

GE_GERICHTE ATAS/635/2009 vom 26. Mai 2009

GE Cour de justice, 2009-05-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_635_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/635/2009 du 26 mai 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/635/2009 del 26 maggio 2009

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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. 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 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b). En l'espèce, la décision litigieuse du 4 février 2009 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA et des modifications de la LAI relatives à la 4ème et à la 5ème révisions, entrées en vigueur respectivement en date du 1er janvier 2004 et du 1er janvier 2008. Par conséquent, d'un 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 à la 5ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329).

E. 3

Interjeté dans les délai et forme prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

E. 4

La question litigieuse porte sur le point de savoir si l'assurée a droit à des prestations de l'assurance-invalidité, et en particulier à une rente.

E. 5

Selon l'art. 28 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007 (art. 28 al. 2 dès le 1er janvier 2008), 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.

A/767/2009 - 7/13 - Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir 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). S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où il prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1er LAI dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable, mais au plus tôt le premier jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 aLAI ; ATF 126 V 5 consid. 2b et les références). Selon l'art. 29 al. 1 LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 (5ème révision AI) le droit à une rente d'invalidité 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 conformément à l'art. 29 al. 1er LPGA, mais pas avant le mois qui suit son dix-huitième anniversaire.

E. 6

D'après l'art. 28 al. 2bis LAI dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007 (art. 28a al. 2 dès le 1er janvier 2008), l'invalidité des assurés qui n'exercent pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de l'incapacité à accomplir leurs travaux habituels. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels (art. 8 al. 3 LPGA et 5 al. 1 LAI). Par travaux habituels, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (cf. art. 27 1ère phrase RAI). Selon l'art. 4 al. 1er LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Le Tribunal fédéral des assurances a eu l'occasion de préciser les critères qui permettent de définir le caractère raisonnablement exigible de l'exercice d'une activité lucrative au sens de l'art. 5 al. 1er LAI. D'après ces critères, il convient d'examiner ce que ferait l'assuré dans les mêmes circonstances s'il n'était pas atteint dans sa santé (ATF 117 V 195 consid. 3b). Pour les assurés travaillant dans le ménage, il faut tenir compte de la situation familiale, sociale et professionnelle,

A/767/2009 - 8/13 - 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 vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 396 consid. 3.3, 125 V 150 consid. 2c et les références).

E. 7

En l'espèce, il ressort du dossier que l'assurée, née en mai 1953, n'a jamais exercé d'activité lucrative que ce soit au Kosovo ou en Suisse. D'après ses déclarations à l'OCAI au mois de février 2007, elle n'en aurait pas non plus entrepris si elle avait été en bonne santé.

E. 8

D'après la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance- invalidité, c'est la méthode spécifique de comparaison des types d'activité qui s'applique pour évaluer l'invalidité des personnes qui n'exercent pas d'activité lucrative (CIIAI, p. 63 ss, ch. 3079ss). L'administration procède alors, conformément à l'art. 27 RAI à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles.

E. 9

Or, l'OCAI n'a pas examiné l'invalidité de l'assurée d'après la méthode spécifique de comparaison des types d'activité, soit en établissant une enquête ménagère.

E. 10

Il sera ainsi déterminé ci-après, si l'OCAI pouvait, en se fondant uniquement sur les rapports médicaux au dossier, se prononcer sur le degré d'invalidité de l'assurée sans procéder à une enquête ménagère.

E. 11

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

A/767/2009 - 9/13 - 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 origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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 a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3). 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. Étant 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 ; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99). 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 celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

E. 12

Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits

A/767/2009 - 10/13 - de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

E. 13

En l'espèce, l'assurée a été soumise à une expertise rhumatologique et à un examen psychiatrique par un médecin du SMR.

E. 13.1

Le rapport d'expertise rhumatologique du 19 novembre 2007 se fonde sur une anamnèse familiale, médicale et socio-professionnelle, sur le dossier radiologique de l'assurée ainsi que sur ses plaintes. L'examen clinique est complet et a notamment porté sur les atteintes du rachis cervical et dorsolombaire, des hanches et des genoux. Les diagnostics ont été clairement posés. Suite à une appréciation du cas, l'expert a conclu que l'assurée présentait une entière capacité de travail tout en précisant ses limitations fonctionnelles. Son rapport ne contient pas de jugement de valeur permettant de remettre en cause son bien-fondé. Il présente ainsi valeur probante au sens de la jurisprudence, ce que l'assurée ne conteste du reste pas. Les médecins du Département de Médecine communautaire et de Premier Recours des HUG ont examiné l'assurée et ont posé des diagnostics similaires à ceux retenus par l'expert rhumatologue tout en attestant de limitations fonctionnelles un plus importantes ainsi que d'une capacité de travail de 50% uniquement. Ces rapports ne mettent

cependant pas en exergue d'éléments, qui n'auraient pas été pris en considération par l'expert et susceptibles de remettre en cause ses conclusions. Les conclusions du rapport d'expertise seront ainsi retenues.

E. 13.2

Le rapport psychiatrique établi par le Dr E _____ du SMR en date du 22 février 2008 est, quant à lui, basé sur une anamnèse familiale, professionnelle, psychosociale et psychiatrique et sur les plaintes de l'assurée. L'examinateur a posé un diagnostic précis et a explicité pour quelles raisons elle ne présentait ni d'incapacité de travail ni de limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique. Les conclusions sont bien motivées et le rapport ne contient ni contradictions ni indices permettant de remettre en cause son bien-fondé, de sorte qu'il a pleine valeur probante.

E. 13.3

Par conséquent, eu égard à l'expertise rhumatologique et audit examen SMR, la capacité de travail de l'assurée doit être considérée comme entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques.

E. 13.4

Il y a lieu de préciser qu'au vu de la valeur probante de ces rapports portant sur l'état de santé somatique et psychique de l'assurée, une mesure d'instruction complémentaire, telle qu'une expertise rhumato-psychiatrique, n'est pas nécessaire.

E. 14

Toutefois, quand bien même la capacité de travail de l'assurée doit être considérée comme entière d'un point de vue somatique, il est établi que l'assurée présente des

A/767/2009 - 11/13 - limitations fonctionnelles concernant le port de charges de plus de 10 kilogrammes, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, la marche prolongée, principalement la montée et la descente des escaliers de façon répétitive et les travaux accroupis. De telles limitations ont vraisemblablement des conséquences sur les activités que l'assurée est susceptible d'effectuer dans la sphère ménagère. On peut imaginer que l'assurée doit, par exemple, éprouver des difficultés dans l'entretien de son logement ou pour effectuer ses courses.

E. 15

Il y a lieu de souligner que, d'après la jurisprudence, l'empêchement d'accomplir les travaux habituels est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier (VSI 2001, p. 158, consid. 3c ; ATFA non publié du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 5.1.1). Une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels (cf. ATF 128 V 93). Les assurés qui s'occupent du ménage doivent satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (cf. ATF 123 V 233 consid. 3c et les références) en répartissant mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents), et en recourant, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. 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 qu'on peut attendre de celles-ci, si la personne assurée n'est pas atteinte dans sa santé (ATFA non publiés du 8 novembre 1993, I 407/92 et du 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).

E. 16

En l'espèce, il apparaît qu'il ne peut pas être précisément déterminé quelles activités habituelles l'assurée peut ou non effectuer au regard de ses limitations fonctionnelles. En outre, certes l'assurée a-t-elle une obligation de réduire son dommage en recourant notamment à l'aide des membres de sa famille, toutefois, il ressort du dossier que son époux, faisant ménage commun avec elle, est au bénéfice d'une rente entière de l'assurance-invalidité pour de multiples troubles, qui n'ont pas été décrits par l'OCAI et qu'on ne connaît pas non plus l'état de santé de la fille de l'assurée qui vit également avec elle.

A/767/2009 - 12/13 - Il ne saurait ainsi être conclu sur le degré d'invalidité de l'assurée, sans connaître plus précisément son aptitude à effectuer ses tâches habituelles et sans renseignements complémentaires concernant les membres de sa famille. Par conséquent, l'OCAI ne saurait se contenter des examens médicaux effectués pour déterminer le degré d'invalidité de l'assurée dans la sphère ménagère, mais devait, comme le prévoit la législation fédérale, la CIAII ainsi que la jurisprudence, évaluer la capacité de l'assurée à effectuer ses tâches habituelles en appliquant la méthode spécifique de comparaison des types d'activité et en procédant à une enquête ménagère (art. 28 al. 2bis aLAI et 28a al. 2 LAI). Au demeurant, l'OCAI a cité deux arrêts du Tribunal fédéral (ATFA non publié I 735/04 du 17 janvier 2006 et I 257/04 du 17 mars 2005) dans le cadre desquels les résultats des enquêtes ménagères avaient été confirmées. L'OCAI a ainsi souhaité y assimiler le cas d'espèce, afin d'en déduire que le degré d'invalidité de l'assurée serait inférieur à 40% dans les travaux habituels. L'OCAI perd toutefois de vue que la capacité de l'assurée à effectuer ses activités habituelles doit être évaluée en fonction des circonstances concrètes du cas d'espèce et non en comparant son cas à d'autres cas déjà jugés, de sorte que l'OCAI ne pouvait faire l'impasse sur l'enquête ménagère, celle-ci permettant d'établir avec exactitude son degré d'invalidité dans ses travaux habituels. Par voie de conséquence, la capacité de l'assurée à effectuer ses activités habituelles ne saurait être déterminée en l'état du dossier, de sorte que la cause sera renvoyée à l'OCAI, afin qu'il mette en œuvre une enquête ménagère et qu'il rende une nouvelle décision.

A/767/2009 - 13/13 -

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