

GE_GERICHTE ATAS/2/2019 vom 7. Januar 2019

GE Cour de justice, 2019-01-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_2_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/2/2019 du 7 janvier 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/2/2019 del 7 gennaio 2019

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

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

A/5077/2017 - 10/18 - En particulier, malgré leur libellé, on interprétera les conclusions de la recourante relatives à la reconnaissance de son droit à la rente comme tendant à la condamnation de l'intimé au versement de ces prestations. Elles sont ainsi recevables, contrairement à des conclusions constatatoires dont le caractère est subsidiaire par rapport à une action formatrice (ATF 129 V 289 consid. 2.1, arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 149/06 du 11 juin 2007 consid. 5.2).

E. 3

Le litige, circonscrit par la décision attaquée, porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel. On précisera que si la décision attaquée ne tranche pas expressément le droit à la rente à la suite du changement dans les dispositions topiques au 1er janvier 2018, que l'on examinera ci-après, l'intimé s'est cependant prononcé sur ce point dans sa réponse du 30 janvier 2018. Cette question est en outre très étroitement liée à l'objet du litige initial. Ainsi, les conditions auxquelles la jurisprudence admet, pour des motifs d'économie de procédure, l'extension de la procédure juridictionnelle à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation sont réalisées (arrêt du Tribunal fédéral 9C_694/2009 du 31 décembre 2010 consid. 3.1). Le droit de la recourante à une allocation d'impotence et à des moyens auxiliaires n'a en revanche pas à être examiné dans le cadre de la présente procédure dès lors qu'il ne fait pas l'objet de la décision attaquée.

E. 4

En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est

invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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. 5

Selon l'art. 8 al. 1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGGA) 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). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

A/5077/2017 - 11/18 - Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2, ATF 124 V 108 consid. 3a).

E. 6

a) Pour trancher le droit aux prestations d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2). b) 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 LPGGA), 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 convient 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 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin

A/5077/2017 - 12/18 - 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). d) 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 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins 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_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

E. 7

La loi prévoit différentes méthodes pour évaluer l'invalidité d'un assuré en fonction du statut de ce dernier. a) Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il s'agit d'appliquer la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPG) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 consid. 4). b) Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPG). L'art. 27 du règlement sur l'assurance- invalidité (RAI - RS 831.201) dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2017 dispose que par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (ATF 137 V 334 consid. 3.1.2). S'agissant du degré d'invalidité dans la sphère ménagère, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de

A/5077/2017 - 13/18 - la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93 consid. 4). c) Selon le droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2017, chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et

E. 8

En l'espèce, il convient en premier lieu de déterminer si l'expertise réalisée par le CEMED satisfait aux exigences jurisprudentielles rappelées ci-dessus. Tel est bien le cas. En effet, les médecins ont examiné la recourante après avoir pris connaissance de son dossier, l'avoir interrogée sur son historique médical et avoir procédé à des examens cliniques complétés par l'analyse de ses radiographies. Leurs diagnostics sont clairs et leurs conclusions motivées. La recourante ne remet

A/5077/2017 - 15/18 - du reste plus réellement en cause l'évaluation des experts. Elle ne produit d'ailleurs aucun document susceptible de la mettre en doute. Partant, la chambre de céans se ralliera à l'appréciation des Drs E_____, F_____ et G_____, selon laquelle la recourante conserve une capacité de travail de 50 % dans une activité de secrétariat, adaptée à ses limitations, avec toutefois des crises algiques entraînant trois à quatre jours par mois en semaine une incapacité de travail totale. A cet égard, il faut souligner que cet élément, invoqué par la recourante à l'appui de ses conclusions, ne relève nullement d'une observation « manifestement détournée », comme l'affirme l'intimé, mais d'une constatation claire et répétée des experts, qui ont mentionné ce point à plusieurs reprises dans leur rapport, notamment dans la description de l'évolution de la capacité de travail ainsi que dans la rubrique afférente à la diminution de rendement. Partant, on ne peut en faire abstraction. La recourante allègue que de telles crises rendent impossible l'exploitation de sa capacité résiduelle de travail, dès lors qu'aucun employeur ne consentirait à engager – ou à conserver à son service – une personne dont l'état de santé entraîne des absences régulières mais non programmables. Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de gain sur le marché du travail, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Partant, pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre, soit sur un marché équilibré du travail – notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). Or, dans le cas d'espèce, on ne saurait conclure que l'exercice d'une activité dans les conditions définies par les experts est impossible sur un marché équilibré du travail. En particulier, le fait

qu'une activité à domicile ait été qualifiée d'idéale ne signifie pas qu'il s'agisse de la seule option professionnelle envisageable. En revanche, comme le souligne à juste titre la recourante, la capacité de travail retenue dans le calcul du degré d'invalidité doit tenir compte des crises hyperalgiques qui diminuent le rendement son rendement et doit être calculée en moyenne (cf. sur ce point arrêt du Tribunal fédéral 9C_248/2018 du 19 septembre 2018 consid. 6.2). Comme cela ressort sans équivoque de l'expertise du CEMed, ces crises s'ajoutent à l'incapacité de travail de 50 %. Si l'on admet qu'une activité à 100 % correspond à une moyenne de 21.7 jours ouvrables (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_542/2016 du 18 avril 2017 consid. 4.1), une activité à 50 % correspond à 10.85 jours ouvrés complets. Or, il convient de soustraire encore les absences liées aux crises algiques (représentant 3.5 demi-journées d'absence supplémentaires

A/5077/2017 - 16/18 - par rapport à une activité exercée quatre heures par jour, soit 1.75 journée de travail complète), ce qui porte le nombre de journées ouvrées complètes à 9.1. Cela représente ainsi une capacité de travail de 42 %.

E. 9

janvier 2018, qui prévoit que les premières demandes de rente déposées avant le 1er juillet 2017 sont traitées selon le modèle de calcul actuel jusqu'au 31 décembre 2017, puis selon le nouveau mode de calcul à compter du 1er janvier 2018. Le calcul du degré d'invalidité doit ainsi s'opérer en fonction de l'ancien droit jusqu'au 31 décembre 2017, et en appliquant les nouvelles dispositions réglementaires dès le 1er janvier 2018. a) En ce qui concerne le droit à la rente jusqu'au 31 décembre 2017, il faut en premier lieu établir l'incapacité de gain de la recourante, qui représente la variable IE de la formule suscitée (ATF 137 V 334 consid. 7.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_34/2016 du 14 septembre 2016 consid. 3.2). Compte tenu du fait que l'activité avant atteinte à la santé – soit le secrétariat – reste adaptée, on se référera aux mêmes données statistiques pour établir le revenu avant et après invalidité. Sur ce point, on ne peut retenir le revenu que la recourante obtenait chez son dernier employeur, puisqu'il correspondait à un poste à 50 %, dans lequel elle n'exploitait pas complètement sa capacité de travail sans atteinte à la santé. On se fondera sur un revenu de niveau 2 tiré d'activités administratives et de soutien (ESS 2014, TA1_tirage_skill_level, Lignes 77-82), soit CHF 4'824.- par mois et CHF 57'888.- par an pour 40 heures par semaine, soit à plein temps. Le salaire sans invalidité s'élève ainsi à CHF 46'310.40 à 80 %. Après invalidité, ce revenu s'élève à CHF 24'313.- (soit 42 % de CHF 57'888.-). Il convient d'opérer un abattement de

E. 10

En ce qui concerne le droit à des mesures d'ordre professionnel, c'est à juste titre que l'intimé a considéré qu'il n'était pas ouvert eu égard au caractère adapté de l'activité exercée jusqu'à la survenance de l'atteinte. En effet, dans de telles circonstances, de telles mesures ne permettraient pas de réduire l'invalidité. Par conséquent, une évaluation par les EPI s'avère superfétatoire, par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1).

E. 11

Conformément à ce qui précède, le recours est partiellement admis. La recourante obtenant partiellement gain de cause, elle a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPGA). La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de CHF 500.- sera mis à la charge de l'intimé.

A/5077/2017 - 18/18 -

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.