

GE_GERICHTE ATAS/40/2022 vom 25. Januar 2022

GE Cour de justice, 2022-01-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_40_2022

FR: GE_GERICHTE ATAS/40/2022 du 25 janvier 2022

IT: GE_GERICHTE ATAS/40/2022 del 25 gennaio 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

E. 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. Interjeté dans les formes et le délai légal, le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur la question de savoir si la recourante est invalide ou si, comme l'a retenu l'intimé, sur la base de l'expertise confiée au Dr G_____, elle dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles d'épargne de l'épaule droite. 2.1 Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 LAI, est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, ladite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 2.2 Cette incapacité de gain résulte, selon l'art. 7 LPGA, d'une atteinte à la santé physique ou mentale. 2.3 D'après une jurisprudence constante, ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). 2.4 L'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : a. 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 ; b. il a

A/64/2021 - 7/12 - présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable ; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). 2.5 La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité : un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente ; lorsque l'invalidité atteint 50 % au moins, l'assuré a droit à une demi-rente ; lorsqu'elle atteint 60 % au moins, l'assuré a droit à un trois-quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70 % au moins, il a droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). 2.6 Le droit à la rente prend naissance 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, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI). 2.7 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles

formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351, consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_745/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.1 et les références citées). 2.8 En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (arrêt du Tribunal fédéral 9C_745/2010 du 30 mars 2011 ; ATF 125 V 351). La durée d'un examen n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur d'un rapport médical (arrêts du Tribunal fédéral 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 et 9C_514/2011 du 26 avril 2012). La question de savoir si l'expertise est en soi complète et convaincante dans son résultat est en première ligne déterminante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2009 du 1er avril 2009, consid. 3.3 et les références citées). 2.9 Il y a en outre lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant, dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et

A/64/2021 - 8/12 - les références citées). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant (arrêt du Tribunal fédéral I 81/07 du 8 janvier 2008, consid. 5.2). 2.10 En l'espèce, la recourante fait valoir qu'elle n'a pas de capacité de travail résiduelle exploitable sur le marché du travail alors que l'OAI considère, sur la base de l'expertise, que la recourante est capable de travailler à 100 % dès fin 2016, dans une activité adaptée, sans travail prolongé avec les bras au-delà de l'horizontale, sans mouvements répétés d'adduction-abduction du bras droit, sans port de charges répété en bimanuel au-delà de 5 kg, ni soulèvement de charges avec le membre supérieur droit au-delà de 2 kg. L'OAI s'est basé sur les résultats de l'expertise qu'il a diligentée et qu'il qualifie de probante. À cet égard, la chambre de céans constate que l'expert a décrit, à titre de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, des douleurs chroniques de l'épaule droite dans un contexte de troubles dégénératifs du tendon supra-épineux droit et d'arthrose acromioclaviculaire (M75.1). Ce diagnostic est compatible avec les avis médicaux des médecins de la recourante, le médecin généraliste traitant ayant retenu, à titre de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de sa patiente, une omalgie chronique de l'épaule droite et a relevé que celle-ci présentait une douleur à la palpation et à la mobilisation de l'épaule droite à 90 et des limitations fonctionnelles pour lever le bras au-dessus de l'horizontale, faire un mouvement à répétition et porter des charges et le rhumatologue traitant a mis en évidence une enthésopathie de l'infra-épineux et, sur la base d'une IRM du 21 octobre 2020, un remaniement de l'insertion du tendon du supra-épineux avec petite déchirure au niveau de sa face articulaire ; une déchirure transfixiante n'était pas exclue. Le médecin du SMR n'a, pour sa part, pas constaté sur l'IRM de signe de rupture, ni de rétractation et le constat était transposable à celui de décembre 2019. Les médecins sollicités ont évoqué des limitations induites par l'atteinte à

épaule droite similaires à celles mentionnées dans l'expertise. Les atteintes à l'épaule droite et les avis des médecins traitants, à l'instar des plaintes de la recourante, ont été pris en compte par l'expert, lequel a établi un rapport d'expertise détaillé. L'expert partage l'avis des autres médecins quant à l'incapacité de travail de la recourante dans ses précédentes activités qu'il juge incompatibles avec l'état de santé de la recourante. À la lecture de son rapport, l'on comprend en outre, sans difficultés, les motivations qui l'ont conduit à considérer que la capacité de travail de l'assurée était néanmoins entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'épaule. L'expert a ainsi retenu que le pronostic était bon sur le plan ostéoarticulaire en ce qui concernait les troubles dégénératifs de l'épaule droite, mais mauvais quant à la

A/64/2021 - 9/12 - reprise d'une activité professionnelle au vu de la durée de l'incapacité de travail, de l'âge de l'assurée et du ressenti de celle-ci par rapport à sa capacité de travail. Cette conclusion est confirmée par l'expérience que l'assurée a eue après l'opération de son épaule le 17 août 2015 et à l'avis du médecin l'ayant opérée, qui avait jugé qu'elle pourrait reprendre une activité professionnelle à la suite de l'opération. Certes, le médecin traitant a estimé, dans un premier temps, que sa patiente ne pouvait pas travailler en tant qu'employée de maison ou femme de ménage et a ensuite fait part à l'intimé du fait qu'il considérait sa patiente totalement incapable de travailler dans son ancienne activité ou dans une activité adaptée (le

E. 11

juillet 2019). Cela étant, l'avis motivé de l'expert doit être privilégié à celui du médecin traitant dans la mesure où la motivation de l'expert est univoque et apparaît particulièrement vraisemblable, l'atteinte à l'épaule - de l'avis de tous les médecins sollicités - ne limitant que partiellement les capacités de l'assurée (limitations de certains mouvements avec le bras droit uniquement ou le port de charges avec les deux bras). Ces limitations, aussi pénibles soient-elles pour la recourante, ne sauraient être considérées comme un handicap complet du membre supérieur droit, contrairement à ce que le conseil de la recourante a allégué. Le fait que le médecin traitant émette un avis divergent de celui du médecin du SMR ou de l'expert ne suffit pas pour admettre un doute quant à la fiabilité ou la pertinence des constatations d'un expert ayant pris en compte l'intégralité des éléments du dossier. L'avis du médecin généraliste ou du rhumatologue traitant, au sujet de l'incapacité totale de la recourante à exercer une activité lui permettant d'épargner son épaule, n'est pas motivé et n'apparaît aucunement fondé sur les éléments médicaux au dossier. L'on ne saisit pas, au vu de l'atteinte et des limitations retenues, pourquoi aucune activité ne pourrait être exercée. Au contraire, les explications de l'expert sont convaincantes et ne laissent pas apparaître de contradictions. Son appréciation n'est pas sérieusement remise en cause par celle des médecins traitants, qui se sont contentés d'indiquer une incapacité totale de travail, ce qui ne saurait remettre en cause - sur la base du même diagnostic et des limitations fonctionnelles retenues dans ce cas - l'avis dûment motivé et convaincant de l'expert selon lequel, sur le plan somatique, la recourante peut exercer une autre activité professionnelle en épargnant son épaule. Compte tenu des limitations fonctionnelles que l'expert relève, force est de constater que la recourante peut encore partiellement faire usage, bien qu'elle ne le fasse pas, de son bras droit. En outre, il n'existe pas d'autres limitations d'ordre somatique qui empêcheraient la recourante d'exercer une activité légère compatible avec l'épargne de son épaule. Il est d'ailleurs établi que la recourante a, après l'intervention du Dr G_____, exercé des activités dans le cadre

des stages, démontré qu'elle avait des atouts et était investie dans ses tâches, malgré

A/64/2021 - 10/12 - une lenteur dans l'exécution de certaines tâches et un manque de confiance en ses capacités. L'on doit dès lors admettre avec l'intimé et l'expert que les difficultés pour retrouver un emploi découlent du fait que l'assurée a cessé de travailler depuis de nombreuses années et ne pense pas être en mesure de travailler, soit des éléments extra-médicaux, qui n'entrent pas en ligne de compte au titre de l'assurance-invalidité. Aussi, la chambre de céans retient-elle, avec l'expert et l'intimé, qu'au regard de l'assurance-invalidité, la recourante est apte à exercer, à plein temps, toute activité professionnelle compatible avec ses limitations fonctionnelles. 3. S'agissant du taux d'invalidité, l'intimé a considéré que la recourante présentait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée et a fait application du même barème pour le salaire avec et sans invalidité, en retranchant 10 % pour tenir compte de l'âge et des limitations fonctionnelles dues à l'atteinte à l'épaule de la recourante. 3.1 Il sera rappelé que la méthode générale de comparaison des revenus s'applique aux personnes qui ont dû interrompre leur activité lucrative pour cause de maladie et auraient continué à exercer cette activité si elles n'étaient pas invalides (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, Fribourg 2011, n° 2060). Selon cette méthode, 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). Un taux d'invalidité correspondant à l'incapacité de travail estimée par le médecin ne peut être admis qu'à titre exceptionnel. Cela peut être le cas lors d'une incapacité de travail totale de l'assuré ou lorsque celui-ci présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative. De même, lorsque les revenus avec et sans invalidité, sont basés sur la même table statistique, il est superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 45/06 du 5 mars 2007 consid. 4.2.2 ; I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2 ; VALTERIO, op. cit., n° 2035). Même s'il n'est pas indispensable de déterminer avec précision les salaires de références, il n'en demeure pas moins que, dans cette situation, l'évaluation de l'invalidité repose sur des données statistiques. Par conséquent, une réduction supplémentaire du revenu d'invalide (abattement) est possible en fonction des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (arrêts du Tribunal fédéral 9C_842/2018 du

A/64/2021 - 11/12 - 7 mars 2019 consid. 5.1 ; 9C_692/2017 du 12 mars 2018 consid. 5 et les références). Dans le cas d'espèce, l'intimé a retenu, à raison, qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était exigible de la recourante, à l'aune d'un marché équilibré du travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C_175/2017 du 30 octobre 2017). Dès lors que la recourante n'a pas repris d'activité, il convient de se référer au revenu statistique tiré d'activités simples et répétitives (ESS 2018, TA1_tirage_skill_level, niveau 1, ligne Total). Elle recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, ne requérant pas d'expérience professionnelle spécifique, ni de formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_458/2018 du 17 octobre 2018 consid. 4.1). Le revenu que la recourante pourrait réaliser selon cette table serait de CHF 4'371.- par mois pour une femme en 2018. Adapté à la durée normale de travail de 41.70 heures, il représente CHF 54'681.- par année. L'intimé s'étant fondé sur le même barème pour établir le revenu sans invalidité, ce qui

n'est pas contesté, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve de l'abattement de 10 % retenu par l'intimé, compte tenu de l'âge et des limitations fonctionnelles de l'assurée. Cet abattement ne porte pas flanc à la critique dans la mesure où l'exigibilité dans une activité adaptée aux limitations est reconnue et que l'abattement de 10 % tient compte de l'âge et des limitations de la recourante. Le taux d'invalidité de 10 % retenu en l'occurrence est inférieur au taux ouvrant le droit à une rente ou à d'autres prestations de l'assurance-invalidité. 3.2 Au vu des considérations qui précèdent, la décision de refus opposé par l'intimé à la recourante ne peut qu'être confirmée et le recours rejeté. 3.3 La recourante, qui succombe, supporte l'émolument de procédure qui sera fixé à CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI). 3.4 Il n'y a pas d'indemnité de procédure à allouer à la recourante, qui succombe (art. 61 let. g LPG). * * * * *

A/64/2021 - 12/12 - 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.