

GE_GERICHTE ATAS/670/2017 vom 14. August 2017

GE Cour de justice, 2017-08-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_670_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/670/2017 du 14 août 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/670/2017 del 14 agosto 2017

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) 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). 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

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.

A/3228/2016 - 10/14 -

E. 4

Le litige porte sur le droit aux prestations de la recourante, en particulier sur la question de savoir si son état de santé entraîne une incapacité de gain..

E. 5

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 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).

E. 6

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).

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

A/3228/2016 - 11/14 - 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 description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent

pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). 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).

E. 8

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

A/3228/2016 - 12/14 - 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 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

a. En l'espèce, l'intimé considère que l'état de santé de la recourante est stable depuis 2010 et que la diminution de son taux d'activité par son employeur est exclusivement due à des motifs économiques, de sorte que le degré d'invalidité est nul. Pour sa part, la recourante allègue que son état de santé se péjore progressivement, en particulier au niveau de ses articulations et de la fatigue ressentie, ce qui justifierait l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité. b. En l'occurrence, compte tenu des déclarations de la recourante lors de la comparution personnelle des parties, force est de constater que son licenciement en 2015 – taux d'activité de 100% jusqu'au 31 décembre 2015 –, puis son réengagement à 50% dans le même emploi dès le 1er janvier 2016 sont exclusivement dus à des motifs économiques. En effet, il apparaît que l'employeur a vu le volume de ses commandes diminuer. D'ailleurs, la recourante a elle-même précisé qu'elle n'était pas la seule employée dans cette situation. Or, rappelons que l'invalidité, au sens de la LPGA et de la LAI, implique une incapacité de gain en lien de causalité avec une atteinte à la santé, ce qui n'est pas le cas en l'espèce. c. Certes, les Drs G _____ et D _____ concluent à une péjoration de l'état de santé de la recourante ainsi qu'à une diminution de sa capacité de travail. De son

côté, le Dr F _____ du SMR considère que l'état de santé demeure inchangé. Cela étant, ni le Dr G _____ ni le Dr D _____ ne retiennent des diagnostics différents de ceux connus depuis 2006. S'ils concluent à une capacité de travail réduite, celle-ci varie d'un rapport à l'autre, pour autant qu'elle soit mentionnée. Par ailleurs, à aucun moment, ces derniers ne motivent leurs conclusions ou n'apportent des données objectives permettant d'expliquer leur analyse du cas. De plus, les limitations fonctionnelles retenues sont identiques à celles qui avaient été identifiées dans le cadre de la première demande d'invalidité du 7 août 2008, en particulier la nécessité d'éviter les ports de charge et l'usage des mains. Enfin, il convient de relever qu'à plusieurs reprises, le Dr G _____ parle de l'incapacité de travail de la recourante dans une activité de couturière, ce qui n'est plus d'actualité

A/3228/2016 - 13/14 - depuis 2009 et l'engagement de la recourante en qualité de vendeuse à plein temps par son employeur actuel. A la lecture du dossier et des autres pièces médicales, il apparaît au contraire que l'état de santé de la recourante est demeuré stable. C'est en effet la conclusion du Dr E _____, suite à l'IRM lombaire pratiquée le 20 novembre 2015. Dans ses rapports de 2015 et 2016, la Dresse B _____ considère que l'état de santé de la recourante est stable depuis 2006, s'agissant des membres inférieurs, et que la capacité de travail n'est pas affectée. Compte tenu de ces éléments, il apparaît que la recourante est totalement incapable de travailler en tant que courtepointière, mais qu'elle conserve à ce jour une pleine capacité de travail dans une activité de vendeuse limitant les ports de charge, tel que cela avait été défini en 2010. Ainsi, la chambre de céans ne saurait s'écarter des conclusions de l'avis du Dr F _____ du SMR. d. En tant que de besoin, la chambre de céans précise que le fait qu'une invalidité ne soit pas reconnue au sens de la LPGA et de la LAI ne signifie pas pour autant que la recourante ne présente pas des atteintes à la santé ou des douleurs en fonction des activités pratiquées. Cela étant et compte tenu de l'aptitude de la recourante à maintenir sa capacité de gain en exerçant son activité habituelle de vendeuse, son degré d'invalidité est nul et sa demande de prestations du 21 octobre 2015 doit être refusée.

E. 10

Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Etant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de 200 fr.

A/3228/2016 - 14/14 - 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.