

GE_GERICHTE ATAS/421/2021 vom 4. Mai 2021

GE Cour de justice, 2021-05-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_421_2021

FR: GE_GERICHTE ATAS/421/2021 du 4 mai 2021

IT: GE_GERICHTE ATAS/421/2021 del 4 maggio 2021

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

La modification du 21 juin 2019 de la LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2021. Toutefois, dans la mesure où le présent recours était pendant devant la chambre de céans à cette date, il reste soumis à l'ancien droit, conformément à l'art. 83 LPGA.

E. 3

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

E. 4

Le litige, tel que circonscrit par les conclusions du litige, porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

E. 5

Il convient en premier lieu d'examiner le grief de la recourante ayant trait à la violation de son droit d'être entendue. La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 de la Constitution [Cst. - RS 101]) le devoir pour le juge de motiver sa décision, afin que le justiciable puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et exercer son droit de recours à bon escient. Pour répondre à ces exigences, le juge doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidé et sur lesquels il a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Il n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige. Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents

A/1894/2020 - 7/12 - considérants de la décision. En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des griefs qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (arrêt du Tribunal fédéral 9C_877/2014 du 5 mai 2015 consid. 3.3 et les références). La violation du

droit d'être entendu, de caractère formel, doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_120/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2.1). Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, cette violation est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (arrêt du Tribunal fédéral 9C_181/2013 du 20 août 2013 consid. 3.3). En l'espèce, si la motivation de la décision litigieuse est succincte, on comprend néanmoins qu'elle se fonde sur le rapport du Dr B _____ du 17 janvier 2020 tel que l'intimé l'a compris. Il n'y a ainsi pas de violation du droit d'être entendu, qui serait en toute hypothèse réparée eu égard à la pleine cognition de la chambre de céans.

E. 6

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 LPGA) 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. 7

a. La loi prévoit différentes méthodes pour évaluer l'invalidité d'un assuré en fonction du statut de ce dernier. Pour déterminer la méthode applicable à un cas particulier, il faut selon la jurisprudence non pas, malgré la teneur de l'art. 8 al. 3 LPGA, chercher à savoir dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative aurait été exigible de la part de l'assuré, mais se demander ce qu'il aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 133 V 504 consid. 3.3). b. 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 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pourcent (ATF 114 V 310 consid. 3a) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 consid. 4). L'art. 16 LPGA prévoit que, 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

A/1894/2020 - 8/12 - raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a). Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce revenu 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 sa santé, en

tenant compte de l'évolution des salaires (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 428/06 du 25 mai 2007 consid. 7.3.3.1). On n'admettra d'exceptions à ce principe que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). c. Pour déterminer le revenu d'invalidé de l'assuré, il y a lieu en l'absence d'un revenu effectivement réalisé de se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). Il convient de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait toucher l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global maximal de 25 % permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b). d. La comparaison des revenus est inutile lorsque l'activité adaptée correspond à la profession exercée avant l'atteinte à la santé. Dans un tel cas, le degré d'invalidité est établi au moyen de la comparaison en pourcent. Le revenu hypothétique sans invalidité est évalué à 100 %, tandis que le revenu d'invalidé est estimé à un pourcentage moindre. Le degré d'invalidité découle alors de la différence de pourcentage (Christoph FREY / Nathalie LANG, Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, 2020, n. 17 ad art. 16 ATSG et les références).

E. 8

a. Pour pouvoir calculer le degré 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

A/1894/2020 - 9/12 - professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 8C_713/2019 du 12 août 2020 consid. 5.2). 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 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 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 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

A/1894/2020 - 10/12 - pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

E. 9

En l'espèce, il convient en préambule de confirmer que c'est à juste titre que l'intimé a reconnu un statut d'active à la recourante. En effet, comme cela ressort de ses déclarations à l'expert, c'est en raison de difficultés liées au marché du travail que celle-ci n'a pas exercé d'emploi à plein temps avant son accident, et non par choix. En ce qui concerne la capacité de travail de la recourante, le Prof C_____ a confirmé dans son complément d'expertise du 24 octobre 2019 que si l'activité habituelle de comptable restait la mieux adaptée à l'atteinte à la santé, elle n'était alors plus exigible qu'à un taux de 60 %, eu égard aux douleurs persistantes et à la nécessité d'alterner les positions. Tant l'expertise initiale du Prof C_____ de mai 2019 que le complément établi par ses soins en octobre 2019 satisfont aux critères jurisprudentiels en matière de rapports médicaux rappelés ci-dessus. Ce spécialiste a en effet fondé ses conclusions sur une analyse du dossier de la recourante, complétée par une anamnèse précise. Il a posé ses diagnostics à l'issue d'un examen clinique détaillé, a tenu compte des plaintes de la recourante et a motivé ses conclusions. Ses deux rapports doivent donc se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il n'existe du reste aucun avis médical contradictoire qui susciterait des doutes quant aux conclusions de cet expert. En effet, si les indications du Dr B_____ dans son rapport du 17 janvier 2020 contenaient une certaine ambiguïté, et pouvaient être interprétées en ce sens que la recourante serait désormais capable de travailler à 100 % en tant que comptable, ce spécialiste a précisé dans son courrier à la chambre de céans du 16 février 2021 que la mention « 100 % dans son ancienne profession » devait être comprise en ce sens que la recourante pouvait reprendre son activité au taux exercé avant l'accident, soit 60 %, et qu'il se ralliait à l'avis du Prof C_____ sur ce point. L'intimé ne produit quant à lui aucun nouvel avis médical s'écartant des conclusions du Prof C_____ et du Dr B_____. La chambre de céans retiendra dès lors que la recourante était en mesure de reprendre son activité de comptable à un taux de 60 %

dès septembre 2019, conformément à l'appréciation de sa capacité de travail par le Prof C_____ et de la date fixée par le Dr B_____. Son degré d'invalidité doit ainsi être déterminé selon la méthode de comparaison en pourcent, dès lors que l'activité habituelle reste exigible à un taux moindre. Le degré d'invalidité correspond ainsi à la différence dans la capacité de travail dans l'activité de comptable avant et après l'atteinte à la santé, soit 40 %. La recourante a ainsi droit à un quart de rente, correspondant à un taux d'invalidité de 40 % dès le 1er septembre 2019, date retenue par le Dr B_____, soit six mois

A/1894/2020 - 11/12 - après le dépôt de sa demande de prestations du 14 mars 2019, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI. S'agissant des nouveaux éléments médicaux transmis à la chambre de céans par l'intimé, et en particulier du dernier rapport du Prof C_____, semblant conclure à une amélioration de la capacité de travail qui pourrait avoir une incidence sur le degré d'invalidité de la recourante, la chambre de céans rappelle que la décision fixe la limite temporelle de l'état de fait déterminant. Selon la jurisprudence, le juge appelé à connaître de la légalité d'une décision rendue par les organes de l'assurance sociale doit apprécier l'état de fait déterminant existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_777/2013 du 13 février 2014 consid. 5.2.2.). Cette éventuelle amélioration, postérieure à la décision litigieuse, ne doit ainsi pas être prise en considération dans la présente procédure, mais pourra cas échéant donner lieu à une révision du droit aux prestations (art. 17 LPGA).

E. 10

Le recours est admis. La recourante a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA). La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite, l'intimé supporte l'émolument de procédure de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI). * * * * *

A/1894/2020 - 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.