

GE_GERICHTE ATAS/603/2014 vom 13. Mai 2014

GE Cour de justice, 2014-05-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_603_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/603/2014 du 13 mai 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/603/2014 del 13 maggio 2014

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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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).

A/3731/2013 - 6/12 - Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

A 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. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. 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). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1er janvier 2012 en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

E. 4

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

E. 5

Le litige porte sur le droit de l'assurée à des mesures professionnelles ou une rente, singulièrement sur l'aggravation de son état de santé depuis la décision de refus de 2008.

E. 6

a. 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 ou mentale 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

A/3731/2013 - 7/12 - 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). 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). b. Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 109 V 108, consid 2b). Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations, elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré, par analogie à ce qui prévaut en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 133 V 108). Lors d'un recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen quant au fond (ATF 130 V 64 consid. 2 p. 66 et les arrêts cités). La révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 LPGA suppose un changement dans les circonstances personnelles de l'assuré, relatives à son état de santé, à des facteurs économiques ou aux circonstances (hypothétiques) ayant déterminé le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 117 V 198 consid. 3b p. 199), qui entraîne une modification notable du degré d'invalidité (ATF 133 V 545 consid. 6.1 p. 546 et 7.1 p. 548). Ainsi, lorsqu'un assuré qui se trouve proche de l'âge de la retraite présente une nouvelle demande et que l'administration décide d'entrer en matière sur celle-ci, les principes jurisprudentiels concernant ce genre de situations (cf. arrêts

9C_444/2010 du 20 décembre 2010 consid. 2.3, 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.2 in SVR 2009 IV n° 35 p. 98) s'appliquent sans restriction. Il s'agit en particulier d'examiner, même si la capacité de travail est demeurée inchangée dans un emploi adapté, si l'assuré a encore une chance de retrouver un emploi en raison de ses limitations fonctionnelles et de son âge, et, le cas échéant, de revoir l'abattement sur le salaire statistique en raison de l'âge de l'assuré (arrêt non publié du 9 juillet 2012; 9C_142/2012). Si l'âge exerce

A/3731/2013 - 8/12 - une influence certaine dans l'évaluation du degré d'invalidité, dès lors qu'il intervient indirectement comme critère de réduction du revenu d'invalidité (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc p. 79) et directement lorsqu'il s'agit d'appréhender la situation particulière d'un assuré qui a atteint un «âge avancé» au moment de la naissance de droit (cf. notamment arrêts 9C_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2, 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4 in SVR 2009 IV n° 35 p. 97 et I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2 et les références), tel ne saurait être le cas lors de l'examen des conditions d'une révision. En effet, l'écoulement du temps - qui est le seul motif de révision invoqué par la juridiction cantonale en l'occurrence, qui ne constitue pas une atteinte à la santé au sens de l'art. 3 et 4 LPGA (cf. arrêt 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 5) et qui est un paramètre inéluctable pour tous les assurés - ne peut en soi légitimer l'augmentation d'une rente, sinon tout bénéficiaire de rentes partielles approchant les soixante ans pourrait automatiquement exiger la révision de son droit et prétendre une rente entière (voir arrêts 9C_50/2010 du 6 août 2010; 9C_156/2011 du 6 septembre 2011). Si l'administration arrive à la conclusion que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision, entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas contraire, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations, et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a; ATF 109 V 114 consid. 2a et b).

E. 7

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). 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. A 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 A/3731/2013 - 9/12 - description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Le juge peut

accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 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). En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; Arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

E. 8

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

A/3731/2013 - 10/12 - 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. 9

En l'espèce, l'OAI s'est fondé sur le rapport d'examen rhumatologique du Dr F_____, du SMR, pour refuser toutes prestations à l'assurée, au motif que le taux d'invalidité ne s'était pas notablement modifié depuis la dernière décision de refus, datant de 2008. Le rapport en question se fonde sur des examens complets, tient compte des plaintes exprimées, et a été établi en pleine connaissance du dossier médical de l'assurée. Le médecin a retenu une aggravation de l'état de santé dès novembre 2009, date de l'IRM lombaire mettant en évidence une majoration du débord discal circonférentiel L4-L5, avec rétrécissement foraminal L4 gauche. Depuis lors, alors que l'incapacité de travail était limitée à 50% dans l'activité habituelle, l'incapacité était devenue complète comme employée au tri postal. Par contre, en respectant les limitations fonctionnelles détaillées, la capacité de travail restait complète dans une activité adaptée, dès le 15 octobre 2007, sans changement. Le rapport tient également compte du dossier radiologique et de son évolution entre les images de juin et juillet 2007, celles de 2009 et celles de février 2011. Ainsi, le rapport du Dr F_____ peut se voir reconnaître pleine valeur probante. Au demeurant, les rapports des Drs C_____ et H_____ ne permettent pas de remettre en cause la valeur probante de ce rapport, dès lors qu'ils ne font état que d'une majoration de la douleur, sans autre conclusion quant à la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée. Quant au rapport du Dr I_____ du 10 décembre 2013, il souligne d'une part qu'il n'y a pas de changement majeur par rapport à son rapport de 2011 et qu'il convient, face à une situation chronique douloureuse, de fixer des objectifs fonctionnels (reprise de la marche et des activités quotidiennes, physiothérapie active, etc.). L'avis du Dr I_____ rejoint celui du SMR, s'agissant d'une bonne conservation de la mobilité et du fait que les lombalgies mécaniques et les occasionnelles sciatalgies gauches ne sont pas irritatives. Sans se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée, le Dr I_____ retient toutefois une capacité résiduelle, puisqu'il préconise une reconversion dans une activité sans position statique prolongée ou port de charges. Les limitations retenues sont ainsi même moins importantes que celles admises par le Dr F_____. Ainsi, ni les médecins-traitants, ni le Dr I_____ n'ont fait état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'examen

A/3731/2013 - 11/12 - rhumatologique du SMR et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions du Dr F_____. C'est donc à juste titre que l'OAI a considéré que, malgré l'aggravation de l'état de santé de l'assurée, celle-ci était restée entièrement capable de travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. C'est également conformément au droit que l'OAI n'a pas procédé à un nouveau calcul du taux d'invalidité. En effet, l'écoulement du temps et l'augmentation de l'âge de l'assurée ne permettent pas d'appliquer un abattement de 15% sur le salaire d'invalidé, au lieu des 10% retenus en 2008, ce qui ferait passer le taux d'invalidité à 41% et ouvrirait ainsi le droit à un quart de rente d'invalidité. Ainsi, la décision de refus de toute rente d'invalidité est justifiée, le taux d'invalidité étant demeuré en-dessous de 40%. Ainsi, en application de la jurisprudence, l'OAI, parvenant à la conclusion que l'invalidité ne s'était pas modifiée depuis sa précédente décision, a rejeté la demande, tant du point de vue de la rente que des mesures professionnelles. En 2008, un reclassement avait été refusé, au motif que l'assurée avait compromis sa reconversion dans le cadre de B_____ et, surtout, qu'elle avait toujours affirmé être incapable de travailler dans toute activité au-delà de 50%, malgré le fait que l'ensemble des médecins lui reconnaissait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. A cet égard, la conviction de l'assurée ne s'est apparemment pas modifiée et elle a été au surplus entretenue par le rapport de l'entreprise PRO qui a retenu, au vu des faibles rendements de l'assurée, qui ne s'expliquent pas du point de vue médical, que

celle-ci ne pouvait travailler ni à plus de 50% ni en-dehors d'un atelier protégé. Dans ces circonstances, l'OAI était également fondé à rejeter la demande, pour autant que l'assurée ait entendu solliciter des mesures professionnelles de reclassement dans une autre profession. Cela étant dit, la décision de 2008 réservait la possibilité pour l'assurée de solliciter une aide au placement, par une demande écrite et motivée, ce qui rejoindrait les conseils de mobilisation active du Dr I_____, chez une assurée d'à peine 50 ans.

E. 10

Le recours est rejeté et la recourante, qui succombe, est condamnée au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/3731/2013 - 12/12 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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