

GE_GERICHTE A/3604/2020 vom 8. Februar 2022

GE Cour de justice, 2022-02-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3604_2020

FR: GE_GERICHTE A/3604/2020 du 8 février 2022

IT: GE_GERICHTE A/3604/2020 del 8 febbraio 2022

Erwägungen

E. 3

Le 1^{er} janvier 2021, est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était alors déjà pendant devant la Chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82 a LPGA).

E. 4

Le 1^{er} janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705). En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est, en principe, celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence). Selon les dispositions transitoires de la modification de la LAI du 19 juin 2020, pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui avaient au moins 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, l'ancien droit reste applicable (let. c). En l'occurrence, l'assurée était âgée de 61 ans au 1^{er} janvier 2022 et son droit à la rente est né avant cette date, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

E. 5

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

E. 6

Le litige ne porte que sur la question de la capacité de travail de l'assurée et le degré d'invalidité dans la sphère professionnelle, le taux d'empêchement dans la sphère ménagère n'étant quant à lui pas contesté.

E. 6.1

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, mentale ou psychique 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).

E. 6.2

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).

E. 6.2.1

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).

E. 6.2.2

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).

E. 6.2.3

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.

E. 6.2.4

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).

E. 6.2.5

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).

E. 6.3

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. 7

En l'espèce, l'intimé, se fondant sur l'avis du SMR, considère l'assurée apte à exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à 50% depuis juin 2018, ce que l'intéressée conteste, alléguant qu'il lui est impossible d'exercer la moindre activité.

E. 7.1

Les atteintes à la santé sont clairement établies et non contestées. Il est ainsi admis que la recourante souffre d'une atteinte cardiaque, d'un syndrome pulmonaire restrictif, d'une coxarthrose et d'une gonarthrose, d'un diabète non insulino-traité, de bronchites asthmatiformes à répétition, de conflit sous-acromial des épaules. Les limitations fonctionnelles en découlant sont les suivantes : privilégier une position sédentaire, éviter le port de charges, les champs magnétiques, les mouvements répétés des épaules et les mouvements au-dessus de l'horizontale. Ces limitations ne sont pas contestées non plus. A également été mentionné par le médecin-traitant le diagnostic de trouble dépressif modéré, dont le SMR a jugé qu'il n'était pas invalidant, au vu de la prise de position du psychiatre consulté, qui n'a pas retrouvé de plaintes sur ce plan et n'a jugé bon d'instaurer aucun suivi ni traitement. En définitive, seules divergent les évaluations de la capacité de l'assurée à exercer une activité adaptée, répondant aux limitations fonctionnelles énoncées précédemment. Le SMR retient une capacité de 50%, corroborée par les rapport du Dr B _____ de 2018 (qui n'exclut que les activités lourdes physiquement et envisage une activité de bureau), de la Dresse C _____, du 27 juin 2018 (qui précise expressément que la dyspnée et la fatigabilité inhabituelles dont se plaint sa patiente ne se manifestent que sur le

plan physique ; cf. point 4.2 du rapport) et de la Dresse E _____, elle-même, qui, dans un rapport médical du 16 septembre 2019, a estimé sa patiente capable d'effectuer un travail sédentaire de bureau à raison de 4h./jour. Dès lors, l'affirmation contradictoire et non motivée de la Dresse E _____ dans ses rapports de juillet 2019 et juillet 2020, qui exclut l'exercice d'une activité adaptée sans autre explication, ne saurait convaincre. Quant au Dr B _____, qui avait admis une activité de bureau précédemment, s'il estime, dans son dernier rapport, qu'il est "tout à fait licite que la patiente bénéficie d'une rente d'invalidité", force est de constater qu'il n'en précise pas le taux, pas plus qu'il ne s'exprime sur la capacité de sa patiente à exercer une activité adaptée. Qui plus est, on rappellera que le droit à une rente a bel et bien été reconnu à la recourante. Enfin, la Dresse G _____, si elle écarte expressément l'exercice de l'activité habituelle d'aide-soignante - dont il n'est pas contesté qu'elle n'entre plus en ligne de compte -, n'exclut pas l'exercice d'une activité adaptée. Dès lors, eu égard aux considérations qui précèdent, il n'existe aucun élément permettant de s'écarter des conclusions du SMR quant à l'exigibilité d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante à 50%. En conséquence, l'évaluation du degré d'invalidité dans la sphère professionnelle n'apparaît pas critiquable.

E. 8

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. 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.