

GE_GERICHTE ATAS/648/2009 vom 22. Mai 2009

GE Cour de justice, 2009-05-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_648_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/648/2009 du 22 mai 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/648/2009 del 22 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'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Le recours ayant été interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable, à l'exception de la conclusion visant à l'octroi d'un moyen auxiliaire (lit). En effet, dans la mesure où la décision litigieuse n'a pas porté sur ce point, ce dernier sort du cadre de l'objet du litige. Il appartiendra à la recourante, cas échéant, de déposer une demande de moyen auxiliaire en bonne et due forme devant l'intimé.

E. 3

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. 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

A/2356/2008 - 8/15 - réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsqu'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). La décision litigieuse est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à celle, le 1er janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision). 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 révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er

juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

E. 4

Le présent litige concerne le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement son statut et son degré d'invalidité.

E. 5

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 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 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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % 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. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui,

A/2356/2008 - 9/15 - après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI). 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 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b). Le nouveau droit n'a pas modifié l'échelonnement des rentes (art. 28 al. 1 LAI) en tant qu'il se rapporte au quart et à la demi-rente, mais il permet d'octroyer trois-quarts de rente à l'assuré dont le degré d'invalidité atteint 60 %, alors que le taux ouvrant droit à une rente entière est passé de 66 ■ à 70 %. 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 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 consid. 4 et les références). c) 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 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 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 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.). d) Au sujet des 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,

A/2356/2008 - 10/15 - en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant. e) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante 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. 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

E. 6

a) Pour établir la capacité de travail de la recourante, l'OCAI a demandé au Dr C _____ de procéder à une expertise, mais s'est finalement écarté des conclusions de cette dernière en se basant sur l'avis du Dr E _____, médecin auprès du SMR, et sur les résultats de l'enquête ménagère. b) Il convient tout d'abord de se prononcer sur la valeur à accorder à l'expertise du Dr C _____. Ainsi que le fait remarquer à juste titre le Dr E _____, ce médecin ne motive guère la capacité de travail de 40% qu'il reconnaît en définitive à l'assurée. En particulier, les limitations fonctionnelles entraînées par ses atteintes cervicale et lombaire ne sont pas énumérées précisément. L'avis du Dr E _____ - dont il convient de rappeler qu'il n'a pas personnellement examiné la recourante - n'est pas plus étayé sur ce

point. Il se contente de mettre en doute l'évaluation du Dr C _____ et d'émettre l'avis que

A/2356/2008 - 11/15 - la diminution de la capacité de travail atteint 40% tout au plus, dans un poste ne sollicitant pas exagérément la colonne cervicale. Par ailleurs, le Dr E _____ tire argument du fait que le Dr A _____ avait qualifié le syndrome lombaire de modéré en 2002. Or le rapport du Dr A _____ remonte non pas à 2002 mais à 1992, soit près de quatorze ans plus tôt. On ne saurait dès lors en tirer la moindre conclusion dans le cas présent. Le rapport d'expertise du Dr C _____ n'explique pas de manière suffisamment précise les interactions entre les différentes pathologies et les conséquences de celles-ci sur la capacité à effectuer certaines tâches. Il en découle en définitive que ses conclusions ne sauraient être qualifiées de convaincantes, car insuffisamment motivées. Enfin, le Dr C _____ semble faire une confusion entre les notions de degré d'invalidité et de capacité de travail, ce qui ajoute à l'ambiguïté de ses conclusions. Il fait par ailleurs allusion à un trouble dépressif récurrent épisode moyen, qu'il n'étaye pas véritablement, et qu'il semble ensuite prendre en compte dans l'évaluation de la capacité de travail, sans que cela soit tout à fait clair. A cet égard, le Dr E _____, lui, subodore que cet état dépressif serait la conséquence de difficultés d'intégration, mais cela n'est pas confirmé par un spécialiste. c) Il suit de ce qui précède que le rapport du Dr C _____ ne saurait suffire au Tribunal de céans pour se prononcer sur la capacité résiduelle de travail de l'assurée, d'autant que l'état dépressif diagnostiqué tant par le Dr C _____ que par la Dresse B _____ n'a fait l'objet d'aucune investigation supplémentaire par un spécialiste. Il conviendrait dès lors de soumettre la recourante à une nouvelle expertise pluridisciplinaire, tant sur le plan rhumatologique que psychique, afin de pouvoir déterminer clairement quelles sont les atteintes à la santé et, surtout, leurs répercussions éventuelles sur sa capacité de travail.

E. 7

a) Se pose par ailleurs la question de savoir quel statut il convient d'accorder à l'assurée. L'intimé a considéré qu'elle devait être qualifiée de personne non active, ce que l'intéressée conteste dans son mémoire de recours. Elle allègue qu'en bonne santé, elle aurait travaillé.

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 trois 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.

A/2356/2008 - 12/15 - 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, ou s'il se consacrerait uniquement à ses 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 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 dispositions et des prédispositions. 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 faille 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 ss consid. 3b et les références citées; VSI 1997 p. 301ss consid. 2b, 1996 p. 209 consid. 1c, et les références citées). Il convient également de s'inspirer de la définition de la personne non active donnée à l'art. 28 al. 2 bis LAI, selon laquelle est considérée comme non active la personne qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger d'elle qu'elle en exerce une. b) En l'espèce, il est constant que la recourante n'a plus exercé d'activité lucrative depuis de nombreuses années. Auparavant, elle a cependant travaillé durant une longue période - de 1987 à 1992 - pour X_____. On ignore toutefois à quel taux d'occupation. Il ressort par ailleurs clairement de plusieurs rapports médicaux, et en particulier de celui du Dr A_____, établi quelques mois après le début de l'incapacité de travail, que l'assurée a cessé le travail principalement pour des raisons de santé et non par convenance personnelle. Certes, l'assurée a indiqué dans sa demande de prestation être « femme au foyer ». On ne saurait toutefois en tirer de conclusions péremptoires dans la mesure où elle maîtrise mal la langue française et où l'ensemble des circonstances donne plutôt à penser qu'elle entendait sans doute indiquer par là qu'elle n'exerçait plus d'activité lucrative, de facto. Force est cependant de constater qu'elle a été inscrite au chômage, qu'elle a donc été considérée comme apte au placement et ayant la volonté de retrouver un poste, et qu'elle a ensuite obtenu une occupation temporaire en 1998. Là encore, on ignore quel statut lui a reconnu l'assurance-chômage, à quel taux d'occupation l'assurée recherchait un emploi et à quel taux d'occupation elle a exercé son emploi temporaire.

A/2356/2008 - 13/15 - Enfin, le fait que l'assurée soit mère de quatre enfants ne suffit pas non plus à tirer la conclusion qu'elle n'aurait pas exercé d'activité lucrative si son état de santé le lui avait permis. En effet, en 2005, ses enfants étaient âgés de 21, 13 et 6 ans. Seul l'un d'eux était donc encore en bas âge. Le fait que les ressources du couple soient limitées au point de vue financier (selon l'enquête ménagère, qui n'est d'ailleurs pas très précise sur ce point, les ressources du couple suffiraient tout juste à couvrir le loyer et les primes d'assurance-maladie de la famille) plaide au contraire pour la thèse défendue par la recourante, à savoir qu'elle aurait travaillé si son état le lui avait permis. Les informations contenues au dossier apparaissent là encore cependant trop lacunaires pour déterminer à quel taux d'occupation il est vraisemblable que la recourante aurait travaillé.

E. 8

Eu égard aux nombreuses zones d'ombre qui demeurent en l'espèce et qui ont été mises en évidence supra, le Tribunal de céans constate qu'il est dans l'impossibilité de se prononcer sur la capacité résiduelle de travail de l'assurée et sur le taux d'occupation qui aurait été le sien sans atteinte à la santé. Il est rappelé que l'autorité administrative doit constater d'office les faits déterminants, c'est-à-dire toutes les circonstances dont dépend l'application des règles de droit (ATF 117 V 261 consid. 3 p. 263; T. LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Bern 1994, t. 1, p. 438). L'administration est ainsi tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure, et en particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier des aspects médicaux (ATF 117 V 282 consid. 4a p. 283; RAMA 1985 p. 240 consid.4; LOCHER loc. cit.). De son côté,

le juge qui considère que les faits ne sont pas suffisamment élucidés peut renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction ou procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (RAMA 1993 p. 136). En matière d'assurance-invalidité, la première solution est en principe préférée (ATFA I 431/02 du 8 novembre 2002). En l'espèce, il apparaît que des investigations complémentaires sont nécessaires pour déterminer, notamment, si l'assurée présente une atteinte psychique ayant une répercussion sur sa capacité de travail et dans quelle mesure, quelles sont précisément les limitations induites par ses atteintes rhumatologiques et leur répercussions sur sa capacité de travail, quel était le taux d'occupation de l'assurée durant les années où elle a travaillé pour X_____ et à quel taux recherchait-elle un emploi lorsqu'elle était au chômage. La cause n'étant, de l'avis du Tribunal de céans, pas suffisamment instruite pour permettre de se déterminer en connaissance de cause, il convient de la renvoyer à

A/2356/2008 - 14/15 - l'intimé pour instruction complémentaire puis nouvelle décision, étant rappelé qu'un renvoi à l'assureur, 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 le principe inquisitoire (cf. ATF 122 V 163 consid. 1d, RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé afin que ce dernier, après avoir fait procéder à une expertise rhumatologique et psychiatrique par des médecins spécialisés indépendants et avoir investigué sur le passé professionnel de l'assurée, se détermine sur le statut de cette dernière, son état de santé, ses répercussions sur sa capacité de travail, enfin sur son droit éventuel à des prestations de l'assurance- invalidité.

A/2356/2008 - 15/15 -

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