

GE_GERICHTE ATAS/732/2013 vom 11. Juli 2013

GE Cour de justice, 2013-07-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_732_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/732/2013 du 11 juillet 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/732/2013 del 11 luglio 2013

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; RSG E 2 05) en vigueur depuis 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). La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.

E. 3

Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).

E. 4

L'objet du litige porte sur le droit de la recourante à des mesures d'orientation professionnelle. La décision querellée statuant également sur son droit à la rente, ce point devra également être examiné.

E. 5

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, 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,

A/2162/2012 - 11/18 - l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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. 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. 28 al. 2 LAI). 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. 6

Conformément à l'art. 8 al. 1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies. Aux termes de l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession lorsque son invalidité rend cette mesure nécessaire, et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. L'art. 6 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201) définit les mesures de reclassement comme les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer leur capacité de gain. La jurisprudence a apporté une précision à cette définition en indiquant que le concept de reclassement recouvre l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité (ATF 124 V 108 consid. 2a). Dès lors, en règle générale, l'assuré ne peut pas prétendre à la meilleure formation possible dans son cas, la loi ne visant en effet qu'à assurer les mesures de réadaptation qui sont nécessaires et suffisantes compte tenu du cas d'espèce (ATF 121 V 258 consid. 2c).

A/2162/2012 - 12/18 - De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2; ATF 124 V 108 consid. 3a). Pour déterminer si une mesure de réadaptation d'ordre professionnel est de nature à rétablir, améliorer, sauvegarder ou favoriser l'usage de la capacité de gain de l'assuré, il y a lieu d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2). Le but poursuivi par la mesure doit donc s'inscrire dans une certaine durée, et son succès doit être proportionné à son coût. Enfin, la mesure concrète doit être raisonnablement exigible de l'assuré (ATF 130 V 488 consid. 4.3.2; VSI 2002 p. 112 consid. 2). En effet, une mesure de reclassement ne saurait être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, au moins partiellement, d'être réadaptée. Les mesures ne seront donc pas allouées si elles semblent d'emblée vouées à l'échec (ATFA non publié I 170/06 du 16 février 2007, consid. 3.2 et 3.4).

E. 7

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 professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2). 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 LPG), 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

A/2162/2012 - 13/18 - enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). 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 pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2).

E. 8

a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est

comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 16 LPGa). La comparaison des revenus s'effectue en règle générale en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus, puis en les confrontant l'un à l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente. Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (c'est-à-dire entre le projet de décision

A/2162/2012 - 14/18 - et la décision elle-même), doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1; ATF 128 V 174). b) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n° U 400 p. 381, consid. 2a). 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 (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3; ATFA non publié B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2). c) S'agissant du recours à des données statistiques, le Tribunal fédéral a précisé que lors de la détermination du revenu d'invalide, il convient généralement de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table de l'Enquête suisse des salaires TA1, à la ligne "total secteur privé" (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers, voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalide et que le secteur en question est adapté et exigible (RAMA 2000 n° U 405, consid. 3b; ATFA non publié 9C_142/2009 du 20 novembre 2009, consid. 4.1; ATFA non publié 9C_237/2007 du 24 août 2007, consid. 5.1). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge,

années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction

A/2162/2012 - 15/18 - globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b).

E. 9

En l'espèce, l'expertise réalisée par le Dr P_____ satisfait tous les critères dégagés par la jurisprudence et doit donc se voir reconnaître une pleine valeur probante. Elle se fonde en effet sur l'étude du dossier médical, comprend une anamnèse complète, et ses conclusions claires sont étayées par un examen clinique complet. Il n'existe d'ailleurs aucun rapport médical susceptible de remettre en cause les constatations de l'expert, qui rejoignent largement celles des médecins traitants de la recourante. Le Dr L_____ a en particulier admis lors de son audition que les limitations fonctionnelles décrites par l'expert, soit l'impossibilité de porter des charges supérieures à 10 kg, d'accomplir des mouvements répétitifs en porte-à-faux du rachis et la nécessité d'alterner les positions assise et debout chaque heure, correspondaient à celles qu'il avait retenues. La recourante a au demeurant elle-même admis les limitations établies par les médecins, comme cela ressort de son écriture du 6 mars 2013.

E. 10

Eu égard à ce qui précède, il n'existe aucun motif de s'écarter des conclusions du Dr P_____. En particulier, l'anémie, la gastrite et l'hypothyroïdie nouvellement diagnostiquées en 2012 sont transitoires et n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail, de l'avis même du médecin traitant. Or, selon l'expert, la recourante dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Se fondant sur cette conclusion, l'intimé a établi le degré d'invalidité à 35 %. Ce calcul ne prête pas flanc à la critique. En effet, le recours au salaire statistique moyen dans les activités simples et répétitives selon l'ESS 2010 est conforme à la jurisprudence, et il y a lieu d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations de la recourante et accessibles sans aucune formation particulière (ATF non publié 9C_31/2010 du 28 septembre 2010, consid. 4.3). La réduction supplémentaire de 15% appliquée par l'intimée est également adéquate, les limitations fonctionnelles et l'âge de la recourante ne justifiant pas une réduction supérieure. Le revenu sans invalidité pris en considération est celui que la recourante aurait réalisé selon les indications de son employeur. Partant, la décision de l'intimé doit être confirmée en tant qu'elle refuse l'octroi d'une rente, le degré d'invalidité de 35 % n'étant pas suffisant pour ouvrir le droit à une telle prestation.

E. 11

Ce taux est en revanche supérieur au seuil à partir duquel des mesures de réadaptation, par exemple un stage d'observation, peuvent être octroyées. Il convient ainsi de déterminer si la recourante y a droit. A cet effet, il s'agit en premier lieu d'établir si l'activité proposée par les EPI était adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante. Contrairement à ce qu'affirme cette dernière, tel est bien le cas et le Dr L_____ l'a d'ailleurs

A/2162/2012 - 16/18 - admis lors de son audition. Ce médecin a certes assorti cette indication d'une réserve concernant l'absence de mouvement de rotation. Cependant,

l'activité telle que décrite – se saisir de petites pièces sur la gauche, puis les placer devant soi avant de les mettre sur sa droite – n'implique pas de mouvements en porte-à-faux du buste, puisqu'il suffit de tendre les bras, voire de faire un pas de côté, comme le relève l'intimé. Partant, le grief de la recourante quant au caractère inadapté du stage tombe à faux. Les déclarations initiales de ses médecins ne permettent pas non plus de parvenir à une autre appréciation. En effet, ceux-ci se sont fondés non pas sur une connaissance directe du poste occupé mais sur les déclarations de leur patiente. Le Dr L. _____ a ainsi exposé qu'il avait établi un arrêt de travail car la recourante lui déclarait qu'elle devait accomplir des mouvements contre-indiqués et rester assise trop longtemps. Or, il était loisible à la recourante de faire de fréquentes pauses, comme elle l'a d'ailleurs reconnu dans son écriture du 29 mai 2012. De plus, selon le rapport des EPI d'avril 2012, la recourante décidait elle-même de la fréquence à laquelle elle alternait les positions assise et debout. Enfin, il semble que l'incidence de l'atteinte soit ressentie par la recourante de manière plus importante qu'elle ne l'est objectivement, du point de vue médical. Elle a en effet indiqué aux EPI ne pas tolérer la station assise plus de quelques minutes, ce qui ne correspond ni aux constatations de l'expert ni à celles de ses médecins traitants. Par ailleurs, la recourante a demandé en août 2010, soit avant même de débiter son stage, à ne le suivre qu'à mi-temps, alors même que le Dr L. _____ admettait l'exercice à plein temps d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Or, conformément à la jurisprudence citée, les constatations d'ordre médical l'emportent sur l'appréciation subjective par un assuré de sa capacité de travail. Cela étant, ce qui précède ne suffit pas à conclure à un manque de faculté subjective de reclassement qui permettrait de considérer que les mesures d'ordre professionnel seraient vouées à l'échec. En effet, il y a lieu de rappeler que selon l'art. 21 al. 4 LPGa, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés. Selon une jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement à cause d'invalidité ne peut être nié en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGa a été observée (ATF non publié 9C_100/2008 du 4 février 2009, consid. 3.2 ; ATF non publié I 552/06 du 13 juin 2007, consid. 4.1).

A/2162/2012 - 17/18 - L'intimé n'ayant pas adressé la sommation légale à la recourante, il convient de lui renvoyer la cause pour qu'il y procède, avant de statuer une nouvelle fois sur le droit aux mesures d'ordre professionnel en fonction de la suite que la recourante aura donnée à cette mise en demeure. La possibilité d'adresser la recourante à l'ORIF devrait être envisagée, afin de renouveler les expériences et d'apporter un regard neuf sur ses capacités.

E. 12

Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement admis. La recourante a droit à des dépens, qu'il convient de fixer à 1'500 fr. (art. 61 let. g LPGa). La procédure n'étant pas gratuite en matière d'assurance-invalidité, l'intimé supportera l'émolument de 500 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

A/2162/2012 - 18/18 - 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.