

GE_GERICHTE ATAS/1159/2008 vom 15. Oktober 2008

GE Cour de justice, 2008-10-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1159_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/1159/2008 du 15 octobre 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/1159/2008 del 15 ottobre 2008

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'occurrence, dès lors que les faits déterminants se sont produits après le 1er janvier 2003, tant les règles matérielles que de procédure de la LPGA s'appliquent.

E. 3

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

E. 4

Le litige porte sur le degré d'invalidité de la recourante et, par conséquent, sur le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

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). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité propre à ouvrir un droit aux prestations entrant en considération.

A/3119/2007 - 8/12 - 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 (art. 7 LPGA). 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. 28 al. 2 LAI). En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins. Dès le 1er janvier 2004, 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. 6

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. 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).

Le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves (art. 61 let. c LPGA). Toutefois, si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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 352 consid. 3a).

Enfin, s'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence

A/3119/2007 - 9/12 - accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

E. 7

En l'espèce, il résulte du dossier médical que la recourante présente des lombosciatalgies et cervicobrachialgies suite à une chute de sa hauteur survenue en mai 2004. Les examens radiologiques ont permis d'exclure une hernie discale. En raison des limitations fonctionnelles, tous les médecins s'accordent à dire que la recourante ne peut plus exercer son activité d'aide-hospitalière. En revanche, s'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, les appréciations sont contradictoires. Selon le médecin traitant et la Dresse D_____, la recourante ne peut plus exercer une activité, aussi légère soit-elle, en raison des douleurs importantes, traitées par des antalgiques puissants. Le rhumatologue du SMR estime quant à lui que la

recourante est en mesure d'exercer une activité légère, respectant les limitations fonctionnelles, à plein temps sans diminution de rendement, dès le 1er septembre 2004, soit trois mois après la chute. Au vu de ces divergences, le Tribunal de céans a ordonné une expertise rhumatologique par le Dr F_____. Dans son rapport du 23 mai 2008, l'expert a diagnostiqué des dorsolombalgies chroniques sur une discopathie L5-S1, péjorées par un surpoids, entraînant des limitations fonctionnelles en ce qui concerne le port et le soulèvement de charges de plus de 10 kg, les positions prolongées en flexion du rachis ou la position debout prolongée. La recourante doit avoir la possibilité de changer fréquemment de position. L'expert a évoqué une majoration des symptômes qui pourrait être intégrée dans un diagnostic de trouble somatoforme douloureux, mais il n'a pu le retenir, n'étant psychiatre et n'ayant pas les éléments cliniques pour l'étayer. Le Tribunal de céans relève à cet égard que selon le dossier, le Dr B_____ a certes mentionné un état dépressif en 2005 et 2006, qui n'a toute fois pas nécessité de traitement médicamenteux ni de consultation spécialisée. Un état dépressif n'a en revanche pas été évoqué par la Dresse D_____, le SMR, ni même par l'expert. En outre, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux n'a pas été retenu par les autres rhumatologues. En conséquence, il n'y a pas lieu de mettre sur pied une expertise psychiatrique. En tenant compte des limitations fonctionnelles, l'expert a conclu à une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée dès le 1er septembre 2004, soit trois mois après l'accident. L'expertise du Dr F_____ remplit tous les réquisits exigés par la jurisprudence permettant de lui attribuer pleine valeur probante. L'expert a procédé à un examen complet, effectué une anamnèse détaillée et ordonné des examens complémentaires,

A/3119/2007 - 10/12 - notamment radiologiques. Ses conclusions, fondées sur l'ensemble du dossier médical, sont claires et bien motivées et rejoignent celles émises par le SMR. Les critiques émises par la Dresse D_____ ne permettent pas au Tribunal de céans de s'écarter de l'appréciation faite par l'expert. Reste à déterminer quel est le degré d'invalidité de la recourante.

E. 8

L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est égal ou supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4). Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. 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 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30

consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa). 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 223 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap,

A/3119/2007 - 11/12 - âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé.

E. 9

La recourante n'exerce plus d'activité lucrative. Il convient en conséquence pour déterminer le revenu d'invalidé de se fonder sur les données statistiques, soit sur le revenu auquel peuvent prétendre les femmes dans des activités simples et répétitives en 2005, année d'ouverture d'ouverture du droit éventuel à rente. Ce revenu s'élève à 3'893 fr. en 2004, pour 40 heures de travail hebdomadaires (cf. Tables ESS 2004, tableau TA1, niveau 4.). Réactualisé à 2005 (indice 2115) pour 41,6 heures de travail hebdomadaire, le revenu d'invalidé s'élève à 45'162 fr. S'agissant du revenu de valide, il s'élève à 50'174 fr. par an en 2005, selon les renseignements communiqués par l'employeur, montant que la recourante ne conteste pas. Après comparaison des revenus, le degré d'invalidité est de 9,99 %, arrondi à 10 %, insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité ou à des mesures professionnelles.

E. 10

Mal fondé, le recours est rejeté.

A/3119/2007 - 12/12 -