

GE_GERICHTE ATAS/915/2011 vom 29. September 2011

GE Cour de justice, 2011-09-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_915_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/915/2011 du 29 septembre 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/915/2011 del 29 settembre 2011

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Depuis le 1er janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

E. 3

L'objet du litige consiste à déterminer si la recourante présente une atteinte à la santé ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité et plus particulièrement à une rente.

E. 4

a) En vertu de l'art. 28 al. 1 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. b) En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assurée sur le marché du travail équilibré, 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. Il y a lieu de préciser

A/161/2010 - 11/18 - 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). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 105 V 158 consid.1). c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une

invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, 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 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). d) Selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 354 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50). Le Tribunal fédéral des assurances a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 130 V 354 et ATF 131 V 50). A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (ATF 132 V 65, consid. 4.2).

A/161/2010 - 12/18 - Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 et 399 consid. 5.3.2). Quand bien même le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ou de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus que, comme on l'a dit, les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants précités - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (voir aussi P. HENNINGSEN, Zur Begutachtung somatoformer Störungen, in : Praxis 94/2005, p. 2007 ss). On peut réserver les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65, consid. 4.3).

E. 5

En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a). La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; S. BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle

A/161/2010 - 13/18 - 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, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine). Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000 p. 268). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352)

qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; arrêt I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in : SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_4/2009 du 20 novembre 2009, consid. 2.2).

E. 6

a) En premier lieu, la recourante critique le rapport d'expertise du Dr V _____, qui n'aurait pas tenu compte des diagnostics concernant ses

A/161/2010 - 14/18 - genoux et ses problèmes lombaires, le raccourcissement de sa jambe droite entraînant une bascule du bassin, et qui a retenu que l'origine des douleurs ne pouvait être expliquée. b) Ce grief est mal fondé, sachant qu'après avoir diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail un état douloureux chronique avec des symptômes médicalement inexpliqués, l'expert a exposé qu'à l'examen, cet état douloureux était localisé surtout à la colonne lombaire (épisodes de lombalgies communes), au genou gauche (dégénérescence méniscale, symptomatique par période) et aux épaules (douleurs à la palpation des muscles trapèzes). c) Toutefois, au regard des principes jurisprudentiels relatifs aux troubles somatoformes douloureux exposés ci-dessus, la Chambre de céans constate le rapport du Dr V _____ ne permet pas de statuer à satisfaction de droit sur le caractère invalidant de l'état douloureux chronique présenté par la recourante. L'expert – qui n'a pas de spécialisation en psychiatrie, ni en rhumatologie d'ailleurs – n'a en particulier pas déterminé si la recourante disposait des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état, ni n'a d'ailleurs fixé un taux d'incapacité de travail en se contentant d'indiquer que ce taux était d'au moins 20% depuis 2007. Ainsi, le rapport du Dr V _____ ne devait pas permettre à l'OAI de prendre une décision. A partir du moment où le diagnostic invalidant retenu était celui d'état douloureux diffus, il se justifiait de se conformer à la jurisprudence du Tribunal fédéral relative aux troubles somatoformes douloureux, en mettant en œuvre une expertise bidisciplinaire en rhumatologie et psychiatrique. L'avis d'un psychiatre était d'autant plus nécessaire qu'à l'examen, l'expert avait constaté un freinage dans l'amplitude des mouvements et une démonstrativité appuyée et constante, ce qui pouvait être assimilé à une exagération des symptômes, et que le médecin traitant avait diagnostiqué un état dépressif. Le dossier sera dès lors renvoyé à l'intimé afin qu'il mette en œuvre une telle expertise bidisciplinaire, comportant un volet rhumatologique et un volet psychiatrique.

E. 7

a) Est également litigieux le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité. Tandis que l'OAI a retenu qu'au regard du principe de la vraisemblance prépondérante, l'on ne pouvait retenir un statut d'active et, partant, a appliqué la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité, la recourante soutient qu'elle aurait exercé une activité lucrative, ce qui impliquait le recours à la méthode ordinaire de comparaison des revenus. b) Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux

habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa

A/161/2010 - 15/18 - situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que 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. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 117 V 194 consid. 3b p. 194; voir également ATF 133 V 504 consid. 3.3 p. 507, 131 V 51 consid. 5.1.2 p. 53 et 125 V 146 consid. 5c/bb p. 157; ATF 9C_49/2008 du 28 juillet 2008 consid. 3.1-3.4 et I 156/04 du 13 décembre 2005 consid. 5.1.2; ATF 9C_790/2010 du 8 juillet 2011, consid. 3.2). c) La réponse apportée à la question de savoir à quel taux d'activité la personne assurée travaillerait sans atteinte à la santé dépend de l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles (ATF 130 V 393 consid. 3.3 p. 396 et les arrêts cités). Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré qui en tant que fait interne ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs (ATF I 693/06 du 20 décembre 2006, consid. 4.1; ATF 9C_667/2007 du 12 juin 2008, consid. 3.1). d) En l'espèce, il ressort du dossier que la recourante, qui ne parle pas le français, n'a suivi que quatre années d'école primaire, n'a aucune formation professionnelle et n'a jamais exercé d'activité lucrative. Par ailleurs, dans sa demande de prestations de l'assurance-invalidité de mai 2009, elle a indiqué que son activité principale était celle de femme au foyer et qu'elle n'avait pas d'activité accessoire, sans rien inscrire sous la rubrique «périodes de chômage», ni indiquer qu'elle aurait souhaité travailler sans les atteintes à sa santé. De plus, aucun des médecins consultés n'a signalé que la recourante aurait souhaité démarrer une activité lucrative. Il est significatif que le dossier – y compris celui communiqué par la Caisse de chômage UNIA – ne renferme aucun certificat médical d'arrêt de travail. S'il est vrai que la recourante s'est inscrite au chômage en avril 2007 pour une activité à plein temps, il n'est pas moins vrai qu'à cette époque, elle a non seulement tu le fait qu'elle s'estimait totalement incapable de travailler pour cause de maladie (depuis le 16 mars 2007, selon les informations fournies dans sa demande de prestations de l'assurance-invalidité) mais a indiqué, au contraire, qu'elle était médicalement apte à travailler à 100%, ce qui laisse accroire que l'objectif de son inscription au chômage était uniquement de percevoir des indemnités journalières et non de trouver un emploi. L'absence de la moindre preuve d'une quelconque recherche d'emploi dans le dossier de la Chambre de céans renforce cette idée. A cela s'ajoute

A/161/2010 - 16/18 - le fait que rien ne semblait justifier la prise d'un emploi, puisque la situation financière du ménage n'était pas obérée (elle ne bénéficiait pas de l'aide sociale) et qu'il n'était pas vraisemblable que son mari eût été en mesure d'assumer la garde des enfants et, surtout, l'entretien de ménage, sachant qu'il était partiellement invalide. La recourante n'a d'ailleurs jamais exposé les motifs qui auraient justifié une telle prise d'emploi. Dans ces conditions, la Chambre de céans considère que la recourante n'a pas réussi à démontrer, avec une vraisemblance prépondérante, que, sans les atteintes à sa santé, elle aurait entamé

une activité lucrative, alors que, précédemment, elle n'avait jamais travaillé. C'est donc à bon droit que l'intimé a retenu un statut d'assuré non actif.

E. 8

a) Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3096 et suivants de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI). Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2004 p. 136 consid. 5.3 et VSI 2001 p. 158 consid. 3c; ATFA non publié I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005). Divers facteurs - analogues à ceux applicables pour déterminer la force probante de certificats médicaux (ATF 125 V 352 consid 3 a) - doivent être pris en considération pour juger de la valeur probante d'un rapport d'enquête. Il est ainsi essentiel que celui-ci ait été établi par une personne qualifiée ayant connaissance de la situation locale et des limitations et handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221; ATFA non publié I 733/06 du 16 juillet 2007).

b) Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage, 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

A/161/2010 - 17/18 - 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. La surcharge de travail n'est pas déterminante pour le calcul de l'invalidité lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et par conséquent qu'elle a besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (ATFA non publié I 308/04 ainsi que I 309/04 du 14 janvier 2005 et ATFA non publié I 681/02 du 11 août 2003). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de

la personne assurée (ATFA non publié I 257/04 du 17 mars 2005, consid. 5.4.4). c) En fonction des conclusions du rapport d'expertise bidisciplinaire que l'intimé devra mettre en œuvre, il lui appartiendra de procéder à une enquête économique sur les activités ménagères de la recourante.

A/161/2010 - 18/18 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant A la forme :

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