

GE_GERICHTE ATAS/828/2019 vom 17. September 2019

GE Cour de justice, 2019-09-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_828_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/828/2019 du 17 septembre 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/828/2019 del 17 settembre 2019

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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 - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

A/1671/2019 - 16/29 -

E. 4

a. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel. b. Dans sa réponse au recours, l'intimé relève que la recourante n'a pas contesté l'appréciation médicale faite par l'intimé, ni le refus de rente, ne concluant qu'à l'octroi de mesures d'ordre professionnel. c. Aux termes de l'art. 61 let. d LPGA, le tribunal cantonal des assurances n'est pas lié par les conclusions des parties; il peut réformer, au détriment du recourant, la décision attaquée ou accorder à ce dernier plus qu'il n'avait demandé ; il doit cependant donner aux parties l'occasion de se prononcer ou de retirer le recours. d. En l'espèce, même si la recourante, non représentée par un avocat, n'a pas formellement conclu à l'octroi d'une rente dans son recours, elle a conclu à l'annulation de la décision entreprise. La chambre de céans, qui n'est pas liée par les conclusions des parties et doit apprécier la légalité des décisions attaquées, se doit donc d'examiner si l'intimé était légitimé à lui refuser le droit à une rente d'invalidité, de même que la valeur probante de l'appréciation médicale retenue par l'intimé.

E. 4.2

et 123 V 233 consid. 3c ainsi que les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé ; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. 11. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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 256 consid. 4 et les références). 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 n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur

A/1671/2019 - 21/29 - 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des

constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). 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 ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

A/1671/2019 - 22/29 - 12. a. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans leur teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais 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. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance. b. 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 et ATF 104 V 136 consid. 2a et 2b). 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 222 et ATF 128 V 174). Le revenu sans invalidité se détermine en règle générale d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment du prononcé de la décision (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ci-après : ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). 13. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2). 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 319 consid. 5a).

A/1671/2019 - 23/29 - 14. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). 15. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5). 16. En l'espèce, l'intimé a retenu comme diagnostics principaux ayant un effet sur la capacité de travail la tendinopathie de la coiffe des rotateurs bilatérale, des gonalgies bilatérales, une gonarthrose débutante et un trouble dépressif récurrent, en rémission. Il a reconnu à la recourante une incapacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle, et une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée dès le 24 mai 2018. Sur le plan rhumatologique, le SMR a repris les diagnostics établis par la Dresse M_____, qui a estimé la capacité de travail de la recourante comme nulle dans l'activité d'aide de cuisine, et de 50 % dans une activité adaptée. Les conclusions de la Dresse M_____ du point de vue rhumatologique n'étant pas contestées par la recourante ou par d'autres médecins, il convient effectivement de s'y référer.

A/1671/2019 - 24/29 - Sur le plan psychiatrique, le SMR s'est fondé sur le rapport établi par la Dresse L_____, estimant qu'il était cohérent, qu'il discutait les différentes pièces du dossier et qu'il contenait une synthèse claire. La Dresse L_____ a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, en rémission, qui n'avait selon elle aucune incidence sur la capacité de travail. Celle-ci était donc, du point de vue psychiatrique, de 100 % de son taux habituel de 80 % dans toute activité simple et répétitive, dès le 24 mai 2018. Elle a rejeté les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant, d'anxiété généralisée ou de troubles cognitifs. Elle s'est questionnée sur la présence d'un fonctionnement de personnalité borderline, mais n'a pas pu se prononcer en l'absence de tests psychologiques

de personnalité. De son côté, la Dresse G_____, psychiatre traitante de la recourante, et Mme F_____ ont retenu, outre le trouble dépressif de la recourante, des troubles anxieux, attentionnels et du sommeil. Par ailleurs, le Prof. N_____ et M. O_____, qui ont examiné la recourante postérieurement à la Dresse L_____, ont relevé que l'examen neuropsychologique mettait en évidence un déficit cognitif d'intensité légère, caractérisé par un trouble attentionnel et exécutif, et que ces difficultés cognitives étaient de nature et d'intensité à potentiellement limiter les capacités fonctionnelles de la recourante au quotidien ainsi que pour les sollicitations professionnelles, voire à fortement limiter ses capacités lors de tâches requérant un niveau d'exigence élevé. Dans son second rapport établi en cours de procédure, le SMR a relevé que selon la Dresse L_____, les troubles de la mémoire, de la concentration ou de l'attention n'étaient pas objectivés. Cette appréciation est toutefois contredite par celle du Prof. N_____ et de M. O_____, qui ont, sur la base d'un examen neuropsychologique, mis en évidence un trouble attentionnel et exécutif. Par ailleurs, dans un rapport postérieur à la date de la décision querellée, le Dr Q_____ a retenu que la recourante présentait une insomnie multifactorielle et un syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil. Dans leur dernier rapport, la Dresse G_____ et Mme F_____ ont indiqué qu'un test passé au moins de juin 2019 s'était révélé positif pour le trouble du déficit de l'attention. Il sied de relever que même si ces deux derniers rapports ont été établis postérieurement à la décision litigieuse, ils doivent être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation de la situation au moment où la décision a été rendue. Dans ces circonstances, l'on ne saurait suivre l'avis du SMR, qui se contente de se fonder entièrement sur l'avis de la Dresse L_____ sans prendre en considération les avis divergents d'autres spécialistes ayant examiné la recourante, et qui remettent en cause les conclusions de l'experte mandatée par l'assurance perte de gain de son dernier employeur.

A/1671/2019 - 25/29 - La chambre de céans constate enfin qu'aucune appréciation globale de la situation, tenant compte des effets réciproques des différentes atteintes à la santé de la recourante sur sa capacité de travail, n'a été effectuée. Au vu de ce qui précède, la décision contestée repose sur une instruction insuffisante pour permettre à la chambre de céans de trancher le litige, même sous l'angle de la vraisemblance prépondérante.

E. 5

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). Selon l'art. 7 LPGA, 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

E. 6

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un 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. 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 raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c ; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

E. 7

a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA.

A/1671/2019 - 17/29 - On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2). Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. b. La capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération

en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

A/1671/2019 - 18/29 - c. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible. En particulier, dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du

E. 12

mars 2018 consid 2.1). 8. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (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 dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 137 V 334 consid. 3.2 ; ATF 117 V 194 consid. 3b ; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du

E. 17

L'instruction étant lacunaire, l'étendue concrète de la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée ne peut pas être déterminée sans recourir à une expertise médicale. Au vu des différentes affections dont souffre la recourante, seule une expertise pluridisciplinaire complète et satisfaisant aux réquisits jurisprudentiels topiques (ATF 125 V 351 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 731/02 du 25 juillet 2003 consid. 2) permettra de déterminer clairement l'éventuelle capacité de travail résiduelle de la recourante dans une activité adaptée.

E. 18

Partant, le recours est partiellement admis, la décision du 1er avril 2019 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il complète l'instruction, puis rende une nouvelle décision. II

incombera à l'intimé de mettre en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire rhumatologique, psychiatrique et neuropsychologique indépendante, conformément à l'art. 44 LPGA, permettant d'apprécier l'incidence des différents diagnostics retenus par les médecins (à savoir la tendinopathie de la coiffe des rotateurs bilatérale, les gonalgies bilatérales, la gonarthrose débutante, le trouble dépressif récurrent, les troubles attentionnels, anxieux et du sommeil) sur la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée. Il conviendra en particulier que les experts, en motivant dûment leur appréciation, se prononcent sur les diagnostics et limitations fonctionnelles dont souffre la recourante, qu'ils déterminent quel rôle joue chacun d'entre eux sur sa capacité de travail dans une activité adaptée et à quel taux celle-ci pourrait être évaluée.

E. 19

a. Se pose ensuite la question de savoir quel statut il convient d'accorder à la recourante. En effet, même si celle-ci n'a pas contesté dans son recours le statut mixte à 50 % retenu par l'intimé, le litige porte, comme précédemment mentionné, sur la légalité de la décision de l'intimé de lui refuser le droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel. Dans la mesure où le taux retenu peut avoir une influence sur la rente, il convient d'examiner cette question. b. En l'espèce, l'intimé a retenu un statut mixte, à raison de 50 % pour l'activité lucrative et de 50 % pour les tâches ménagères. La qualification du statut mixte ne peut être que confirmée, la recourante ayant dans le passé principalement exercé des activités lucratives à temps partiel. Il y a en revanche lieu d'examiner la question de la répartition des taux.

A/1671/2019 - 26/29 - L'intimé a retenu un statut mixte à 50 % en se fondant sur le pourcentage auquel il avait estimé que la recourante travaillait dans son dernier emploi. Or, l'exact pourcentage auquel la recourante travaillait lors de son dernier emploi ne ressort pas clairement du dossier. Dans le questionnaire pour l'employeur adressé à l'intimé le 6 avril 2017, E_____ SA avait indiqué que la recourante travaillait à hauteur de vingt-et-une heures par semaine, soit l'équivalent d'un 50 %. Pourtant, à teneur de l'attestation établie le 11 septembre 2017 par ce même employeur, elle travaillait à 80 %. C'est également ce taux que la recourante avait annoncé lors de sa demande de prestations du 22 mars 2018. En tout état de cause, l'intimé ne pouvait se fonder sur la dernière activité exercée par la recourante, qui n'a duré que quelques semaines, pour fixer un statut mixte à 50 %. En effet, lors de l'enquête économique sur le ménage, la recourante a indiqué que, sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité à 80 % ou à 100 %. Elle avait toujours recherché une activité à ce taux mais n'avait pas toujours eu la possibilité de le faire, et si elle avait parfois accepté des emplois à un taux inférieur, c'était par défaut. À teneur de son parcours professionnel tel que relaté dans l'enquête ménagère, la recourante a exercé divers emplois à 80 % et à 50 % depuis son arrivée en Suisse. Durant ses périodes de chômage, elle a recherché des postes à 100 %. Il ressort enfin du dossier que la recourante n'a pas d'enfants à charge, et que son conjoint perçoit un salaire de CHF 6'000.- par mois pour un travail à 100 % dans l'édition, soit un revenu relativement modeste. Il n'apparaît ainsi pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis par la jurisprudence, que sans atteinte à la santé, elle n'aurait travaillé qu'à 50 %. De même, dans la mesure où il ressort de son parcours qu'elle n'a jamais été employée à 100 %, ne saurait-on retenir ce taux. Au vu de sa situation personnelle et familiale et des revenus de son époux, il convient de considérer qu'elle aurait effectivement travaillé à 80 % si elle était valide. Par conséquent, c'est un statut mixte avec la répartition 80 % / 20 % qui doit être reconnu à la recourante.

E. 20

Il sied enfin d'examiner la conclusion de la recourante visant à l'octroi de mesures d'ordre professionnel, afin de l'aider à retrouver un emploi en milieu ordinaire. a. Selon l'art. 8 al. 1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGa) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI en vigueur dès le 1er janvier 2008).

A/1671/2019 - 27/29 - L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGa a été observée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_100/2008 du 4 février 2009 consid. 3.2 et les références). Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid. 1). b. En l'espèce, l'intimé a refusé des mesures d'ordre professionnel à la recourante, au motif qu'elles ne seraient pas de nature à réduire le dommage de manière notable, ne permettant pas d'augmenter sa capacité de gain. Or, les mesures de réadaptation n'ont pas pour unique but d'améliorer la capacité de gain d'assurés invalides ou menacés d'invalidité, mais également de rétablir ou maintenir leur capacité de gain (art. 8 al. 1 let. a LAI). Par conséquent, dans le cadre de l'instruction complémentaire que devra effectuer l'intimé, il conviendra également d'examiner cas échéant le droit à des mesures d'ordre professionnel.

E. 21

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis. La décision entreprise sera annulée et le dossier renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des

considérants qui précèdent, et nouvelle décision.

A/1671/2019 - 28/29 -

E. 22

Bien qu'elle obtienne partiellement gain de cause, aucune indemnité ne sera octroyée à la recourante, qui n'est pas représentée par un avocat (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03] ; art. 89 H LPA).

E. 23

Étant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/1671/2019 - 29/29 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant À la forme :

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