

GE_GERICHTE ATAS/934/2016 vom 14. November 2016

GE Cour de justice, 2016-11-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_934_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/934/2016 du 14 novembre 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/934/2016 del 14 novembre 2016

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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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

A/2210/2015 - 12/21 - 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

La LPGA, entrée en force le 1er janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

E. 4

L'objet du litige porte sur la question de savoir si la recourante a droit à des prestations d'invalidité, étant précisé que par décision du 10 janvier 2012, entrée en force, ce droit lui a été nié.

E. 5

Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande [art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI ; RS 831.201)], elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu (ATF 117 V 198 consid. 3a). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6), c'est-à-dire comparer les circonstances existant lorsque la nouvelle décision est prise avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V 108; 130 V 71) pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5).

E. 6

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). 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 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle

A/2210/2015 - 13/21 - entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 7

a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, 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 (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). b. 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 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 125 V 351 consid. 3). c. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier 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; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que

les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). d. 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

A/2210/2015 - 14/21 - 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).

E. 8

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

E. 9

Enfin, 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 et les références). 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).

E. 10

a. En l'espèce, il convient d'examiner si la situation de la recourante a subi un changement important propre à influencer son degré d'invalidité, et donc son droit à des prestations. b. Dans le cadre de sa première décision, l'intimé avait retenu que les troubles visuels de la recourante (un œil droit voyant seulement les mouvements des mains et une acuité visuelle de l'œil gauche à 0.5) n'entraînaient pas d'incapacité de travail dans son activité habituelle. c. Suite à la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante le 20 mars 2013,

l'intimé a retenu, dans sa décision litigieuse du 21 mai 2015, qu'elle présentait

A/2210/2015 - 15/21 - depuis le mois d'octobre 2013, une aggravation de son état de santé et une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et à 50% dans une activité adaptée. L'intimé s'est basé sur les conclusions du Dr I_____, médecin auprès du SMR. Par avis du 11 décembre 2014, le Dr I_____ a estimé notamment que l'état de santé de la recourante s'était indéniablement aggravé en octobre 2013. La capacité de travail exigible n'était plus de 100% dans toute activité, en raison de la fatigue liée à une vision monoculaire qui était aussi réduite par ailleurs. En raison de la grande faiblesse de la vue, le SMR évaluait la capacité de travail dans une activité adaptée à 50%, l'activité de femme de ménage n'étant plus exigible. La chambre de céans est d'avis que les conclusions du Dr I_____ ne peuvent pas, en l'état, être retenues, ce pour les motifs qui suivent. Le Dr I_____ a retenu que c'est à compter du mois d'octobre 2013 que la recourante aurait présenté une aggravation de son état de santé et une incapacité de travail totale dans son activité habituelle. On relèvera déjà qu'aucun rapport versé à la procédure ne corrobore le fait que l'aggravation de l'état de santé et le début de l'incapacité de travail totale dans l'activité habituelle auraient eu lieu en octobre 2013. Comme l'avait d'ailleurs relevé le SMR lui-même dans son avis du 16 septembre 2014, le rapport du 19 février 2013 du Dr G_____ – qui se référait à un examen effectué le 15 janvier 2013 - faisait à l'évidence déjà état d'une aggravation de l'état de santé de la recourante par rapport à l'avis du SMR du 4 janvier 2012. En retenant une aggravation et une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle à compter d'octobre 2013 seulement, force est de constater que le Dr - I_____ a posé de nouvelles conclusions en contradiction avec les rapports du Dr G_____ (des 9 février 2013 et 6 janvier 2014) et avec l'avis du SMR (du 16 septembre 2014). Cela étant, s'il est admis que la recourante a présenté une aggravation de son état de santé et une péjoration de sa capacité de travail postérieurement à la décision initiale du 10 janvier 2012, force est toutefois de constater qu'aucun rapport versé à la procédure ne permet d'établir à quand remonte l'aggravation précitée et l'incapacité de travail déterminante dans l'activité habituelle. En effet, les rapports établis par les Drs G_____, H_____ ou D_____ ne l'indiquent pas. Par ailleurs, s'agissant de la capacité de travail résiduelle de la recourante, le Dr - I_____ l'a estimée à 50% à compter d'octobre 2013 dans une activité évitant les efforts physiques, les risques traumatiques et respectant la grave faiblesse de la vue. Si le Dr H_____ a certes indiqué que le taux de travail serait d'environ 50%, il n'en demeure pas moins que ni ce médecin, ni aucun autre spécialiste ne s'est déterminé sur la date à partir de laquelle une telle capacité de travail serait exigible. Au demeurant, le SMR a retenu à cet égard le mois d'octobre 2013, alors qu'il s'agit du

A/2210/2015 - 16/21 - mois au cours duquel la recourante a subi une opération entraînant une incapacité de travail pour une période de quelques semaines (rapport du Dr H_____ du 29 octobre 2013). Qui plus est, le SMR n'a pas non plus instruit la question d'une baisse éventuelle de rendement dans l'exercice d'une activité adaptée, alors même que le Dr G_____ a signalé qu'en raison de l'affection ophtalmologique massive, la recourante était dans l'impossibilité d'avoir un véritable rendement dans le cadre de mesures de réadaptation professionnelles (rapport du 6 janvier 2014, chiffre 1.8). De surcroît, s'agissant des limitations fonctionnelles, contrairement à ce qu'a retenu le SMR, il apparaît que la recourante ne pourrait exercer des activités qu'en position assise et sans se pencher (rapport du Dr D_____ du 27 février 2014) et qu'elle présenterait en outre des limitations de ses capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance (rapport du Dr

G_____ du 6 janvier 2014). Pour ces motifs, les conclusions du SMR concernant la capacité de travail résiduelle de la recourante ne peuvent pas non plus être confirmées. A défaut d'informations fiables et suffisantes sur l'aggravation de l'état de santé de la recourante, le début de l'incapacité de travail déterminante, les limitations fonctionnelles que les troubles dont souffre la recourante entraînent, le taux de sa capacité de travail dans une activité adaptée, l'existence d'une baisse éventuelle de rendement et depuis quelle date cette activité serait exigible, la chambre de céans n'est pas en mesure d'apprécier de manière adéquate la situation médicale de la recourante. Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction médicale complémentaire, sous la forme d'une expertise effectuée par un médecin indépendant. Les conditions jurisprudentielles d'un renvoi à l'administration sont d'autant plus remplies qu'aucune expertise n'a été mise en œuvre par l'intimé. Le cas échéant, il conviendra de soumettre ensuite la recourante à un stage d'orientation professionnelle pour déterminer notamment le type d'activités qui serait adapté à ses troubles.

E. 11

a. Il convient encore d'examiner le statut de la recourante, celle-ci faisant valoir un statut d'actif alors que l'intimé a retenu un statut mixte (45% dans l'activité lucrative et 55% dans l'activité ménagère). b. 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

A/2210/2015 - 17/21 - mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra 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 étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'intimée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b). Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il convient par conséquent non pas de se demander ce qui peut être exigé de la personne assurée, mais ce qu'elle ferait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 137 V 477 consid. 6.3 p. 486 et les références; voir également arrêt 9C_27/2012 du 13 décembre 2012 consid. 3, in SVR 2013 IV n° 18 p. 48). 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 la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 15 consid. 3.1; ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références). c. En l'occurrence, l'intimé a retenu que la recourante a un statut mixte au motif notamment qu'en 2009, elle exerçait une activité à temps partiel et qu'elle a déclaré le 24 novembre 2010, après la naissance de son enfant, qu'un travail à 50% correspondrait à son choix personnel et à sa zone de confort. La chambre de céans constate que l'intimé a examiné la question du statut de la recourante comme s'il s'agissait de se prononcer sur une demande initiale de prestations. Ce faisant, il a perdu de vue qu'il avait déjà statué, par décision du 10 janvier 2012, sur la première demande de la recourante, en retenant un statut mixte (50/50). Il convient donc d'examiner si la recourante doit continuer à être considérée comme une personne exerçant une activité à temps partiel. Si l'on compare les circonstances déterminantes pour la question du statut de la recourante qui prévalaient à la date de la première décision (du 10 janvier 2012), et qui ont conduit l'intimé à considérer la recourante comme une personne ayant un statut mixte, avec celles existant au moment du second prononcé (le 21 mai 2015), on constate que les

A/2210/2015 - 18/21 - éléments nouveaux pour la période ici en cause, postérieure à la décision du 10 janvier 2012, est la volonté exprimée par la recourante quant à son statut et le fait que sa fille, âgée de 5 ans, est désormais scolarisée. S'agissant de son statut, la recourante a déclaré lors de l'enquête ménagère du 9 mars 2015, que sans problème de santé, elle aurait travaillé à 100% et aurait inscrit sa fille au parascolaire (rapport d'enquête ménagère du 17 mars 2015, point 2.2.). Lors de son audition par-devant la chambre de céans, la recourante a expliqué avoir toujours travaillé à 100% quand elle l'avait pu. Elle pensait que la maternité était compatible avec une activité à plein temps, grâce aux crèches et au parascolaire. Son mari avait également trouvé un emploi avec des horaires lui permettant de prendre en charge leur fille après l'école. La recourante a également expliqué qu'il lui était difficile de devoir totalement se reposer sur son mari et le laisser supporter la totalité des ressources du ménage. Par ailleurs, dans son tempérament, elle ressentait aussi le besoin d'être indépendante financièrement de son mari, raison pour laquelle elle avait toujours souhaité travailler à 100%. La chambre de céans est d'avis que les circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles permettent d'admettre, au degré de vraisemblance prépondérante requis, qu'à la date déterminante de la décision litigieuse, la recourante - si son état de santé le lui avait permis - travaillerait à plein temps, et ce pour les motifs qui suivent. Il résulte de l'instruction menée par la chambre de céans que la recourante, dès son arrivée en Suisse, a travaillé à plein temps de 2003 à fin 2008. Certes, la recourante a-t-elle, dès janvier 2009, travaillé à temps partiel. Elle a toutefois toujours expliqué que son intention était de travailler à plein temps, mais qu'elle n'avait pas trouvé de poste à ce taux (rapport d'évaluation du 24 novembre 2010, rapport d'enquête ménagère du 17 mars 2015, courrier du 27 avril 2015, recours du 26 juin 2015, écriture du 14 septembre 2015 et procès-verbal de comparution personnelle du

E. 14

Représentée par un mandataire, la recourante, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité de CHF 3'000.- à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet

1986 [RFPA - E 5 10.03]).

E. 15

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (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/2210/2015 - 21/21 - 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.