

# **GE\_GERICHTE ATAS/660/2020 vom 18. August 2020**

GE Cour de justice, 2020-08-18, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_660\\_2020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_660_2020)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/660/2020 du 18 août 2020

IT: GE\_GERICHTE ATAS/660/2020 del 18 agosto 2020

## **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 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**

Le délai de recours est de trente jours (art. 60 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, et les conclusions de la recourante pouvant être en l'occurrence comprises malgré leur formulation succincte (art. 61 let. b LPGA ; art. 89B al. 1 let. c LPA), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

### **E. 3**

Le présent litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

### **E. 4**

a. Aux termes des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. À teneur de l'art. 4 al. 2 LPGA, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Conformément à 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa 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). L'art. 6 LPGA dispose qu'est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

A/4687/2019 - 7/12 - b. En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente 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, non applicable ici vu la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'al. 2 de cette disposition légale prescrit que 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. Selon l'art. 29 al. 1 LAI, 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 18<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré. c. 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). d. D'après la jurisprudence – et comme cela découle de l'art. 7 LAI –, on applique de manière générale dans le domaine de l'AI le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'AI, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c ; 117 V 278 consid. 2b ; 400 consid. 4b et les arrêts cités). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente qu'à celui des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGA). e. Conformément à l'art. 27bis al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7 al. 2 LAI, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition des taux suivants : a. le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative ; b. le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels.

## **E. 5**

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/4687/2019 - 8/12 - 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 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). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux

prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2). 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 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

A/4687/2019 - 9/12 - qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant 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 ; arrêt du Tribunal fédéral U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2). Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un

complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

## **E. 6**

a. En l'espèce, après examen d'un rapport présenté juste avant le prononcé de la décision querellée (le rapport après l'IRM de l'épaule droite du 20 août 2019) et de deux nouveaux rapports médicaux produits par la recourante avec son complément de recours (le rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 21 octobre 2019 et l'avis de sortie des HUG du 12 décembre 2019), le SMR a, le 19 février 2020, révisé sa précédente appréciation du 24 octobre 2019 (qui retenait une capacité de travail nulle dans l'activité – lucrative – habituelle mais entière dans une activité adaptée) et a admis une capacité de travail nulle dans toute activité – lucrative – depuis au moins le mois de janvier 2019 (date du début des plaintes au membre supérieur droit selon la consultation spécialisée du Dr E\_\_\_\_\_ du 29 mars 2019), ajoutant qu'il était encore trop tôt pour se prononcer actuellement sur la capacité de travail dans une activité adaptée, mais qu'à terme, celle-ci devrait être de 100 %. Il n'y a en l'occurrence et en l'état aucun motif d'écarter, par exemple pour manque d'objectivité ou d'impartialité, et compte tenu de l'absence de rapports médicaux clairement contradictoires, l'avis du 19 février 2020 du médecin du SMR, qui a révisé l'appréciation initiale dudit service dans un sens favorable à l'assurée sur la base des rapports des médecins ayant traité celle-ci.

A/4687/2019 - 10/12 - Dans sa réponse au recours, l'intimé s'est rallié intégralement aux conclusions de ce dernier avis du SMR, ce qui semble impliquer une reconnaissance d'une incapacité totale de travail (art. 6 LPGA) et qui aurait logiquement dû conduire l'OAI à proposer un renvoi de la cause pour instruction complémentaire portant sur la composante économique de l'éventuelle invalidité (capacité de gain au sens de l'art. 7 LPGA), voire pour fixation du droit à une éventuelle rente d'invalidité. Cependant, cet office a conclu au renvoi du dossier pour instruction médicale complémentaire. b. Quoi qu'il en soit, la chambre de céans, qui n'est pas liée par les conclusions des parties (art. 61 let. d LPGA), renverra la cause à l'intimé pour instruction complémentaire sur tous les aspects pertinents, y compris médical et économique, portant sur l'entier de la période à prendre en considération pour l'octroi de prestations AI. Il appartiendra à l'OAI d'examiner quelles sont les mesures d'instruction utiles et nécessaires, sans que certaines, y compris une éventuelle enquête ménagère, doivent être d'emblée exclues. S'agissant de la nécessité d'un complément d'instruction au plan médical, une incapacité totale dans toute activité lucrative de l'intéressée depuis au moins janvier 2019 ne ressort pas de manière claire et unanime de l'ensemble des avis médicaux figurant au dossier. Notamment, dans son rapport du 29 mars 2019, le Dr E\_\_\_\_\_, s'il a évoqué des plaintes pour des douleurs insupportables et constantes de la patiente depuis plus d'un mois, ne s'est pas prononcé sur la question de la capacité de travail. Les Drs G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ n'ont pas non plus tranché cette question, et la Dresse D\_\_\_\_\_, dont les indications comportent des divergences entre elles, a, dans son dernier rapport (du 7 octobre 2019), retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle mais de 50 % dans une activité adaptée. Par ailleurs, comme cela ressort du dernier avis du SMR, il conviendrait de se prononcer sur la capacité de travail actuelle dans une activité adaptée, de sorte qu'il apparaît judicieux d'inclure dans cette évaluation l'examen de l'évolution de la capacité de travail de l'assurée depuis le début de la période à prendre en considération. Enfin, il manque en l'état, y compris sous l'angle médical, un examen des éventuelles limitations de l'assurée dans ses travaux habituels (art. 27bis al. 4 RAI), tâches qui représentent, selon l'OAI, 26 % de son temps. À cet égard, il n'est pas

compréhensible pour quels motifs l'accomplissement des travaux habituels (au sens des art. 7 al. 2 ainsi que 28a al. 2 et 3 LAI) sans limitations, comme indiqué dans la décision attaquée, serait compatible avec une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative, ce d'autant moins au regard des limitations découlant de l'atteinte à l'épaule droite, portant, selon le questionnaire rempli le 13 juin 2019 par la Dresse D\_\_\_\_\_, sur l'exécution des tâches ménagères. Au surplus, il est relevé que le revenu de la recourante sans invalidité retenu dans la décision querellée (CHF 27'834.-) ne correspondait pas, pour une raison non encore expliquée, au montant calculé dans le document « Détermination du degré A/4687/2019 - 11/12 - d'invalidité » (CHF 20'597.-), ce alors que le revenu avec invalidité est le même dans ces deux écrits.

#### **E. 7**

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision du 3 décembre 2019 sera annulée et la cause renvoyée à l'intimé afin qu'il procède conformément aux considérants puis rende une nouvelle décision.

#### **E. 8**

Bien qu'elle obtienne partiellement gain de cause, la recourante, qui n'est pas représentée par un mandataire (par exemple un avocat) et dont les écritures sont au demeurant très succinctes, n'a pas droit à des dépens. Vu les circonstances particulières, et bien que la procédure n'est pas gratuite en matière d'AI, il ne sera pas perçu d'émolument (art. 69 al. 1bis LAI). \* \* \* \* \*

A/4687/2019 - 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.