

GE_GERICHTE ATAS/257/2022 vom 21. März 2022

GE Cour de justice, 2022-03-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_257_2022

FR: GE_GERICHTE ATAS/257/2022 du 21 mars 2022

IT: GE_GERICHTE ATAS/257/2022 del 21 marzo 2022

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), 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. 2

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

E. 3

Le 1er janvier 2021, est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA.

E. 3.1

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b ; ATF 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

E. 3.2

Déposé après le 1er janvier 2021, le recours sera donc traité sous l'angle du nouveau droit de la LPGA (cf. ATAS/360/2021 du 15 avril 2021 consid. 3).

E. 4

Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

E. 4.1

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

E. 4.2

En l'occurrence, la décision querellée (du 12 février 2021) a été rendue antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur

ancienne teneur.

A/949/2021 - 4/11 -

E. 5

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 et 60 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA ; art. 89B LPA) et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

E. 6

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité et à une mesure de réadaptation professionnelle.

E. 7

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, mentale ou psychique 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).

E. 8

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. 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). 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 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. 9

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

A/949/2021 - 5/11 - l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

E. 10

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).

E. 10.1

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. 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 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

E. 10.2

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. 10.2.1

Ainsi, 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 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201] ; 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

A/949/2021 - 6/11 - quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; ATF 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. 10.2.2

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 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 11

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. 12

février 2021 (rapport du 12 novembre 2019 précité). Toutefois, en tant qu'elles entraînent, selon le médecin traitant, une restriction fonctionnelle plus importante à compter seulement du 30 mars 2021, soit postérieurement à la décision dont est recours, la chambre de céans ne peut pas en tenir compte dans la présente procédure. En effet, de jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 130 V 130 consid. 2.1). Il est donc loisible à

A/949/2021 - 8/11 - la recourante de déposer auprès de l'intimé une nouvelle demande de prestations concernant l'éventuelle péjoration de son état de santé.

E. 12.1

Dans son rapport du 30 septembre 2019, la docteure C_____, spécialiste FMH en néphrologie, retient une insuffisance rénale chronique ayant bien évolué sous traitement depuis que le diagnostic a été posé en 2014, sans incidence actuellement sur la capacité de travail de la recourante. Dans son rapport du 12 novembre 2019, le Prof. B_____ mentionne que sa patiente souffre d'une maladie lupique avec glomérulonéphrite extra-membraneuse depuis janvier 2014, stable depuis le 21 novembre 2018 grâce au traitement. Celle-ci présente également des arthralgies minimales au niveau des mains et des genoux sans myalgie, une photosensibilité, une dyspnée de stade NYHA I stable, des céphalées de tension occasionnelles répondant au Dafalgan, ainsi qu'une suspicion de tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche depuis 2017.

A/949/2021 - 7/11 - Dans un questionnaire reçu par l'intimé le 22 novembre 2019, le Prof. B_____, après avoir rappelé les atteintes mises en évidence dans son rapport précité (à l'exception de celle affectant l'épaule gauche), estime que la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle est de « - 20 % ». À la demande de l'intimé, dans son rapport du 8 juillet 2020, le Prof. B_____ confirme que, dans ce questionnaire, il a reconnu une capacité de travail de 80 %. Fort de ce qui précède, dans son avis du 30 juillet 2020, le SMR conclut que la capacité de travail de la recourante est de 80 % dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles d'épargne de l'épaule gauche (sans travail avec le bras gauche au-dessus de la ligne des épaules, sans port de charges supérieures à 5 kg, sans manutention, ni effort important avec ce bras), ce depuis octobre 2017.

E. 12.2

La recourante conteste l'appréciation du SMR, en faisant valoir, d'une part, que dans le rapport du 8 juillet 2020, le Prof. B_____ ne s'est pas prononcé précisément sur la diminution de sa capacité de travail résiduelle, et d'autre part, que son état de santé se serait aggravé à teneur du rapport dudit médecin du 30 mars 2021.

E. 12.2.1

Or, le Prof. B_____, qui suit la recourante depuis 2014 et connaît bien sa situation médicale, a, dans le questionnaire du 22 novembre 2019, posé, à titre de diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail, uniquement ceux de lupus érythémateux disséminé et d'arthralgies diffuses. Contrairement à ce que prétend la recourante, dans le rapport du 8 juillet 2020, ce médecin a apporté des précisions quant au taux de la capacité de travail qu'il avait retenu dans le questionnaire précité au chiffre 4, lequel se rapporte exclusivement à l'activité habituelle de garde d'enfants. Le Prof. B_____ n'a pas jugé utile de prendre position sur la capacité de travail dans une activité adaptée, puisqu'il considère que la recourante est apte, malgré son atteinte à la santé, à exercer l'activité de garde d'enfants à 80 %. Certes, dans le rapport du 30 mars 2021, le Prof. B_____ évalue la capacité de travail de l'assurée dans l'activité habituelle à 40 % dès cette date, consécutive à une asthénie, associée à des arthralgies diffuses et à une douleur thoracique avec dyspnée. Il est vrai que ces atteintes existaient avant la décision querellée du

E. 12.2.2

En ce qui concerne la douleur de l'épaule gauche, survenue en 2017, le Prof. B_____, qui suspecte une tendinopathie de la coiffe des rotateurs, n'a pas retenu une diminution de la capacité de travail de l'assurée pour ce motif, étant relevé que quand bien même il a prescrit des séances de physiothérapie, la recourante n'a pas suivi ce traitement (rapport du 12 novembre 2019 précité). Aucun autre médecin, du reste, n'a confirmé le diagnostic de tendinopathie de l'épaule gauche ou attesté qu'une atteinte de cette épaule serait incapacitante. Par conséquent, aucun rapport médical au dossier ne permet de retenir, comme l'a fait le SMR, une capacité de travail de l'assurée de 80 % dans une activité adaptée (autre que l'activité habituelle) en raison d'une tendinopathie de l'épaule gauche.

E. 12.3

Il se justifie en conséquence de s'écarter des conclusions du SMR, lequel n'a pas examiné la recourante, à l'inverse du Prof. B_____, et d'admettre, avec ce dernier, que la capacité de travail de la recourante est de 80 % dans son activité habituelle, adaptée à son état de santé, ce ■ au degré de la vraisemblance requis ■ depuis le 21 novembre 2018, date à compter de laquelle son état de santé s'est stabilisé, sans qu'il ne s'aggrave depuis lors (rapport du 12

novembre 2019 précité).

E. 13

Il convient à présent de déterminer si c'est à juste titre que l'intimé a retenu pour la recourante, qui travaillait à temps partiel, le statut de personne active à plein temps.

E. 13.1

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. 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 A/949/2021 - 9/11 - 1997 p. 301 ss, consid. 2b). 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 137 V 334 consid. 3.2 ; ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c, ainsi que les références).

E. 13.2

En l'espèce, lorsque la maladie lupique de la recourante a été diagnostiquée en 2014, ses deux enfants étaient déjà autonomes, puisqu'ils étaient âgés de

E. 15

Reste encore à examiner si la recourante a droit à une mesure de réadaptation professionnelle.

E. 15.1

Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI en vigueur dès le 1er janvier

2008).

E. 15.2

En l'occurrence, dans la mesure où la recourante est toujours en mesure d'exercer son activité habituelle à 80 %, aucune mesure professionnelle ne se justifie (dans ce sens : ATAS/717/2016 du 12 septembre 2016 consid. 11).

E. 16

Au vu de ce qui précède, la décision litigieuse doit être confirmée dans son résultat.

E. 17

Aussi, le recours ne peut-il être que rejeté.

E. 18

La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité n'est pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI). On ne saurait toutefois, comme le voudrait la recourante, renoncer à percevoir un émolument. C'est en effet le lieu de rappeler qu'il n'est pas mis d'émolument à la charge de l'assuré(e) qui succombe lorsqu'il(-elle) est au bénéfice de l'assistance juridique (art. 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), ce qui n'est pas le cas en l'espèce. La recourante sera donc condamnée au paiement d'un émolument, arrêté en l'occurrence à CHF 200.- (art. 69 al. 1bis in fine LAI). * * * * *

A/949/2021 - 11/11 - 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.