

GE_GERICHTE ATAS/941/2018 vom 15. Oktober 2018

GE Cour de justice, 2018-10-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_941_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/941/2018 du 15 octobre 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/941/2018 del 15 ottobre 2018

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

À 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.

A/2443/2017 - 16/27 - 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 trente jours (art. 56 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, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

E. 4

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, à des mesures d'ordre professionnel et à une aide au placement.

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

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt

A/2443/2017 - 17/27 - 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.

E. 8

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. 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). 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, 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). 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/2443/2017 - 18/27 - 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). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet 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; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). 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

A/2443/2017 - 19/27 - 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. A 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; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 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 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_369/2008 du 5 mars 2009 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; 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. 10

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).

E. 11

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). 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

A/2443/2017 - 20/27 - décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). 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 des 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 (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). Quant au revenu d'invalidité, 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'invalidité 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. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

A/2443/2017 - 21/27 - 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. 12

Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATF 119 V 475 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2). Même s'il n'est pas indispensable de déterminer avec précision les salaires de références, il n'en demeure pas moins que, dans cette situation, l'évaluation de l'invalidité repose sur des données statistiques. Par conséquent, une réduction supplémentaire du revenu d'invalidité (abattement) est possible en fonction des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (cf. ATF 126 V 75 consid. 7b).

E. 13

a. Selon l'art. 17 al. 1 LAI, la personne assurée a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 p. 489 et les références ; ATF 139 V 399).

A/2443/2017 - 22/27 - b. Selon l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. L'orientation professionnelle, qui inclut également les conseils en matière de carrière, a pour but de cerner la personnalité des assurés et de déterminer leurs capacités et leurs dispositions qui constitueront la base permettant de choisir une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement adéquat. Y ont droit les assurés qui, en raison de leur invalidité, sont limités dans le choix d'une profession ou dans l'exercice de leur activité antérieure et qui ont dès lors besoin d'une orientation professionnelle spécialisée (Circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle, CMRP, p. 16, nos 2001 et 2002). Le Tribunal fédéral a rappelé que l'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession. L'art. 15 LAI suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer un tel choix,

mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles ne sont pas suffisantes pour choisir une profession adaptée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_882/2008 du 29 octobre 2009 consid. 5.1 et les références). c. Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI, l'assuré présentant une incapacité de travail et susceptible d'être réadapté a droit: a) à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié; b) à un conseil suivi afin de conserver un emploi. Une mesure d'aide au placement se définit comme le soutien que l'administration doit apporter à l'assuré qui est entravé dans la recherche d'un emploi adapté en raison du handicap afférent à son état de santé. Il ne s'agit pas pour l'office AI de fournir une place de travail, mais notamment de soutenir une candidature ou de prendre contact avec un employeur potentiel. L'admission du droit au service de placement suppose une invalidité spécifique par rapport aux prestations entrant en ligne de compte (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 523/04 du 19 août 2005 consid. 3.1). Le Tribunal fédéral a ainsi considéré que cette condition était remplie, pourvu que l'assuré rencontre, dans la recherche d'un emploi, des difficultés même légères en raison de son état de santé (ATF 116 V 80 consid. 6a; VSI 2000 p. 72 consid. 1a). Dès lors, il existe une invalidité déterminante pour le service de placement si, pour des raisons de santé, l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi approprié (ATF 116 V 80 consid. 6a). Il n'y a pas d'invalidité et donc aucun droit à une aide au placement lorsque l'assuré dispose d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée et qu'il ne présente pas de limitations particulières liées à son état de santé, telles que mutisme, cécité, mobilité limitée, troubles de comportement, qui l'entraveraient dans sa recherche de travail, par exemple pour participer à des entretiens d'embauche, pour expliquer ses limites et ses possibilités dans une activité professionnelle ou pour négocier certains aménagements de travail nécessités par son invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I 595/02 du 13 février 2003 consid. 1.2). Lorsque la capacité de travail est limitée uniquement du fait que seules des activités légères peuvent être exigées de l'assuré, il faut qu'il soit entravé de

A/2443/2017 - 23/27 - manière spécifique par l'atteinte à la santé dans la faculté de rechercher un emploi (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c, in VSI 2003 p. 274). Ces jurisprudences, rendues sous l'ancien droit, restent pertinentes (arrêt du Tribunal fédéral 9C_416/2009 du 1er mars 2010).

E. 14

En l'occurrence, par arrêt du 8 octobre 2018, rendu dans la cause A/1254/2017 - LAA, opposant la recourante à la SUVA, la chambre de céans a jugé ce qui suit : La recourante a été soumise à une évaluation auprès de la CRR. Le rapport du

E. 18

octobre 2016 de celle-ci conclut à des diagnostics de traumatisme à l'épaule droite avec probable contusion et tendinopathie du supra-épineux droit ainsi que la présence de douleurs et limitations qui ne s'expliquent pas principalement par les lésions objectives constatées ; l'état de santé allait être stabilisé en novembre 2016 ; aucune limitation fonctionnelle n'est retenue et la capacité de travail dans l'ancienne activité est totale depuis le 1er novembre 2016. Le Dr F_____ a suivi cette appréciation et considéré que la capacité de travail était totale dans l'ancienne activité au jour de son rapport le 19 décembre 2016. Quant à la Dre S_____, elle a confirmé, dans un avis du 26 février 2018, les conclusions du rapport de la CRR et du Dr F_____, en précisant toutefois que la recourante présentait un état maladif, sans lien avec l'accident, soit une atteinte fissuraire des deux tendons de la

coiffe des rotateurs, laquelle entraînait des limitations fonctionnelles qui étaient à respecter, comme attesté par le Dr M_____. Ce rapport, précis et complet, analyse de façon plus globale l'atteinte de la recourante, soit tant sous l'angle accidentel que maladif. Il convient ainsi d'admettre que l'atteinte malade de la recourante entraîne les limitations fonctionnelles que le Dr M_____ a retenues, celles-ci ayant été confirmées par la Dre S_____ ; contrairement à l'avis de l'intimée, qui s'écarte sur ce point de la propre appréciation de sa médecin-conseil, les douleurs présentées par la recourante sont confirmées par des observations médicales concluantes. En conséquence, le rapport de la CRR, fondé sur le suivi de la recourante du 6 septembre au 10 octobre 2016, comprenant une anamnèse, un examen clinique, les plaintes de la recourante, la prise en compte des examens d'imagerie, des diagnostics clairs et une évaluation de la capacité de travail de la recourante motivée, sous l'angle des conséquences dues à l'accident, de façon convaincante, répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante, sous réserve de ses conclusions quant à la non-reconnaissance des limitations fonctionnelles, celles-ci devant être admises selon les constatations de la Dre S_____. Dans ce sens, le rapport de la CRR et celui du Dr F_____ doivent être complétés et rectifiés, les limitations fonctionnelles retenues par le Dr M_____ étant objectivées par une atteinte dégénérative, de sorte qu'il est erroné de la part de l'intimé de retenir que les limitations fonctionnelles ne s'expliquent pas par les lésions objectives et relèvent de facteurs contextuels. A cet égard, la jurisprudence reconnaît qu'il existe certaines constellations dans lesquelles il convient de s'écarter d'un point d'une expertise médicale sans que celle-ci ne perde

A/2443/2017 - 24/27 - sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C 706/2016 du 6 juillet 2017 et 9C 316/2017 du 5 octobre 2017), ce qui est le cas en l'espèce, le rapport de la CRR et celui du Dr F_____ pouvant être complétés par les constatations et conclusions de la Dre S_____. Par ailleurs, les rapports des médecins-traitants de la recourante ne remettent pas valablement en cause les conclusions du rapport de la CRR et des médecins-conseils de l'intimé. En effet, le Dr E_____ a mentionné dans un avis du 18 octobre 2016 qu'il abondait dans le sens de la CRR qui préconisait une reprise de travail le 1er novembre 2016. Le Dr D_____ a certes certifié une incapacité de travail totale de la recourante au-delà du 1er novembre 2016 mais sans la motiver ; il s'est ainsi limité le 6 décembre 2016 à attester d'une « PSH droite » d'évolution favorable mais lente, sans indication de limitations fonctionnelles ni d'impact sur la capacité de travail. Quant au Dr M_____, il a attesté le 6 février 2017 de la persistance de douleurs dont l'origine n'était pas claire et le 6 décembre 2017 d'un diagnostic de tendinopathie non rupturée du tendon supra-épineux et infra-épineux de l'épaule droite, d'une capacité de travail nulle dans l'activité de repasseuse mais totale dans une activité respectant les limitations fonctionnelles depuis août 2017 (éviter les mouvements impliquant les gestes au-dessus de l'horizontal avec le membre supérieur droit, pas de charges supérieures à 2 kg avec le membre supérieur droit, éviter les environnements froids et éviter les gestes répétitifs avec le membre supérieur droit). Il était en partie d'accord avec les conclusions de la CRR car il n'y avait, objectivement, pas de véritables limitations fonctionnelles autre que les douleurs, de type inflammatoire et donc subjectives ; le Dr M_____ a donné des renseignements complémentaires le 21 juin 2018 précisant que le diagnostic posé relevait d'un état maladif, lequel avait été décompensé par l'accident et que les limitations fonctionnelles relevaient uniquement des douleurs ressenties ; son avis rejoint en partie celui de la Dre S_____ du 26 février 2018 selon lequel l'atteinte fissuraire des deux tendons de la coiffe des rotateurs entraînait des

limitations fonctionnelles qui étaient à respecter ; il diverge sur la survenance du statu quo sine, le Dr T_____ estimant que celui-ci n'est pas atteint, l'accident ayant décompensé un état maladif préexistant alors que la Dre S_____ estime qu'au

E. 19

décembre 2016, l'accident, qui n'a entraîné aucune atteinte structurelle, a largement cessé de déployer ses effets et que l'atteinte dégénérative ne peut, en toute hypothèse être reliée à l'accident. Or, l'avis du Dr M_____ ne permet pas de considérer, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'état maladif présenté par la recourante, même si l'on devait admettre qu'il a été décompensé par l'accident, est encore en lien de causalité avec celui-ci au-delà du 19 décembre 2016, soit plus de dix-sept mois après l'accident. En effet, en présence d'un état maladif préexistant, aggravé ou, de manière générale, apparu consécutivement à un accident, il convient d'examiner si l'accident constitue la cause naturelle (et adéquate) du dommage ou si celui-ci résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident, ce qui est notamment le cas

A/2443/2017 - 25/27 - lorsqu'à un moment donné, l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire. Le fait que des douleurs persistent malgré les traitements entrepris ne permet pas, sur cette base, d'admettre la nature post-traumatique de la symptomatologie (arrêt du Tribunal fédéral 8C 485/2014 du 24 juin 2015) ; par exemple, dans le cas jurisprudentiel précité, l'effet délétère d'un accident ayant entraîné une contusion de l'épaule droite et décompensé un état maladif préexistant (tendinopathie calcifiante de l'épaule), a été considéré comme éteint trois mois après sa survenance. En l'occurrence, aucune explication médicale convaincante ne permet de conclure à la présence d'un état maladif de la recourante décompensé au-delà du 1er novembre 2016. Enfin, les Drs P_____ et Q_____ ont relevé, dans leur avis du 2 juin 2017, que la recourante présentait des lésions hétérogènes des tendons supra-épineux et infra-épineux, sans indication opératoire, sans se prononcer sur le rôle joué par l'accident. Au demeurant, il doit être retenu que la recourante a présenté une incapacité de travail totale dans son ancienne activité de repasseuse du 2 juillet 2015 au 31 octobre 2016, que dès le 19 décembre 2016, l'accident a cessé ses effets délétères et que l'atteinte dégénérative, soit de nature malade, est à l'origine des limitations fonctionnelles qui ont perduré, retenues par le Dr M_____. 15. a. Dans la présente procédure, l'intimé s'est fondé sur l'avis du SMR du 22 février 2017 pour rendre sa décision de refus de toute prestation. Le SMR a estimé que la recourante a présenté une lésion de la coiffe de l'épaule droite post traumatique, dont la prise en charge médicale a été longue et que, pendant ce parcours, la reprise de l'ancienne activité n'est pas exigible en raison de la persistance des limitations fonctionnelles (pas de mouvement impliquant des gestes au-dessus de l'horizontal avec le membre supérieur droit, pas de soulèvement de charge au-delà de 2 kg près du corps et aucune charge éloignée du corps). Il a estimé qu'il n'y a plus de limitation fonctionnelle depuis le 1er novembre 2016, de sorte que l'activité antérieure est exigible au 1er novembre 2016. A cet égard, il convient d'admettre, au vu de l'arrêt du 8 octobre 2018 opposant la recourante à la SUVA, dont les considérants sont pertinents dans le cadre de la présente procédure, et au vu des avis convergents des Drs M_____ et S_____, que l'atteinte dégénérative entraîne les limitations fonctionnelles précitées, lesquelles doivent être complétées par l'impossibilité d'effectuer des gestes répétitifs avec le membre supérieur droit et la nécessité d'éviter les environnements froids, comme retenu par les Drs S_____ et M_____ ; or, ces limitations fonctionnelles ne permettent plus à la recourante d'exercer son ancienne activité de

repassseuse, même au-delà du 1er novembre 2016. En revanche, dans une activité adaptée, la recourante présente une capacité de travail de 100 %, comme admis par le SMR depuis toujours, ce qui n'a pas été

A/2443/2017 - 26/27 - sérieusement remis en cause par les médecins traitants de la recourante, de sorte qu'au 2 juillet 2016, soit à l'échéance d'une année d'incapacité de travail totale dans son ancienne profession, son degré d'invalidité peut être arrêté en prenant en compte une capacité de travail totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. b. A cet égard, le calcul effectué par l'intimé n'est pas critiquable. La recourante ne conteste d'ailleurs pas la prise en compte d'un revenu sans invalidité fondé sur les salaires statistiques, en raison, comme mentionné par l'intimé, de son parcours professionnel peu régulier ; en revanche, s'agissant du revenu d'invalidité, elle prétend à un abattement de 20 %, au lieu de 10 %. Or, le taux de 10 % tient suffisamment compte des limitations fonctionnelles de la recourante, laquelle, titulaire d'un permis B, âgée de seulement 38 ans au jour de la décision litigieuse et reconnue capable de travailler à 100 %, ne peut prétendre à un motif supplémentaire permettant l'application d'un abattement plus élevé (à cet égard arrêts du Tribunal fédéral 9C_637/2014 du 6 mai 2015 ; 9C_371/2013 du 22 août 2013). c. En conséquence, le degré d'invalidité de 10 %, résultant de la comparaison des revenus avec et sans invalidité, issu des salaires statistiques, ne donne droit ni à une rente ni à une mesure de reclassement. Enfin, la recourante ne prétend pas remplir les critères permettant de bénéficier d'une aide au placement, soit en particulier de présenter des difficultés particulières dans la recherche d'un emploi approprié. En revanche, il incombera à l'intimé d'examiner si la recourante peut prétendre à une mesure d'ordre professionnel telle qu'une orientation professionnelle, cette question n'ayant pas été examinée par l'intimé dès lors qu'il a considéré, à tort, que la recourante ne présentait plus aucune limitation fonctionnelle dès le 1er novembre 2016 et que son ancienne activité était exigible. 16. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 25 avril 2017 sera réformée dans le sens que le refus de toute mesure d'ordre professionnel sera annulé et la cause renvoyée à l'intimé pour examiner le droit de la recourante à une telle mesure, notamment une orientation professionnelle. 17. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'300.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/2443/2017 - 27/27 - 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.