

GE_GERICHTE ATAS/741/2017 vom 24. August 2017

GE Cour de justice, 2017-08-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_741_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/741/2017 du 24 août 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/741/2017 del 24 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), 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 LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable.

E. 3

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10).

E. 4

Le litige porte sur le taux de la rente d'invalidité à accorder à l'assurée, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.

E. 5

L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 – 5ème révision AI). 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.

E. 6

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/2287/2016 - 10/16 - 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). 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

a. 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). b. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient 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 doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). c. 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). Lorsqu'un assuré réalise un revenu nettement inférieur à la moyenne en raison de facteurs étrangers à l'invalidité (par exemple : formation scolaire insuffisante, absence de formation professionnelle, manque de connaissances linguistiques, possibilités limitées de trouver un emploi en raison du statut de saisonnier) et qu'il n'existe pas d'élément permettant d'affirmer qu'il souhaite librement s'en contenter, il convient d'abord d'effectuer une mise en parallèle des deux revenus à comparer, soit en révisant à la hausse le revenu sans atteinte à la santé - par l'augmentation de celui-ci ou par le recours à des données statistiques - soit en revoyant à la baisse le revenu d'invalide par une diminution correspondante des données statistiques (ATF 134 V consid. 4.1). Ce n'est que par la mise en parallèle des revenus qu'il est possible de garantir que des écarts salariaux imputables à des circonstances étrangères à l'invalidité soient pris en considération. Cette méthode implique de prendre en compte ou non lesdites circonstances, pourvu que cela touche de manière égale les revenus avec et sans invalidité (ATF 129 V 222, consid. 4.4).

A/2287/2016 - 11/16 - d. Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la

médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers.

e. Il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb p. 323). 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) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction 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/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

E. 8

a. 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

A/2287/2016 - 12/16 - 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).

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 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). c. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b). Ainsi, en principe, 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). 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. cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait

A/2287/2016 - 13/16 - qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

E. 9

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 ; 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).

E. 10

En l'espèce, la décision attaquée retient, sur la base de l'expertise de la PMU, que l'assurée dispose d'une capacité de travail nulle depuis le 1er mai 2012 dans son activité antérieure de nettoyeuse, mais de 60% dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. La recourante conteste cette évaluation, en se prévalant des conclusions de ses médecins : le Dr O_____ atteste d'une capacité de travail inférieure à celle retenue par les experts, tout en précisant qu'il lui est difficile de la chiffrer. La Dresse G_____ l'évalue à 50% sur le plan strictement rhumatologique et à 0% en tenant compte des aspects psychiatriques et

otologiques du dossier.

E. 11

a. La Chambre de céans constate que l'expertise de la PMU est fondée sur une anamnèse détaillée effectuée en connaissance du dossier médical, sur les indications subjectives de l'assurée et sur des examens rhumatologiques, psychiatriques et otoneurologiques complets. Ses conclusions sont claires et exemptes de contradictions, de sorte qu'elle satisfait aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante. On peut certes regretter que l'expert ORL - qui ne s'est prononcé qu'au regard de l'activité de nettoyeuse - n'ait pas discuté des éventuelles répercussions de la surdité sur l'exercice d'une activité adaptée, mais cet élément ne saurait à lui seul remettre en cause les conclusions communes et motivées des experts, dont il ressort une capacité de travail globale de 60% dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles. b. Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, comme l'est celle de la PMU, elle ne saurait être remise en cause pour le seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Encore faut-il faire état d'éléments objectivement vérifiables - de nature notamment clinique ou diagnostique - ayant été ignorés dans le cadre de cette évaluation et suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé de ses conclusions ou en établir le

A/2287/2016 - 14/16 - caractère objectivement incomplet (arrêt du Tribunal fédéral 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2). c. En l'occurrence, bien que les Drs O _____ et G _____ aient émis des appréciations divergentes de la capacité de travail, ils n'ont pas mis en évidence d'éléments essentiels et objectivement vérifiables qui n'auraient déjà été pris en compte par les experts. Le Dr O _____ a justifié ses conclusions en se référant notamment à des facteurs étrangers à l'invalidité - défaut de formation et difficultés linguistiques -, de sorte que son opinion ne saurait prévaloir sur celle de la PMU. Il en va de même de l'avis du Dresse G _____, car si cette praticienne a conclu à une totale incapacité de travail, c'est principalement en raison des aspects psychiques et otoneurologiques du dossier, qui excèdent son domaine de spécialisation. Pour le reste, on ne décèle pas de divergence notable entre le point de vue des experts et celui des médecins de la recourante, lesquels ont tous deux confirmés les diagnostics de la PMU. Enfin, il paraît utile de rappeler que la Dresse G _____ s'est ralliée aux limitations fonctionnelles énoncées par les experts. d. Faute d'élément propre à mettre en doute les conclusions de la PMU, la Chambre de céans retiendra, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assurée dispose, depuis le 1er mai 2012, d'une capacité de travail de 0% dans sa profession antérieure de nettoyeuse, mais de 60% dans toute activité respectant les limitations énumérées par les experts.

E. 12

À ce stade, il convient de vérifier le calcul du degré d'invalidité. a. Le revenu sans invalidité de CHF 51'441.- retenu par l'intimé n'est pas contesté. Toutefois, dans la mesure où le droit à la rente naît à l'issue du délai de carence d'un an - qui échoit en l'espèce le 1er mai 2013 - il convient d'adapter ce montant à l'évolution des salaires nominaux jusqu'en 2013, année déterminante pour la comparaison des gains. Ce faisant, on obtient un revenu sans invalidité de CHF 51'793.- en 2013 (ISS en 2012 : 2'630 et en 2013 : 2648). b. Lorsqu'un assuré n'a pas repris d'activité professionnelle, comme c'est le cas en l'occurrence, son revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de l'enquête sur la structure des salaires établie par l'Office fédéral de la statistique (ESS). En l'espèce, le salaire de référence est celui d'une

femme effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, soit CHF 49'344.- par an (ESS 2012, tableau TA1, ligne total, niveau de compétence 1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire hebdomadaire de travail de 40 heures, inférieur à la moyenne usuelle dans les entreprises de 41,7 heures en 2013 (Office fédéral de la statistique - statistique de la durée normale du travail dans les entreprises, DNT), ce montant doit être augmenté à CHF 51'441.- (CHF 49'344.- x 41.7 : 40), puis à CHF 51'793.-

A/2287/2016 - 15/16 - afin de tenir compte de l'évolution des salaires nominaux jusqu'en 2013. Rapporté au taux d'activité exigible de 60%, il s'élève à CHF 31'076.-. c. Reste à examiner si le facteur de réduction appliqué au revenu d'invalidité statistique est correct. L'intimé l'a fixé à 15% compte tenu des limitations fonctionnelles et de l'âge de la recourante. Cette dernière lui reproche d'avoir omis plusieurs critères supplémentaires, tels son éloignement du marché du travail, sa surdité et son manque de formation. Elle en tire la conclusion que le taux d'abattement doit être augmenté à 25%. En l'occurrence, c'est à juste titre que l'intimé a retenu les critères de l'âge et des limitations fonctionnelles, dès lors que la recourante était âgée de 57 ans au jour de la décision litigieuse et que ne lui sont désormais accessibles, selon l'expertise (p. 22), que des professions exercées à l'intérieur et n'impliquant ni port de charges supérieures à 5 kg, ni utilisation continue des mains, ni travaux de force, en hauteur ou nécessitant de fréquents changements de position, ni rotations répétées de la tête, ni mouvements d'abduction et d'élévation des épaules au-dessus de l'horizontale. Cela étant, force est de constater que l'intimé a omis de tenir compte des effets, sur les perspectives salariales de la recourante, de son absence prolongée du marché du travail depuis 2001, liée à ses problèmes de santé. Or, cumulé aux critères admis par l'administration, cet éloignement est de nature à désavantager sensiblement l'intéressée au moment d'un éventuel engagement. À cela s'ajoute qu'elle souffre d'une surdité sévère (perte auditive de 96,4%), qui n'est que partiellement compensée par ses prothèses et dont les experts n'ont pas discuté les effets sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Il n'en demeure pas moins que cette surdité paraît propre à limiter les perspectives de réinsertion et de gain de l'assurée par rapport aux autres travailleurs. De toute évidence, seules des concessions salariales importantes lui permettront de compenser cet état de fait de manière à être compétitive sur le marché du travail, de sorte qu'une déduction de 20% au moins s'impose au vu de l'ensemble des circonstances. Partant, le revenu d'invalidité ne saurait excéder CHF 24'860.- (80% x CHF 31'076.-). d. La comparaison des revenus déterminants conduit à un degré d'invalidité de 52 % [(CHF 51'793.00 – 24'860) / CHF 51'793.00] ouvrant droit à une demi-rente.

E. 13

Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision litigieuse annulée. Il est dit que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité dès mai 2013. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA; RS E 5 10 ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03). Enfin, la procédure étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 200.- sera mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).

A/2287/2016 - 16/16 - 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.