

GE_GERICHTE ATAS/651/2009 vom 22. Mai 2009

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_651_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/651/2009 du 22 mai 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/651/2009 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'article 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 interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable.

E. 3

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 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). En l'espèce, 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).

A/3486/2008 - 11/18 - 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 porte sur la question de savoir si la recourante devrait se voir accorder une rente entière au-delà du 28 février 2007, plus particulièrement sur son statut, le revenu d'invalidité retenu, le degré d'empêchement dans l'exercice des tâches ménagères et le degré d'invalidité global.

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'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, 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 %.

A/3486/2008 - 12/18 - 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, 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

A/3486/2008 - 13/18 - 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 s'est fondé sur une expertise conduite par les docteurs H_____ et I_____, qui ont conclu à une capacité de travail de 50% dans l'activité précédemment exercée, avec une diminution de rendement supplémentaire de 20%. La recourante ne conteste pas véritablement cette évaluation. Au demeurant, les conclusions des experts apparaissent convaincantes. Bien motivées et rendues au terme d'un rapport d'examen fouillé, détaillé et bien argumenté, elles sont qui plus est corroborées par les conclusions du Dr G_____, sur le plan psychiatrique, et celles du Dr E_____, sur le plan physique. C'est donc à juste titre que l'intimé a retenu une capacité de travail de 50%, avec une diminution de rendement de 20% dans l'activité exercée jusqu'alors, qui apparaît adaptée aux limitations de la recourante. En

réalité, la recourante soutient que la capacité de travail résiduelle qui lui est ainsi reconnue est si amoindrie qu'on ne devrait plus exiger d'elle qu'elle exerce la moindre activité lucrative. C'est oublier l'obligation de réduire le dommage qui incombe à tout assuré. Selon ce principe, un assuré doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité. L'argumentation de la recourante – qui fait d'ailleurs la confusion entre degré d'invalidité et capacité de travail – ne saurait être suivie. On retiendra donc une capacité résiduelle de travail de 50%, avec diminution de rendement de 20% dans la sphère professionnelle.

A/3486/2008 - 14/18 -

E. 7

a) La recourante conteste également le degré d'invalidité retenu dans la sphère ménagère. Elle explique être en effet complètement absorbée par ses TOC, lesquels l'empêchent d'assumer les travaux ménagers courants. Elle consacre toute son énergie à des tâches inutiles et ne parvient pas à assumer le nécessaire. A cet égard, elle se réfère au rapport du Dr A_____. Ainsi que l'a rappelé l'intimé, en cas d'atteinte à la santé psychique, l'enquête sur les activités ménagères est un moyen de preuve approprié pour évaluer l'invalidité, à moins que les résultats de cette enquête ne divergent des constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels; dans ce cas, ces dernières ont en règle générale plus de poids que l'enquête à domicile. b) En l'espèce, s'il est vrai que l'enquêtrice n'a pu se rendre au domicile de l'assurée, elle a toutefois rempli le questionnaire sur la base des indications données par cette dernière. L'enquêtrice, sur la base de ces informations, a établi une description détaillée des conditions de vie de la recourante et de ses activités et analysé de manière circonstanciée les tâches que cette dernière ne peut plus accomplir. Qui plus est, ses conclusions apparaissent corroborées par les indications du Dr A_____. Il est admis que le TOC de la recourante perturbe sa vie et celle de sa famille. Le Dr A_____ a expliqué que les troubles décrits par la patiente et son mari, vus conjointement, débutent dès le début de la journée et concernent surtout la propreté, qu'ils se traduisent par des nettoyages répétés, jamais suffisants, des vérifications et des re-nettoyages qui occupent presque toute la matinée, que l'assurée ne parvient parfois pas même à faire le repas et c'est son mari qui doit s'en charger, tout comme des achats. Tant le Dr K_____ que le Dr H_____ ont cependant précisé que le TOC de la recourante occupait cette dernière environ deux heures par jour. Etant rappelé que l'entourage de l'assurée est tenu de lui apporter son aide, le taux d'empêchement de 50% retenu par l'enquêtrice dans la sphère ménagère apparaît ainsi cohérent au vu des avis des médecins. Qui plus est, les descriptions de chacun des moments de l'activité ménagère par l'enquêtrice correspondent aux limitations décrites tant par les médecins que par la recourante et son époux. Il n'y a donc pas lieu de s'en écarter.

E. 8

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

A/3486/2008 - 15/18 - 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. 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. 301 ss 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. c) En l'espèce, il est constant que la recourante a exercé son activité lucrative à mi- temps depuis plusieurs années. Il ressort en effet de l'extrait du rassemblement de ses comptes individuels AVS que son revenu annuel ne s'est jamais élevé à plus de 20'500 fr. Or, selon les documents médicaux versés au dossier, il apparaît que le TOC dont souffre la recourante n'a eu des répercussions sur son activité professionnelle qu'à compter de 2001 (cf. expertise CEMED). Si le trouble en question a donc pu jouer un rôle dans la perte de l'emploi exercé alors par la recourante chez Y_____, il n'explique pas son temps de travail partiel, puisqu'elle exerçait alors déjà son activité à mi-temps - voire moins vu la modicité des revenus réalisés plus tôt - depuis plusieurs années. Il convient d'ailleurs de relever qu'interrogée dans le cadre de l'enquête ménagère, la recourante a admis qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à 50%. Elle a nuancé sa position en indiquant qu'en raison de l'achat d'une maison, elle aurait cherché à augmenter son taux d'occupation à 80%. Cependant, cette simple allégation ne saurait suffire à reconnaître à la recourante un statut de personne active à plus de 50%, eu égard au fait qu'elle a exercé son activité à temps partiel depuis de nombreuses années et qu'en dehors du fait que le couple a choisi de devenir propriétaire, aucun élément ne vient corroborer les dires de la recourante.

A/3486/2008 - 16/18 - c) En conclusion, les griefs de la recourante relatifs à la qualification de son statut par l'intimé sont rejetés. Elle doit être considérée comme une personne active à 50% seulement.

E. 9

a) Reste donc à calculer le taux d'invalidité présenté par la recourante. b) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour

cela, 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. 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 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance de l'éventuel droit à la rente; 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, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalide 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 de l'Office fédéral de la statistique (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). 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.

A/3486/2008 - 17/18 -

E. 10

a) En l'espèce, le revenu sans invalidité a été évalué à 2'500 fr. C'est en effet le dernier revenu réalisé par la recourante (cf. questionnaire rempli par le dernier employeur en juin 2005). Ce revenu n'est pas contesté, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter. Quant au revenu après invalidité, étant rappelé que la recourante pourrait théoriquement exercer à mi-temps son activité précédente, avec une diminution de rendement de 20%, il doit être fixé à 2'000 fr. (et non à 1'500 fr., comme l'a retenu l'intimé). La diminution de rendement porte en effet sur le mi-temps et non sur un temps complet. Il en résulte un degré d'invalidité de 20% dans la sphère professionnelle, de 40% si l'on admet une réduction supplémentaire de 20% pour tenir compte du fait que l'assurée a du mal à se déplacer seule, que son comportement pourrait diminuer ses chances de trouver un poste, et de son âge. Il y a lieu de constater que l'intimé a, de fait, appliqué cette réduction supplémentaire de 20% en retenant un revenu d'invalide de 1'500 fr. Il s'agit à présent de procéder à l'évaluation du taux d'invalidité global au moyen de la méthode mixte d'évaluation ; ce taux se détermine à l'aide de la formule suivante :

$$E \times IE + ([EZ - E] \times H) EZ$$

E = travail fourni par l'assuré avant invalidité (activité lucrative en heures par semaine) IE = handicap rencontré en tant que personne exerçant une activité lucrative en pourcent EZ = durée de travail normale des personnes exerçant une activité lucrative à plein temps dans la branche concernée, en heures par semaine H = handicap rencontré dans le ménage en pour cent.

Le calcul à effectuer est donc le suivant : $[20.75 \times 40 + ([41.7 - 20.75] \times 20)] : 41.7 = 45.02\%$, taux correspondant à celui retenu par l'intimé. Au vu de ce qui précède, force est de constater que le recours, mal fondé, doit être rejeté.

A/3486/2008 - 18/18 -

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