

GE_GERICHTE ATAS/657/2009 vom 28. Mai 2009

GE Cour de justice, 2009-05-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_657_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/657/2009 du 28 mai 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/657/2009 del 28 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).

A/2917/2007 - 9/16 - 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

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure au 1er janvier 2003, respectivement au 1er janvier 2004, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (voir ATF 130 V 343). Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité 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. 3

Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.

E. 4

Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si la recourante peut prétendre une demi-rente de l'assurance-invalidité, en lieu et place d'un quart de rente, à compter du 1er

août 2004.

E. 5

Il y a lieu d'examiner en premier lieu le grief invoqué par la recourante, relatif à la prétendue violation de son droit d'être entendue. Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa, 127 V 132 consid. 2b). La jurisprudence, rendue sous l'empire de l'art. 4 de l'ancienne constitution, et qui s'applique également à l'art. 29 al. 2 Cst (ATF 127 I 56 consid.

A/2917/2007 - 10/16 - 2b, 127 III 578 consid. 2c, 126 V 130 consid. 2a), a déduit du droit d'être entendu en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 16 consid. 2a/aa, 124 V 181 consid. 2a, 375 consid. 3b). En particulier, l'administration doit motiver ses décisions, mais il n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties; il peut au contraire se limiter à ceux qui peuvent être tenus pour pertinents. Il suffit, de ce point de vue, que les parties puissent se rendre compte de la portée de la décision prise à leur égard et, le cas échéant, recourir contre celle-ci en connaissance de cause (ATF 124 V 181 consid. 1a ; 124 II 149 consid. 2a et réf. citées). Or, tel était bien le cas en l'occurrence. Il est vrai que l'intimé n'a pas longuement motivé sa décision, mais la recourante ne peut nier que cette motivation était suffisante pour qu'elle puisse se rendre compte de la portée de la décision de l'intimé et interjeter recours auprès du Tribunal de céans. A cet égard, le fait qu'elle puisse difficilement imaginer à quelle activité adaptée à ses limitations fonctionnelles s'est référée l'intimé ne l'a pas mise en situation de ne pouvoir contester sa décision. Qui plus est, la recourante a ainsi eu l'occasion de s'exprimer devant le Tribunal de céans, autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. En conséquence, à supposer qu'il y ait eu violation du droit d'être entendu – ce qui est douteux –, ce vice doit être considéré comme réparé. Quant au fait que l'assurée ait été assistée par un interprète dont elle conteste les compétences lors de son examen par la Dresse O_____, il ne saurait être imputé à l'intimé, puisque ce n'est pas cette dernière qui a mis l'expertise sur pied. Cet élément sera pris en compte par la suite, au moment d'examiner la valeur probante de l'expertise en question. Eu égard aux considérations qui précèdent, le grief de violation du droit d'être entendu doit donc être écarté, tout comme la conclusion selon laquelle la décision de l'intimé devrait être annulée de ce chef.

E. 6

Reste à examiner le degré d'invalidité de l'assurée au-delà du 1er août 2004. 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

A/2917/2007 - 11/16 - 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 261 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 Revue Suisse des assurances sociales [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

A/2917/2007 - 12/16 - 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. 7

La recourante fait grief à l'administration d'avoir considéré qu'il existe sur le marché une activité adaptée à ses limitations qu'elle pourrait exercer à mi-temps. Pour aboutir à cette conclusion, l'intimé s'est référé aux divers rapports médicaux recueillis lors de l'instruction, et plus particulièrement à ceux des Drs L_____ et O_____. La recourante n'apporte aucun élément objectif permettant de mettre en doute la valeur probante des conclusions du Dr L_____, dont les rapports d'expertise se fondent sur une anamnèse détaillée, des examens cliniques et tiennent compte des plaintes rapportées par la recourante. Ces rapports ont été établis en pleine connaissance du dossier et leurs conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradiction. Il y a donc lieu de leur reconnaître pleine valeur probante. Il y a lieu d'ajouter, pour conclure, qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise (cf. arrêt du Tribunal fédéral du 5 janvier 2003, I 701/05, consid. 2 et les références, en particulier l'ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause une expertise et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire : il n'en va autrement que si lesdits médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de

A/2917/2007 - 13/16 - l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de cette dernière. Cette hypothèse n'est cependant pas réalisée en l'espèce. En effet, le Dr P_____ conclut certes à une incapacité totale de travail. Mais son rapport du 17 février 2004, est fort peu motivé et, qui plus est, antérieur à l'amélioration admise par l'intimé. Quant à l'évaluation du Dr M_____, qui conclut lui aussi à une totale incapacité de travail au terme d'un rapport complet et motivé, elle ne saurait non plus suffire à s'écarter des conclusions du Dr L_____ dans la mesure où elle ne constitue qu'une appréciation différente, reposant d'ailleurs sur les mêmes diagnostics et limitations que celles retenues par l'expert. Le Dr M_____ semble d'ailleurs motiver son appréciation par des éléments étrangers à l'assurance-invalidité, au nombre desquels l'âge de la patiente, notamment. Enfin, il convient de relever que les conclusions du Dr L_____ sont corroborées par le fait que l'assurée a effectivement pu exercer durant une année une activité légère dans le cadre des mesures de l'assurance-chômage et a admis en audience se sentir capable de travailler à 50%. On retiendra donc que, sur le plan somatique, la recourante a recouvré une capacité de travail résiduelle de 50% dès le 1er mai 2006. Sur le plan psychique en revanche, il est vrai que le fait que l'assurée ait été assistée par un interprète dont elle affirme qu'il était défaillant, lors de son examen par la Dresse O_____, peut porter à conséquence quant à la valeur probante à accorder au rapport du CMD. S'agissant d'une expertise psychique, reposant principalement sur un examen verbal, il apparaît en effet indispensable d'être sûr que l'assurée ait pu exprimer ses sentiments de manière satisfaisante. Au vu des circonstances et du doute qui subsiste sur ce point, le

rapport de la Dresse O_____ ne saurait donc se voir accorder une valeur probante suffisante. Il convient dès lors de se référer à l'avis du Dr N_____. Or, ce dernier, bien que concluant à un épisode dépressif sévère, a également conclu à une capacité de travail de 50% à compter du 1er janvier 2004, expliquant que c'était la diminution des capacités d'adaptation de sa patiente, suite aux douleurs et à son handicap chronique de l'épaule gauche, qui l'amenait à cette conclusion. Eu égard à ces considérations, au fait que les degrés d'incapacités psychique et physique ne sauraient purement s'additionner et que les faits ont démontré que l'assurée avait pu travailler à 50% durant une année dans une activité adaptée à ses limitations, il convient de confirmer le taux de capacité de travail de 50% retenu par l'intimé.

E. 8

Reste à vérifier le calcul du degré d'invalidité auquel s'est livré l'intimé.

A/2917/2007 - 14/16 - a) 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). 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; 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 du 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 avait été en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la

A/2917/2007 - 15/16 - 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. b) Le revenu avant invalidité, fixé à 44'519 fr. 40 en 2004 sur la base des renseignements obtenus auprès du dernier employeur de la recourante, n'est pas contesté, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter. Quant au revenu après invalidité, il a été évalué par l'intimé à 23'358 fr. sur la base des statistiques. Il convient de relever que l'intimé a cependant omis d'ajuster ce revenu à l'horaire hebdomadaire moyen en vigueur dans les entreprises cette année- là. Le revenu après invalidité doit en réalité être porté à 24'292 fr. (ESS 2004, TA1, activités simples et répétitives : 3'893.- pour 40 h./sem. = 4'049.- pour 41.6 h./sem. = 48'585.- en 2004 = 24'292.- à 50%). Il y a encore lieu d'appliquer une réduction supplémentaire de 10% au moins. En effet, si les limitations fonctionnelles de l'assurée ont certes déjà été prises en compte dans le calcul de son taux d'occupation, ainsi que le fait remarquer l'intimé, il se justifie encore de tenir compte de l'âge de l'assurée (57 ans en 2004), du fait qu'elle ne pourra plus désormais travailler qu'à temps partiel et du fait que ses limitations portent sur son membre supérieur prédominant. On obtient en définitive un revenu d'invalidé de 21'863 fr., qui, comparé à celui que l'assurée aurait obtenu sans atteinte à sa santé, conduit à un degré d'invalidité de 50.89%, suffisant pour ouvrir droit à une demi-rente d'invalidité.

E. 9

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est admis et le droit à une demi-rente d'invalidité reconnu à la recourante à compter du 1er août 2004.

A/2917/2007 - 16/16 -

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