 et est, depuis lors, capable de travailler à 50% (à savoir quatre heures par jour). Compte tenu de l'incapacité de travail totale jusqu'en mai 2012 et de l'activité professionnelle exercée à 25% (2 heures par

jour), le degré d'invalidité dans la sphère professionnelle en résultant pour l'assurée est de 25% jusqu'à fin avril 2012 et de 0% depuis lors. 4. Afin d'évaluer l'incapacité dans la sphère ménagère, l'intimé a diligenté une enquête ménagère. a. Une telle enquête, effectuée au domicile de la personne constituée en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. Le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93). En outre, pour dénier toute valeur au rapport d'enquête économique sur le ménage, il ne suffit pas d'émettre la vague hypothèse que les éléments pris en considération pourraient être sous- ou surestimés, mais il convient de critiquer précisément les points du rapport qui sont contestés (ATF 9C_512/2010 du 14 avril 2011 consid. 2.1.2). Au vu de son obligation de réduire le dommage, la personne assurée est, notamment, tenue de demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2). Ainsi, les empêchements de l'assurée doivent être évalués en tenant compte de l'aide que l'on peut exiger des membres de la famille au titre de l'obligation de réduire le dommage (ATF 130 V 97 consid. 3.2; 123 V 230 consid. 3c).

A/800/2013 - 7/8 - b. Il ressort des descriptions faites par l'enquêtrice des conditions de logement (cuisinière électrique, réfrigérateur, aspirateur, parquet dans toutes les pièces etc.) que celle-ci s'est rendue dans le logement de la recourante. Les indications relatives à la répartition des tâches entre elle et sa fille ne peuvent reposer que sur les explications fournies par l'assurée elle-même. Il en va de même des tâches que le rapport consigne comme étant accomplies par la recourante. L'enquêtrice a ensuite expliqué quelles seraient les activités ménagères que l'intéressée demeure apte à effectuer elle-même au regard de ses limitations fonctionnelles et quel degré de participation peut être exigé de la fille de celle-ci. Les différents postes d'activité ménagère retenus, leur pondération, l'évaluation de l'empêchement et du degré d'invalidité les concernant semblent, au degré de la vraisemblance prépondérante, compatibles avec l'état de santé de la recourante, l'âge de sa fille aînée, les conditions de logement et l'aide fournie par celle-ci. L'exigibilité de la participation de la fille n'est, compte tenu de l'âge de celle-ci, pas déraisonnable. Aucun élément ne justifie ainsi de s'écarter du rapport d'enquête économique sur le ménage. Un degré d'invalidité de 6,9% dans l'activité ménagère sera ainsi retenu. 5. Dès lors que la recourante a travaillé à 25% avant son incapacité de travail et qu'elle a indiqué qu'elle continuerait à exploiter sa capacité de travail au même taux d'activité si elle n'était pas atteinte dans sa santé, il convient de retenir un statut mixte comportant 25% d'activité professionnelle et 75% d'activité de ménagère. Vu le statut mixte de la recourante, son degré d'invalidité total s'est ainsi monté jusqu'au mois de mai 2012 à 31,9% (25% + 6,9%), puis depuis lors à 6,9% (0% + 6,9%).

Ces taux étant inférieurs à 40%, l'intimé a refusé à juste titre ses prestations. 6. Le recours est donc rejeté. La recourante étant au bénéfice des prestations de l'Hospice général, il est renoncé à la perception d'un émolument. * * *

A/800/2013 - 8/8 - 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.