

GE_GERICHTE A/3853/2023 vom 7. Oktober 2024

GE Cour de justice, 2024-10-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3853_2023

FR: GE_GERICHTE A/3853/2023 du 7 octobre 2024

IT: GE_GERICHTE A/3853/2023 del 7 ottobre 2024

Erwägungen

E. 1.1

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. 1.2

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

E. 2

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur son statut, étant relevé que l'intimé estime que le trois quarts de rente d'invalidité alloué du 1^{er} septembre 2021 au 31 mars 2023 n'est finalement pas dû.

E. 3

Le 1^{er} janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705). En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est, en principe, celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence). Selon les dispositions transitoires de la modification de la LAI du 19 juin 2020, pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui avaient au moins 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, l'ancien droit reste applicable (let. c). En l'occurrence, l'assurée était âgée de plus de 55 ans au 1^{er} janvier 2022 et son droit à la rente, dont le bien-fondé doit être examiné, est né avant cette date, soit le 1^{er} septembre 2021, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

E. 3.1

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 1^{er} janvier 2008).

E. 3.2

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.

E. 3.3

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 et art. 28a al. 1 LAI ; 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. 3.4

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 144 I 28 consid. 2.3 ; 137 V 334 consid. 3.2 ; 117 V 194 consid. 3b ; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, 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). 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 144 I 28 consid. 2.3 et les références ; 141 V 15 consid. 3.1 ; 137 V 334 consid. 3.2 ; 125 V 146

consid. 2c et les références).

E. 4.1

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 (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. À 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 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.

E. 4.2

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).

E. 4.3

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 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

E. 4.4

On ajoutera qu'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) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 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 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

E. 4.5

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, 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. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

E. 5

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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 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. 6

En l'espèce, l'intimé a retenu un statut mixte de la recourante, 60% active et 40% ménagère, ainsi qu'une capacité de travail de celle-ci nulle dans toute activité du 11 avril au 30 septembre 2018, de 60% du 1^{er} octobre 2018 au 31 mai 2019 et de 80% du 1^{er} juin 2019 au 23 juin 2020. Dès le 24 juin 2020, la capacité de travail est nulle dans l'activité habituelle et de 70% dans une activité adaptée.

E. 6.1

L'intimé a considéré que, sans atteinte à la santé, la recourante exercerait une activité à temps partiel. Il s'est basé pour cela sur l'enquête ménagère du 11 avril 2023, dont le rapport mentionne que la recourante a toujours exercé des activités à temps partiel, qu'elle estimait que depuis qu'elle était jeune elle n'avait jamais été en mesure d'envisager un taux d'activité supérieur à 60%, ce taux d'activité étant difficile à tenir en raison de ses problèmes de santé existant depuis de nombreuses années. Quant à la recourante, elle allègue que, sans atteinte à la santé, elle aurait exercé une activité à 100%.

E. 6.2

En l'occurrence, l'examen des éléments au dossier permet de retenir un statut d'active de la recourante. L'intimé s'est fondé sur le taux d'activité effectivement exercé par la recourante jusqu'en 2018 pour conclure qu'il correspondait à celui qu'elle aurait continué d'exercer sans atteinte à la santé. Ce taux de 60% correspond au taux effectivement exercé par la recourante, à tout le moins durant les dernières années avant la survenance de son incapacité de travail totale. Toutefois, l'intimé n'a, à tort, pas analysé le statut de la recourante en tenant compte de la volonté hypothétique de la recourante si l'atteinte à sa santé n'était pas survenue. Les considérations du rapport d'enquête relatives au choix du statut mixte ne sont pas convaincantes. Le fait que la recourante, selon ses dires, n'avait jamais été en mesure d'envisager un taux plus élevé que 60% en raison de ses problèmes de santé qui existaient depuis de nombreuses années, témoigne non pas de la volonté de la recourante d'exercer une activité à taux partiel mais de l'impossibilité d'augmenter ce taux pour des raisons de santé. Les éléments retenus par l'intimé relèvent d'un procédé visant à entériner la situation effective, ce qui est contraire à l'évaluation hypothétique exigée sous l'angle juridique (à cet égard arrêt du Tribunal fédéral 8C_604/2023 du 20 juin 2024). Lors de l'audience de comparution personnelle, la recourante a précisé qu'elle avait travaillé à 100% lors de sa première année de travail en 1985 puis qu'elle avait diminué son taux à hauteur de 50% en raison de son état de santé, avant de stopper toute activité lors de la venue au monde de sa fille aînée en 1988, suivie de celle de son fils cadet en 1993 ; de 1995 à 2001, alors qu'elle assumait seule ses deux enfants en bas-âge et que son état de santé n'était pas bon, elle avait tenté de reprendre une activité à un taux de 50% mais avait dû à nouveau totalement arrêter de travailler en 2001, en raison d'un burnout ; elle aurait voulu faire une formation d'art-thérapeute et ensuite travailler dans ce domaine mais n'avait pas eu la force de la débiter en raison de sa santé ; depuis 2010, la recourante avait commencé à travailler auprès de la B_____, tout d'abord comme remplaçante, puis à un taux de 60% dès 2013, précisant que son employeur souhaitait qu'elle travaille à plein temps, ce qu'elle aurait voulu, mais que cela n'était pas possible en raison de son état de santé. À cet égard, l'expertise des Drs H_____ et I_____ relève que la recourante a effectivement présenté depuis son enfance des problèmes de santé, notamment d'infections fréquentes et d'insomnie et que suite à une chute sur la nuque à quinze ans, soit en 1978, elle a présenté des épisodes récidivants de douleurs cervicales et de migraines, étant rappelé que son incapacité de travail est précisément et principalement motivée par des problèmes vertébraux, en particulier localisés à la colonne cervicale (expertise du 18 janvier 2023, pp. 6 et 10). La demande de consultation en rhumatologie du 21 juin 2016 du Dr R_____, la lettre de fin de traitement du 28 juillet 2016 du Dr P_____, le rapport médical du 5 février 2021 du Dr D_____ et le rapport médical du 22 juillet 2022 de la Dre F_____ font tous état des douleurs cervicales de la recourante remontant à son accident ayant eu lieu à l'adolescence. Par ailleurs, le rapport médical du 23 novembre 2001 des Drs U_____ et T_____, le rapport de consultation de rhumatologie du 9 septembre 2003 du Dr S_____,

le rapport d'IRM cérébrale du 21 juin 2016 du Dr Q_____, le rapport du 25 février 2020 de C_____, le rapport du 22 juillet 2022 de la Dre F_____ et l'attestation médicale du 26 avril 2024 du Dr O_____, qui atteste suivre la recourante depuis 2001, font tous état de céphalées. Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que la recourante a tout d'abord commencé à travailler à 100% en 1985, démontrant sa volonté d'exercer une activité lucrative à plein temps, mais qu'elle n'a pu travailler à ce taux que peu de temps en raison de ses problèmes de santé déjà présents. En raison de ces derniers, elle a donc été contrainte de diminuer son taux de travail en 1986. En sus de son état de santé, la situation familiale de la recourante (telle qu'attestée à la page 1 du rapport du 25 février 2020 de C_____, à la question 2 du rapport médical du 11 avril 2022 de la Dre E_____ et dans l'expertise du 18 janvier 2023 des Drs H_____ et I_____ pp. 12, 28, 30 et 31) a par la suite également eu un impact sur le taux de travail qu'elle a pu exercer. En 1988, au cours de la même année, la recourante a perdu sa mère d'une maladie fulgurante et mis au monde sa fille aînée. Son fils cadet est né en 1993. L'année suivante, en 1994, elle s'est séparée de son mari, dépendant de l'alcool et des drogues, et a assumé par la suite sans lui leurs deux enfants. L'année d'après encore, en 1995, le père de la recourante a subi un grave accident qui l'a plongé dans le coma plus d'un mois et l'a laissé, à vie, lourdement handicapé et dont elle a alors dû s'occuper. En 2000, le père de ses enfants est décédé. Alors qu'elle avait tenté de recommencer à travailler en 2001, ce qui témoigne de sa volonté de s'insérer sur le marché de l'emploi, la recourante a dû arrêter en raison d'un burnout. Au vu de sa constellation familiale difficile, ce n'est qu'en 2010, alors que son enfant cadet allait sur sa majorité, qu'elle a pu reprendre une activité lucrative, cependant à un taux partiel de 60% en raison de son état de santé, dès lors que son employeur lui proposait un plein temps. Il apparaît ainsi que les déclarations de la recourante selon lesquelles elle aurait, sans atteinte à la santé, exercé une activité lucrative à plein temps environ dès l'année 2010, mais que des problèmes de santé l'en avaient empêchée, sont corroborées par les pièces du dossier, dont les expertises des Drs H_____ et I_____ et l'avis des médecins précités. Elles sont également cohérentes avec la situation familiale et économique de la recourante, laquelle avait deux enfants à charge et ne vivait qu'avec le seul salaire de son second mari (actuellement de CHF 5'400.- brut selon l'audience de comparution personnelle). Par ailleurs, la recourante, en suivant des cours de diverses pratiques artistiques, de médiation artistique, de pratique sociale, d'accompagnement socio-professionnel et d'art-thérapie, a montré qu'elle entendait se réinsérer dans le monde du travail.

E. 6.3

Pour ces motifs, au degré de la vraisemblance prépondérante, le statut d'active à 100% doit être reconnu à la recourante depuis l'année 2010.

E. 7

Le taux de capacité de travail retenu par l'intimé, fondé sur l'expertise du G_____, n'est pas contesté, soit une capacité de travail dans toute activité nulle d'avril à septembre 2018, de 60% d'octobre à mai 2019, de 80% de juin 2019 au 23 juin 2020 et de 70% dans une activité adaptée dès le 24 juin 2020. Au vu du dépôt de la demande de prestations le 23 mars 2021, le degré d'invalidité a été calculé par l'intimé en 2021 et fixé à un taux de 62%. Le revenu sans invalidité retenu par l'intimé est de CHF 84'138.- (pour un taux de 100%) et le revenu d'invalidité de CHF 32'023.- (selon l'ESS 2020, pour une durée hebdomadaire de travail de 41,7 heures, à un taux de 70%, avec un abattement de 15%, en raison de l'âge et des années de service). Ce taux n'est pas contesté. Compte tenu du dépôt de la demande de

prestations le 23 mars 2021, le droit à la rente ne peut, conformément au calcul de l'intimé, prendre naissance que six mois plus tard, soit dès le 1^{er} septembre 2021 (art. 29 LAI). À cette date, le degré d'invalidité est de 62%, lequel ouvre le droit à un trois quarts de rente d'invalidité. La recourante a ainsi droit à un trois quarts de rente d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2021.

E. 8

Partant, le recours sera admis et la décision litigieuse annulée. Il sera dit que la recourante a droit à un trois quarts de rente d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2021. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (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]). Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI). **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.