

GE_GERICHTE ATAS/1183/2008 vom 22. Oktober 2008

GE Cour de justice, 2008-10-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1183_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/1183/2008 du 22 octobre 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/1183/2008 del 22 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). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

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 son 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. 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-A/1555/2008 - 6/9 - 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 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, la recourante souffre d'un syndrome vertébral chronique, sans anomalie de la structure osseuse ni de pathologies décelables aux radiographies et à l'IRM. Selon le médecin traitant, la capacité de travail est de 50 % dans une activité adaptée permettant de varier les positions et en évitant le port de charges, dès le 1er mai 2006 au plus tôt. Il a précisé que l'état dépressif est sans influence sur la capacité de travail.

A/1555/2008 - 7/9 - Le Dr E _____, du SMR, a retenu au titre des diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail des rachialgies diffuses dans le cadre de troubles dégénératifs avec hernie discale C4-C5. La patiente présente les limitations fonctionnelles suivantes : elle doit pouvoir alterner deux fois par heures la position assise et debout, éviter de soulever régulièrement des charges supérieures à 5 kg ou porter des charges supérieures à

10 kilos et le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Compte tenu de ces limitations, la capacité de travail est nulle dans l'activité de femme de chambre, de 50 % depuis le 26 septembre 2005 dans une activité d'auxiliaire de crèche devant soulever des bébés et complète depuis toujours dans une activité strictement adaptée. Le Tribunal de céans constate que les limitations fonctionnelles décrites par le Dr E_____ sont semblables à celles relevées par le Dr A_____ et les HUG lors du stage effectué par la recourante dans leur atelier de réadaptation préprofessionnelle. En revanche, l'appréciation du Dr E_____ diverge de celle du médecin traitant s'agissant de la capacité de travail résiduelle. Il convient de relever à cet égard, qu'à la différence du médecin traitant, le Dr E_____ a eu connaissance de l'intégralité du dossier de la recourante. Pour le surplus, son rapport se fonde sur un examen de l'assurée, il comporte une anamnèse personnelle et professionnelle complète, il a pris en compte les plaintes de l'assurée et posé des diagnostics précis. Enfin, ses conclusions sont claires et bien motivées. Son rapport remplit ainsi tous les réquisits exigés par la jurisprudence pour lui conférer pleine valeur probante, de sorte que le Tribunal n'a aucun motif de s'en écarter, ce d'autant que la recourante ne produit au demeurant aucun document qui viendrait contredire le rapport du SMR. Il convient dès lors d'admettre que la capacité de travail de la recourante est entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles.

E. 8

Reste à déterminer le degré d'invalidité de la recourante. Compte tenu du fait que la recourante est séparée, quelle a la garde de son fils mineur et qu'elle est aidée par l'Hospice général, c'est à juste titre que l'intimé a retenu le statut d'active. S'agissant du revenu d'invalidité, lorsque comme en l'occurrence, l'assurée n'a pas repris d'activité lucrative, il convient 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, 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

A/1555/2008 - 8/9 - permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). En l'occurrence, le salaire déterminant en 2006 est celui auquel peuvent prétendre les femmes dans des activités simples et répétitives, de niveau 4 (ESS, 2006, TA1), soit 4'019 fr. pour 40 heures de travail hebdomadaire, et 4'190 fr. pour 41,7 heures de travail par semaine, selon la durée normale de travail dans les entreprises en 2006, soit 50'278 fr. par an. L'intimé a procédé à un abattement de 10 % afin de tenir compte des limitations, de la nationalité et du permis, sur lequel il n'y a pas lieu de revenir. Le revenu d'invalidité s'élève ainsi à 50'278 fr. par année. Quant au revenu sans invalidité, étant donné que la recourante n'a que très peu travaillé depuis son retour en Suisse, l'intimé s'est fondé sur le revenu que peut obtenir une femme travaillant dans le domaine de l'hôtellerie-restauration, de l'économie domestique (ESS 2006, TA7 ligne 37), de niveau 4, soit 46'650 fr. par an. Après comparaison des gains, le degré d'invalidité s'élève à 3 %. Le Tribunal de céans constate que le calcul du degré d'invalidité effectué par l'intimé ne prête pas le flanc à la critique. Il s'ensuit que la recourante ne peut prétendre à des prestations de l'assurance- invalidité. Reste réservé un éventuel droit au placement, comme l'intimé le lui a indiqué, sur demande écrite et motivée

de sa part.

E. 9

Mal fondé, le recours est rejeté.

E. 10

Au vu de l'issue de la procédure, un émolument de 200 fr. est mis à la charge de la recourante, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI).

A/1555/2008 - 9/9 -

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