

GE_GERICHTE A/30/2010 vom 25. Februar 2010

GE Cour de justice, 2010-02-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_30_2010

FR: GE_GERICHTE A/30/2010 du 25 février 2010

IT: GE_GERICHTE A/30/2010 del 25 febbraio 2010

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 25.02.2010
A/30/2010

A/30/2010 ATAS/191/2010 du 25.02.2010 (AI) , PARTIELMNT ADMIS En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/30/2010
ATAS/191/2010 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES
Chambre 3 du 25 février 2010 En la cause Madame M _____, domiciliée au
LIGNON, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Patrick UDRY
recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Madame M _____, née en
1955, d'origine péruvienne, n'ayant jamais exercé d'activité lucrative en Suisse mais ayant
exercé une activité d'auxiliaire de santé durant plusieurs années au Pérou, a déposé en date
du 20 juin 2008 une demande de rente auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après
OAI) en invoquant une polyarthrite rhumatoïde, une allergie aux pollens, de l'asthme et de
l'hypertension. L'OAI a adressé l'assurée au Dr A _____, spécialiste FMH en
rhumatologie et médecine interne. Ce médecin a rendu en date du 23 février 2008 un
rapport, basé sur l'examen de l'assurée, son dossier radiologique et le dossier de l'OAI. Le
médecin a retenu le diagnostic de polyarthralgies diffuses migrantes et fluctuantes sur
syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent (fibromyalgie). Il y a ajouté ceux de
lombo-pygialgies et cervico-brachialgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou
déficiente (discopathie C5-C6 modérée). Il a également mentionné les diagnostics de status
post-hystérectomie en 2002, de status post-kystectomie ovarienne en 2003 et d'asthme
allergique, mais en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail de
l'assurée. L'expert a relevé les limitations fonctionnelles suivantes : éviter les longs bras de
leviers, le port de charge de plus de 5 kilos de façon répétitive et les positions statiques. Il
en a tiré la conclusion que l'assurée pourrait exercer son activité antérieure d'auxiliaire de
santé à raison de 60 ou 70% et qu'elle pourrait exercer à plein temps une activité adaptée.
Le médecin a précisé que la diminution de rendement remontait à octobre 2006 - date des
premières consultations aux HUG pour des douleurs poly-articulaires - mais qu'aucun
traitement physiothérapeutique, balnéothérapeutique ou médicamenteux n'avait été
prodigué, ce qui aurait probablement pu améliorer la situation. Selon le médecin, des
mesures de réadaptation seraient envisageables ; une activité adaptée devrait permettre à
l'assurée d'alterner les positions assise et debout et d'éviter le port de charges supérieures à
5 kilos. Le Dr A _____ a ajouté que l'intelligence et la maîtrise du français de
l'assurée constituaient des facteurs de bons pronostics mais qu'en revanche, la diminution
de son seuil de tolérance à la douleur et sa conviction d'être victime d'une invalidité de
longue durée constituaient des facteurs de mauvais pronostic. Eu égard au diagnostic de
fibromyalgie retenu, l'OAI a adressé l'assurée à la Dresse B _____, spécialiste FMH
en psychiatrie et médecin auprès du Service médical régional (SMR). Cette dernière a rendu

son rapport en date du 17 avril 2009, sur la base d'un examen durant lequel l'assurée a été assistée d'un traducteur de langue espagnol. La Dresse B _____ n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique ayant répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. En revanche, elle a mentionné une dyspnée sévère attribuée à un asthme visiblement non stabilisé, souligné que l'atteinte pulmonaire dont souffrait l'assurée prédominait et préconisé une instruction supplémentaire sur ce plan, par un spécialiste. Le 12 octobre 2009, un projet de décision a été adressé à l'assurée dont il ressortait que l'office se proposait de rejeter sa demande de prestations. Le 17 novembre 2009, une décision a été formellement rendue en ce sens. L'OAI a considéré que l'assurée devait être qualifiée d'active à 50%, les 50 autres pourcents étant consacrés à ses activités ménagères. Retenant qu'elle disposait encore d'une capacité de travail de 60% dans son activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée, l'OAI en a tiré la conclusion que, même dans son activité précédente, l'assurée ne subissait aucune perte de gain. Quant aux empêchements rencontrés dans la sphère ménagère, il a estimé qu'une enquête à domicile ne se justifiait pas car même si l'on admettait des empêchements de l'ordre de 40% - c'est-à-dire équivalents à l'incapacité de travail -, le degré d'invalidité global ainsi obtenu ne serait pas suffisant pour ouvrir droit à une rente. L'assurée, par écriture du 5 janvier 2009, a interjeté recours auprès du Tribunal de céans, en concluant principalement à ce que le dossier soit renvoyé à l'office pour mise en œuvre d'une expertise ayant pour objet de déterminer les répercussions de ses allergies et de son asthme sur sa capacité de travail, avec suite de frais et dépens. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 4 février 2010, après consultation du SMR, a admis la nécessité d'interroger le médecin traitant de la recourante d'une part, son allergologue ou pneumologue, d'autre part. La recourante, par écriture du 10 février 2010, a relevé que le SMR avait admis que c'était à tort et contrairement aux conseils de la Dresse B _____ que ses problèmes d'asthme n'avaient pas été investigués de manière plus approfondie et a persisté dans ses conclusions visant au renvoi de la cause à l'office pour complément d'instruction avec suite de frais et dépens. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ; E 2 05), 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; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003 a entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. 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 (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). Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si les atteintes à la santé de la recourante entraînent une perte de gain susceptible de lui

ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). 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 entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). 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). 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, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, 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. 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; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158

consid. 1 in fine). L'autorité administrative doit constater d'office les faits déterminants, c'est-à-dire toutes les circonstances dont dépend l'application des règles de droit (ATF 117 V 261 consid. 3 p. 263; T. LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Bern 1994, t. 1, p. 438). Elle est ainsi tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure, et qu'en particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier des aspects médicaux (ATF 117 V 282 consid. 4a p. 283; RAMA 1985 p. 240 consid.4; LOCHER loc. cit.). De son côté, le juge qui considère que les faits ne sont pas suffisamment élucidés peut renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction ou procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (RAMA 1993 p. 136). En matière d'assurance-invalidité, la première solution est en principe préférée (ATFA I 431/02 du 8 novembre 2002). En l'espèce, il apparaît manifeste que des investigations médicales complémentaires sont nécessaires sur le plan pulmonaire, ainsi que l'on relevé tant la Dresse B _____ que la Dresse C _____, pour déterminer quelles sont les atteintes à la santé de l'assurée et leurs éventuelles répercussions sur sa capacité de travail. Des investigations supplémentaires ont été préconisées par le SMR et accueillies favorablement par la recourante. La cause n'étant, de l'avis du Tribunal de céans comme des parties, pas suffisamment instruite pour permettre de se déterminer en connaissance de cause, il convient d'admettre partiellement le recours et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire puis nouvelle décision. Il est rappelé que le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens ainsi que de ceux de son mandataire. Or, tel est le cas en l'espèce dès lors qu'il est avéré que l'instruction du dossier nécessite d'être complétée. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement au sens des considérants. Annule la décision du 17 novembre 2009. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de 1'000 fr. à titre de dépens. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la Loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Isabelle CASTILLO La présidente Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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