

GE_GERICHTE A/3441/2013 vom 8. April 2014

GE Cour de justice, 2014-04-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3441_2013

FR: GE_GERICHTE A/3441/2013 du 8 avril 2014

IT: GE_GERICHTE A/3441/2013 del 8 aprile 2014

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 08.04.2014
A/3441/2013

A/3441/2013 ATAS/483/2014 du 08.04.2014 (AI) , ADMIS/RENVOI En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3441/2013
ATAS/483/2014 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 8 avril
2014 1ère Chambre En la cause Madame B _____, domiciliée à CHATELAINE,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître UTZ Maurice recourante contre
OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, rue des Gares
12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Madame B _____, née en 1956, exerçant la
profession de serveuse, a été victime de deux accidents, le 25 janvier 2008 (contusion du
genou gauche), le 19 février 2011 (entorse du genou gauche) et d'une chute dans les
escaliers le 30 décembre 2011 après que son genou ait lâché, chute au cours de laquelle elle
a tapé le bas du dos sur l'angle d'une marche. Elle a cessé toute activité depuis
lors.![endif]>![if> 2. Une radiographie de la colonne lombaire, effectuée le 2 janvier
2012, a mis en évidence une discarthrose lombaire étagée L3-S1. ![endif]>![if> Une IRM
du genou gauche du 25 janvier 2012 a mis en évidence une gonarthrose évoluée du
compartiment fémoro-tibial, ainsi que d'une arthrose fémoro-patellaire. 3. Le 25 mai
2012, l'assurée a déposé auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève
(OAI), une demande visant à l'octroi d'une rente d'invalidité.![endif]>![if> 4. Dans un
rapport du 5 juillet 2012, la Doctoresse L _____, généraliste, a retenu le diagnostic de
lombosciatalgies depuis le 30 décembre 2011. Elle a indiqué que l'assurée ne pouvait plus
exercer son activité de serveuse, mais n'a pas répondu à la question de savoir s'il existait
une capacité de travail dans une activité adaptée, considérant qu'elle n'était pas apte à le
faire. Elle précise que les limitations fonctionnelles qu'elle a observées sont le port de
charges lourdes, la mobilisation du rachis dorsolombaire et le maintien de la station assis ou
debout prolongée.![endif]>![if> 5. L'assurée a été soumise à une expertise réalisée le
15 août 2012 par le Docteur M _____, psychiatre, et le Docteur N _____,
orthopédiste, tous deux de la Clinique Corela et mandatés par la Generali, assurance auprès
de laquelle était affilié son employeur, la société X _____ SA, contre les accidents
professionnels et non professionnels.![endif]>![if> Les experts ont retenu les diagnostics de
contusion lombaire, discopathie lombaire multi-étagée et séquelles de tassement de D11,
contusion du genou gauche, gonarthrose bilatérale évoluée du compartiment fémoro-tibial
interne, gonarthrose fémoro-patellaire avec chondropathie de grade II sur le versant trop
clair, ostéochondrome unique de la bourse quadricipitale (dû à l'obésité qui a déclenché la
survenue d'une arthrose fémoro-tibiale interne et fémoro-patellaire). Aucun diagnostic n'a
été posé sur le plan psychiatrique. Ils ont considéré que la capacité de travail après
l'accident du 19 février 2011 était entière dès le 20 mars 2011 et après celui du 30 décembre
2011, dès le 1 er février 2012. Ils ont en revanche indiqué que l'évolution de la gonarthrose

allait impliquer une aggravation progressive de l'arthrose des compartiments fémoro-tibial interne et fémoro-patellaire. 6. Par décision du 21 septembre 2012, confirmée sur opposition le 14 décembre 2012, la Generali a mis fin au versement de ses prestations avec effet au 19 mars 2011 s'agissant de l'accident du 19 février 2011, et admis la prise en charge de la chute du 30 décembre 2011, ce jusqu'au 31 janvier 2012. 7. Par arrêt du 28 janvier 2014, la chambre de céans a rejeté le recours formé par l'assurée contre la décision de la Generali. 8. Un entretien d'évaluation s'est déroulé le 12 novembre 2012, au cours duquel les principes et prestations de l'AI, et en particulier l'utilité des mesures d'intervention précoces, ont été exposées à l'assurée. Celle-ci n'ayant pas montré d'intérêt quant à la mise en place de mesures d'intervention précoces, le dossier IP a été clôturé. 9. Dans une note du 18 juin 2013, le médecin du SMR constate que d'après les diagnostics et le cahier des charges d'une serveuse, l'activité antérieure n'est plus exigible, qu'en revanche dans une activité adaptée, la capacité de travail est entière. 10. L'OAI a déterminé le degré d'invalidité sur la base d'un salaire avec invalidité de CHF 45'705 selon les données statistiques des ESS 2010 tableau TA1 de niveau 4 pour une femme, un temps de travail raisonnablement exigible de 100 % et un taux d'abattement de 15 %, d'une part, et d'un revenu sans invalidité réactualisé de CHF 50'634 d'autre part, et ainsi obtenu un degré d'invalidité de 9,73 %. 11. Par décision du 25 septembre 2013, l'OAI a informé l'assurée que sa demande de prestations AI était rejetée, vu le degré d'invalidité de 9,73 %. 12. L'assurée, représentée par Me Maurice UTZ, a interjeté recours le 28 octobre 2013 contre ladite décision. Elle conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle a complété son recours le 29 novembre 2013 et produit un rapport d'expertise établi par le Docteur O _____ le 18 novembre 2013. Elle relève que selon ce médecin, elle "présente une pathologie (gonarthrose sévère) qui doit être considérée comme invalidante. La capacité de travail est nulle dans son métier de serveuse, dans une activité adaptée, la capacité de travail devrait pouvoir être évaluée par un stage ». Elle s'étonne dès lors de la décision de l'OAI, ne comprend pas quelle activité adaptée elle pourrait effectuer et reproche à l'OAI de se borner à se référer au rapport du SMR, lequel ne dit précisément rien sur l'éventuelle activité adaptée. 13. Dans sa réponse du 6 janvier 2014, l'OAI a indiqué qu'il avait pris connaissance de l'expertise produite par l'assurée et qu'il l'avait soumise au SMR pour examen. Celui-ci avait considéré que cette expertise n'apportait aucun élément nouveau, soulignant que l'expert ne niait pas l'existence d'une capacité de travail adaptée, mais estimait que celle-ci devait pouvoir être évaluée par un stage. L'OAI conclut dès lors au rejet du recours, le SMR ayant précisément évalué la capacité de travail dans une activité adaptée à 100%. 14. Dans sa réplique du 3 février 2014, l'assurée relève que le Dr O _____ a estimé qu'il était pour l'heure impossible de déterminer si elle pouvait travailler dans une activité adaptée et qu'il était impensable d'évaluer cette capacité dans une éventuelle activité adaptée sans mesure d'instruction comme par exemple un stage. Elle s'étonne de « la légèreté de l'analyse de l'OAI, qui affirme péremptoirement qu'une activité avec des travaux légers est en l'espèce raisonnablement exigible". 15. Dans sa duplique du 17 février 2014, l'OAI a indiqué qu'il persistait intégralement dans ses conclusions tendant au rejet du recours. 16. Ce courrier a été transmis à l'assurée et la cause gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1 er 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).² Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.³ 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.⁴ 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).⁴ Le recours a été interjeté en temps utiles.⁵ Le litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations AI.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 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 1^{er} janvier 2008).⁷ 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.⁸ 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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).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).⁹ 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. 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 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).

9. 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 qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant 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).

10. 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).

11. 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).

12. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), 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 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.

13. En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judiciaire que l'office AI donnât au

recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins 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 du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (ATF non publié 9C_279/2008 du 16 décembre 2008, consid. 4).!

14. Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328). D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (ATF non publié 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence).

15. En l'espèce, l'OAI a considéré que l'assurée était capable d'exercer une activité professionnelle à plein temps, pour autant que cette activité soit adaptée à ses limitations fonctionnelles. Elle ne pouvait dès lors prétendre ni à une rente d'invalidité ni à des mesures de réadaptation professionnelles.

La Chambre de céans constate que seul le médecin du SMR a fixé le taux de capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée. Ni la Dresse L_____, ni le Dr O_____ ne se sont prononcés sur cette question. La première a considéré qu'elle n'était pas apte à donner un quelconque chiffre, le second a précisé que cette capacité de travail devait pouvoir être évaluée par un stage. Or, les médecins du SMR sont liés par un rapport de travail avec l'OAI. Si ce fait n'enlève a priori aucunement la valeur probante de leur examen, il faut relever cependant qu'il ne s'agit pas de médecins indépendants spécialistes reconnus au sens de la jurisprudence susmentionnée, et donc que leur analyse ne vaut pas expertise (ATAS/132/2007).

En l'occurrence le médecin du SMR s'est vraisemblablement fondé sur les limitations fonctionnelles observées par la Dresse L_____ dans son rapport du 5 juillet 2012, sans autre considération. Il apparaît ainsi que l'instruction de l'OAI n'est pas complète. Les médecins sont unanimes à exclure la possibilité pour l'assurée de reprendre son activité habituelle de serveuse. Dans ces circonstances, il appartenait à l'OAI de déterminer quel type d'activités adaptées pouvait être exigible. Il s'est contenté de se référer à l'avis du médecin du SMR. Or, on ne sait notamment pas si l'assurée présente ou non une diminution de rendement dans l'exercice d'une activité adaptée. Il est vrai que le Tribunal fédéral a retenu à de très nombreuses reprises que les données ressortant de l'enquête suisse sur la structure des salaires

recouvrait un large éventail d'activités simples et répétitives dont on devait admettre qu'un nombre significatif était adapté à des limitations fonctionnelles (arrêts I 397/05 du 5 juillet 2006 ; I 112/06 du 16 août 2007, I 111/06 du 19 avril 2007 ; I 372/06 du 25 janvier 2007 ; I 700/05 du 12 janvier 2007 ; 8C 377/2009 du 18 février 2010). L'OAI cite plus particulièrement un arrêt rendu par le TF le 27 mai 2009 dans la cause portant le numéro 9C 963/2008 pour affirmer qu'il n'est pas tenu de décrire les activités qui pourraient entrer en ligne de compte. Or, dans cet arrêt, ainsi que le relève l'assuré, la cause avait été renvoyée à l'office AI pour instruction complémentaire, afin qu'une expertise médicale soit réalisée. C'est seulement après que l'expert ait considéré que l'assurée présentait une capacité résiduelle de travail de 85 % dans une activité légère adaptée à ses limitations fonctionnelles que le TF, avait effectivement jugé que le salaire fixé selon les données statistiques était suffisamment représentatif de ce que les assurés seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et on qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (arrêt I171/04 du 1 er avril 2005 ; 9C 963/2008 du 27 mai 2009). Il y a lieu de constater que dans tous les cas jugés par le TF et cités ci-dessus, le taux de capacité de travail dans une activité adaptée avait été préalablement déterminé. Or, tel n'est pas le cas en l'espèce. Il se justifie dès lors d'admettre le recours et de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, laquelle portera sur le taux de la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, et nouvelle décision sujette à recours. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable.![endif]>![if> Au fond : 2. L'admet et renvoie la cause à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.![endif]>![if> 3. Condamne l'intimé à verser à l'assurée la somme de CHF 1'200.- à titre de participation à ses frais et dépens.![endif]>![if> 4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'OAI. ![endif]>![if> 5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.![endif]>![if> La greffière Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le