

GE_GERICHTE ATAS/655/2008 vom 29. Mai 2008

GE Cour de justice, 2008-05-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_655_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/655/2008 du 29 mai 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/655/2008 del 29 maggio 2008

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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Se pose en premier lieu la question de la recevabilité du recours, interjeté le 7 mars 2007 contre la décision du 7 novembre 2006. Cependant, il est établi et non contesté qu'en l'espèce, la décision litigieuse a été notifiée directement à l'assurée - on ignore à quelle date exactement, la notification s'étant faite par pli simple -, alors même qu'élection de domicile avait été faite chez son conseil par courrier du 29 août 2006 (confirmé par courrier du 15 septembre 2006). Partant, la notification au domicile de l'assurée était irrégulière. Selon la jurisprudence, les communications que les autorités administratives et judiciaires destinent aux parties qu'elles savent représentées par un mandataire doivent être adressées à celui-ci. Il s'agit là d'un principe général du droit des assurances sociales, commandé par la sécurité du droit, qui établit une règle claire quant à la notification déterminante pour le calcul du délai de recours (cf. DTA 2002 n°9 p. 66 consid. 2; RAMA 1997 n° U 288, p. 442 consid. 2b). Lorsque la forme est écrite, la décision doit parvenir à la connaissance des intéressés; plus précisément, ceux-ci doivent être mis dans la situation où la prise de connaissance ne dépend plus que d'eux-mêmes ou leur représentant (cf. MOOR, Droit administratif, 2ème éd., Berne 2002, volume II, p. 302). La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (art. 49 al. 3 dernière phrase LPGA). Cependant, la jurisprudence n'attache pas nécessairement la nullité à l'existence de vices dans la notification; la protection des parties est suffisamment garantie lorsque la notification irrégulière atteint son but malgré cette irrégularité. Il y a lieu d'examiner, d'après les circonstances du cas concret, si la partie intéressée a réellement été induite en erreur par l'irrégularité de la notification et a, de ce fait, subi un préjudice (ATF 122 I 99 consid. 3a/aa, 111 V 150 consid. 4c et les références; RAMA 1997 n° U 288 p. 444 s. consid. 2b/bb; ZBI 95/1994 p. 530 consid. 2). Demeure toutefois réservé, à cet égard, un comportement contraire à la bonne foi de la partie ou de son mandataire (RCC 1991, p. 391; A. GRISEL, Traité de droit administratif, p. 878). Le Tribunal fédéral des assurances a ainsi considéré que lorsqu'une décision n'était pas notifiée au représentant d'une partie mais à cette dernière, celle-ci devait néanmoins, en vertu de son devoir de diligence, se renseigner auprès de son mandataire sur la suite à donner à son affaire au plus tard le dernier jour du délai de recours depuis la

A/909/2007 - 12/19 - notification de la décision litigieuse, de sorte qu'il convenait de faire courir le délai de recours dès cette date (ATF C 168/00 du 13 février 2001, consid. 3c). En l'occurrence, la recourante ne saurait subir un préjudice du fait de l'irrégularité de la notification de la décision litigieuse. On ignore cependant à quelle date précise la décision litigieuse lui a été notifiée puisqu'elle lui a été adressée par pli simple. Il faut d'ailleurs relever que la décision lui a été notifiée sans les quatre pages de motivation qui devaient l'accompagner. Seul est établi le fait que son conseil a demandé des nouvelles du dossier dans sa mandante à l'OCAI par courrier du 2 février 2007 et qu'informé de la décision, il y a immédiatement fait "opposition" par courrier du 9 février 2007. Ce courrier doit être considéré comme valant recours - l'OCAI aurait d'ailleurs dû le transmettre au Tribunal de céans comme objet de sa compétence - de sorte qu'il faut considérer en l'occurrence que la recourante a agi en temps utile, ce que l'intimé ne conteste pas au demeurant.

E. 3

a) 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 réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). En l'espèce, la décision litigieuse est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, 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 (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). b) 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

Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si la recourante peut prétendre des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 31 août 2006, singulièrement quel est son taux d'invalidité et si, cas échéant, elle peut se voir octroyer une rente ou des mesures d'ordre professionnel.

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

A/909/2007 - 13/19 - 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). 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 LPG), 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).

A/909/2007 - 14/19 - 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

En l'espèce, l'intimé, se basant sur le rapport du Dr P _____ et, surtout, sur l'avis du Dr Q _____, a considéré qu'à compter du 3 mai 2006 - date de l'expertise - l'assurée aurait été capable, vu l'amélioration de son état de santé, de reprendre une activité de caissière à raison de 50%. Le rapport du Dr P _____ doit se voir reconnaître pleine valeur probante dans la mesure où le médecin a procédé à un examen clinique complet de l'intéressée, mentionné ses plaintes, et exposé ses conclusions de manière convaincante. Il convient cependant de relever qu'il ne s'est prononcé que sur le plan purement rhumatologique. Le Tribunal de céans constate que si le Dr P _____ a certes estimé que dans une activité professionnelle légère, permettant l'alternance des positions assise et debout, excluant le port de charges de plus de quinze kilos, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, la marche prolongée, les travaux accroupis ainsi que la montée et la descente d'escaliers de façon répétitive, l'assurée pourrait encore travailler à 50% en tenant compte de la diminution de rendement, il ne s'est exprimé que sur le seul plan rhumatologique et a précisé qu'il fallait également tenir compte "de multiples atteintes à la santé de la médecine interne,

A/909/2007 - 15/19 - soit un syndrome d'apnées du sommeil et d'hypoventilation nocturne, une obésité morbide, se rajoutant possiblement l'évocation d'un état dépressif". Qui plus est, le Dr P _____ ne s'est jamais prononcé sur la question de savoir si l'activité de caissière répondrait à sa définition d'une activité adaptée. Enfin, il a émis un pronostic très réservé au vu du fait que la patiente présentait des troubles dégénératifs sévères du squelette axial et périphérique incompatibles avec la reprise de l'activité professionnelle antérieure, que malgré la perte de poids, il persistait une obésité morbide, et qu'elle souffrait par ailleurs de troubles dégénératifs rachidiens importants et d'une gonarthrose qui ne pouvait être améliorée localement. Le Dr Q _____, sans jamais avoir examiné la recourante, a tiré du rapport du Dr P _____ et du dossier de la recourante la conclusion que le syndrome d'apnées du sommeil et la difficulté à la marche, conséquence de l'obésité, avaient désormais été résolus de sorte que seule la polyarthrose prédominante au genou et à la colonne lombaire engendrait une incapacité de travail de 50%. Le médecin du SMR a au surplus estimé que l'activité de caissière serait adaptée à l'état de l'assurée. Le Tribunal de céans ne saurait suivre ces conclusions au vu des différents avis médicaux exprimés dans ce dossier par plusieurs spécialistes, étant rappelé que le Dr Q _____, médecin de dossier au SMR, n'est pour sa part spécialiste qu'en médecine interne, ainsi que le relève à juste titre la recourante, et que ses conclusions ne sont guère motivées. Ainsi que cela a déjà été relevé, le Dr P _____, spécialiste en rhumatologie, a conclu, de manière convaincante, à une incapacité de travail de 50%, mais sur le seul plan rhumatologique, et en relevant que bien d'autres problèmes somatiques se posent. Le Dr N _____, spécialiste en pneumologie avec une sous-spécialisation en médecine du sommeil, a expliqué que si la situation de l'assurée s'est certes bien améliorée suite à sa perte de poids sur le plan des apnées (12 épisodes d'apnée par heure en février 2005 contre 35 au début) et sur celui de l'oxygénation (10% de la nuit en dessous du seuil de 90% d'oxygénation contre 81% de la

nuit auparavant), ces problèmes demeurent et continuent à influencer - bien que dans une moindre mesure - son niveau de vigilance et sa capacité de concentration. D'un point de vue strictement pneumologique, il a estimé la capacité de travail de l'assurée à 50%. Il convient encore de relever que le Dr R _____, médecin adjoint au service de chirurgie viscérale des HUG, a indiqué qu'en novembre 2007 - malgré la perte de poids importante, donc - l'assurée souffrait encore d'une éventration sous-ombilicale très importante, descendant quasiment jusqu'au niveau des genoux et totalement inopérable. Dans de telles conditions, la suggestion du Dr Q _____

A/909/2007 - 16/19 - de régler le problème par le port d'une ceinture de contention ou d'une gaine paraît pour le moins dérisoire. La présence d'un tablier adipeux abdominal encombrant avait d'ailleurs déjà été relevée par le Dr O _____, chef de clinique aux HUG, en 2005, ainsi qu'une excroissance crurale volumineuse. En outre, le Dr Q _____ a admis n'avoir pas tenu compte du fait que l'assurée est dans l'incapacité de se rendre seule aux toilettes par exemple, ce qui influe nécessairement sur son rendement. Enfin, l'enquête réalisée au domicile de l'assurée suite à sa demande d'allocation pour impotence a confirmé qu'elle a besoin d'aide pour s'habiller, pour se rendre aux toilettes, pour se laver et qu'elle rencontre des difficultés pour se déplacer à l'extérieur, à prendre les transports publics et à marcher plus de 100 mètres. A cet égard, le Dr Q _____ a préféré se baser sur l'avis du Dr P _____. Il ressort cependant du rapport de ce dernier que l'assurée ne peut marcher plus de 10 à 15 minutes. S'agissant plus particulièrement de l'activité de caissière, jugée adaptée par le SMR, force est de constater qu'elle implique de conserver la position assise de manière prolongée, parfois des mouvements en porte-à-faux et un certain nombre de déplacements, ce qui apparaît pour le moins incompatible avec l'état de santé de l'assurée. Tant le Dr N _____ que le Dr M _____ ont d'ailleurs exprimé leur scepticisme à cet égard. Eu égard aux considérations qui précèdent, au nombre d'atteintes et de limitations de l'assurée, le Tribunal de céans rejoint l'avis du Dr M _____ selon lequel la capacité de travail de la recourante doit être considérée comme nulle, d'autant plus qu'il apparaît pour le moins improbable qu'un marché du travail équilibré puisse offrir un nombre de postes de travail suffisants à la recourante, lui permettant de mettre à profit une capacité de travail même réduite au vu de ses limitations fonctionnelles. On ne voit en effet pas quel type de poste serait adapté à une personne qui ne peut parcourir qu'une distance de 100 mètres, doit rester assise, mais pas trop longtemps, doit parfois s'allonger, ne peut se rendre aux toilettes seule, doit éviter le port de charges, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, les travaux accroupis ainsi que la montée et la descente d'escaliers et qui est au surplus fatigable vu ses problèmes d'apnées. On doit en déduire qu'il n'existe, sur le marché équilibré du travail, pas de poste adapté au handicap de la recourante et que, partant, on ne peut lui reconnaître aucune capacité de gain résiduelle, si tant est qu'elle présentât (ce qui n'est pas le cas) une quelconque capacité de travail.

E. 7

Reste à procéder au calcul du degré d'invalidité.

A/909/2007 - 17/19 - L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est égal ou supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une

demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4). La recourante ayant exercé une activité à temps partiel (60%), le Tribunal de céans doit maintenant procéder à la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 16 LPGA, en corrélation avec les art. 27 et 27 bis du règlement sur l'assurance- invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Selon l'art. 16 LPGA, 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 être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

Conformément à l'art. 29 al. 1 let. b LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date à laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA). Aux termes de l'art. 27bis RAI, lorsque les assurés n'exercent une activité lucrative qu'à temps partiel, l'invalidité pour cette part est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels au sens de l'art. 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée selon l'art. 27 RAI pour cette activité-là. Par travaux habituels des personnes travaillant dans le ménage et n'exerçant pas d'activité lucrative, on entend l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que l'engagement caritatif non rémunéré. ■■ Ainsi, il faut dès lors déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (méthode mixte d'évaluation de l'invalidité). Il convient par conséquent d'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. 16 LPGA) ; on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activités. 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 pourcent entre ces deux valeurs. La part de l'autre travail

A/909/2007 - 18/19 - habituel constitue le reste du pourcentage (ATF 104 V 136 = RCC 1979 p. 28 consid. 2a ; RCC 1980 p. 565 ; RCC 1992 p. 136 et VSI 1999 p. 231 et ss.).

E. 8

En l'occurrence, l'assurée travaillait comme nettoyeuse 25 heures par semaine. L'horaire usuel de cette entreprise s'élevait à 42,5 heures. Par conséquent, le taux d'activité lucrative de la recourante s'élève à 60%. Le taux d'activité ménagère s'élève ainsi à 40%. Il convient de relever que les résultats de l'enquête sur le ménage n'ont pas été contestés et que cette enquête a, en outre, à pleine valeur probante. Il conviendra, par conséquent, de se référer à son résultat, et de retenir un taux d'invalidité dans les activités ménagères de 37.5%. Force est donc de constater dans ces conditions que le degré d'invalidité calculé par l'OCAI pour la période du 1er mars 2004 au 31 août 2006 a perduré au-delà. L'assurée étant dans l'incapacité totale d'exercer la moindre activité lucrative, son degré d'invalidité pour cette part s'élève à 60%. Dans la mesure où elle est au surplus empêchée d'effectuer ses tâches ménagères à hauteur de 38%, on obtient un degré d'invalidité de 15% pour la part ménagère (38% de 40%). Cela conduit à un degré d'invalidité global de près de 75%, suffisant pour ouvrir droit à une rente entière. Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans constate que

le droit de la recourante à une rente entière a perduré au-delà du 31 août 2006. Le recours est donc admis.

A/909/2007 - 19/19 -

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