

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1722/2023

ATAS/576/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 juillet 2024

Chambre 8

En la cause

A _____

recourante

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Laurence PIQUEREZ, Présidente suppléante ; Yves MABILLARD, Michael
RUDERMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1969, aide-soignante de formation (non certifiée en Suisse), a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) le 19 juillet 2019. Elle mentionnait les atteintes à la santé suivantes : status post bypass gastrique et cholécystectomie laparoscopique pour obésité morbide (BMI 58) en 2016, syndrome métabolique avec prédiabète, carences en fer et vitamines B12 et D3 post bypass, douleurs au dos chroniques dues en partie au poids des seins (l'opération de plastie mammaire ayant été refusée par l'assureur maladie) et status post syndrome de stress post traumatique.
- b.** En décembre 2019, l'OAI a proposé à l'assurée une mesure d'aide au placement auprès de la Fondation IPT, que l'intéressée a déclinée.
- c.** La demande a été rejetée le 8 janvier 2021 pour défaut de collaboration, l'OAI n'ayant pu récolter aucun document médical, malgré plusieurs rappels et sommations.
- B.** **a.** Le 9 février 2021, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations, en mentionnant une incapacité de travail de 50% depuis 2017.
- b.** Sa rhumatologue traitante, la Docteure B_____, a fait état de rachialgies chroniques prédominant au niveau dorsolombaire d'allure mécanique avec un déconditionnement dans le contexte de bypass en février 2016 avec perte pondérale très importante, scoliose dorsolombaire et troubles dégénératifs participant à la symptomatologie. Elle a également mentionné des douleurs mécaniques des épaules, prédominantes à droite. La patiente était plutôt compliant. Le bypass contre-indiquait la prise de certains médicaments, d'autres étaient mal tolérés. De la physiothérapie était prescrite. Compte tenu de la surcharge pondérale encore présente et des problématiques ostéoarticulaires, la reprise de l'activité d'aide-soignante lui apparaissait difficilement exigible. Elle retenait les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charge de plus de 5 kg, pas de mouvements répétés des épaules / membres supérieurs au-dessus de 90°, pas de mouvements de flexion du tronc répétés, pas de station debout prolongée. La praticienne a estimé qu'une réduction mammaire et de la physiothérapie active pourraient permettre un reconditionnement avec une amélioration partielle des douleurs après quelques mois. Une reprise d'activité adaptée progressive à temps partiel était envisageable.
- c.** Le Docteur C_____, médecin traitant, a mentionné une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle d'aide-soignante, en raison d'une obésité morbide, des dorsalgies, cervicalgies et omalgie droite. Il n'a pas pu se prononcer s'agissant de la capacité résiduelle dans une activité adaptée. Il a également relevé une asthénie et fait part d'un pronostic réservé (rapport du 7 mars 2021).

d. Dans un avis subséquent (29 août 2021), le médecin a noté les limitations fonctionnelles suivantes : douleurs cervico-dorsales à la mobilisation, pas de port de charges ni station debout prolongée ; fatigabilité accrue sur obésité morbide ; omalgie droite chronique. Dans une activité respectant ces limitations, sa patiente pourrait probablement travailler à 50%.

e. Le Docteur D_____, médecin du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a considéré que les avis des médecins traitants étaient insuffisants pour se prononcer sur le cas de l'assurée. Une expertise bidisciplinaire a dès lors été ordonnée et confiée à E_____ (ci-après : E_____).

f. Dans leur rapport du 17 novembre 2022, les Docteurs F_____, psychiatre, et G_____, rhumatologue, au terme de leur évaluation consensuelle, ont posé les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail : omarthrose centrée et conflit sous-acromial de l'épaule droite et cervico-dorso-lombalgies mécaniques avec troubles dégénératifs. Sans effet sur la capacité de travail, ils ont mentionné un état prédiabétique, une anémie normochrome et un status post bypass avec obésité morbide, malgré la réduction du poids de 150 kg à 93 kg. Ils ont estimé que la capacité de travail était nulle depuis avril 2018 dans l'ancienne activité d'aide-soignante pour des motifs rhumatologiques exclusivement. Dans une activité adaptée épargnant le rachis (pas de mouvements de torsion, de flexion et d'extension du dos) et les membres supérieurs (pas de travail avec le bras droit au-dessus de l'horizontale ; pas de port de charge de plus de 1 kg à droite et de plus de 5 à 10 kg à gauche), la capacité de travail était entière depuis toujours, avec une diminution de rendement liée à l'asthénie. Une réserve était émise s'agissant d'une pathologie vertigineuse d'apparition ponctuelle qui nécessitait une investigation spécialisée ORL.

Des mesures médicales étaient préconisées. S'agissant de l'omalgie droite, les médecins ont conseillé une infiltration par la rhumatologue, susceptible d'apporter une nette amélioration, suivie d'une rééducation en piscine. La continuation de la perte de poids était encouragée. Une plastie mammaire devrait être prise en charge et éventuellement une abdominoplastie, afin d'améliorer la situation au niveau du rachis.

Les plaintes de l'assurée étaient cohérentes et plausibles. Ses seules craintes concernaient des chutes dues à des vertiges, problématique non explorée. L'assurée était cependant très peu motivée à l'idée de reprendre une activité professionnelle.

g. Dans son avis du 28 novembre 2022, le Dr D_____, médecin SMR, a considéré que les plaintes en lien avec une problématique vertigineuse n'étaient pas corroborées par la description faite de sa journée type par l'assurée, qui mentionnait peu de limitations. Il a considéré que les conclusions des experts pouvaient être validées, et qu'il convenait de retenir une baisse de rendement de

20% en raison des limitations rhumatologiques dans les deux axes (membre supérieur droit et rachis).

h. Après examen du parcours et de la situation personnelle et familiale de l'assurée, l'OAI a estimé que, sans atteinte à la santé, elle aurait vraisemblablement travaillé à plein temps. C'est donc un statut de personne active qui a été retenu. Quant à la détermination des revenus avec et sans invalidité, l'OAI s'est référé pour les deux aux salaires statistiques issus de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) 2018, en tenant compte de l'évolution jusqu'en 2019.

i. Confirmant son projet de décision du 2 mars 2023, l'OAI a rejeté la demande de rente d'invalidité le 26 avril 2023, au motif que l'assurée présentait un taux d'invalidité de 20% à la fin du délai d'attente d'un an. Les mesures professionnelles ont également été refusées, au vu du nombre important d'activités non qualifiées adaptées aux limitations fonctionnelles de l'intéressée.

C. a. Par courrier déposé le 19 mai 2023 au greffe de la chambre de céans, l'assurée a formé recours contre la décision précitée. Faisant valoir son incapacité totale de travail, elle a conclu à la « reconsidération » de la décision entreprise.

b. Le 7 juin 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours, se référant à la décision entreprise et au rapport d'expertise bidisciplinaire rendu par le E_____ le 17 novembre 2023, auquel il convenait d'accorder pleine valeur probante.

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 - 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.

2. Le délai de recours de trente jours (art. 60 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA – E 5 10]) est présentement respecté.

Bien que sommairement motivé, l'acte de recours l'est suffisamment pour remplir les réquisits légaux à ce propos (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

3. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

4.

4.1 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.

Le 1^{er} juin 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA *a contrario*).

4.2 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 75).

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, étant précisé que le juge n'a en principe pas à prendre en considération les modifications du droit postérieures à la date déterminante de la décision administrative litigieuse (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence).

En l'occurrence, la décision querellée a été rendue après le 1^{er} janvier 2022, mais le droit à une éventuelle rente d'invalidité doit être examiné à l'issue du délai d'attente d'un an, soit présentement en avril 2019. En conséquence, ce sont les dispositions légales applicables dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 qui seront citées.

5.

5.1 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).

5.2 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.

5.3 Pour évaluer l'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). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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.

Le revenu sans invalidité se détermine en règle générale d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment du prononcé de la décision (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Toutefois, lorsque la perte (ou l'absence) d'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité, le salaire doit être établi sur la base des données statistiques (arrêt 9C_212/2015 du 9 juin 2015 consid. 5.4 et les références).

S'agissant du revenu avec invalidité et en l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; 129 V 472 consid. 4.2.1).

6.

6.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu 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 (AFT 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). 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 (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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 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.

6.2 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 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

6.3 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 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI - RS 831.201 ; 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_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

6.4 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 peut influencer l'objectivité ou l'impartialité du médecin traitant (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 V 157 consid. 1c et les références), elle ne justifie cependant pas en elle-même 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).

6.5 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 ; 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 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

7. 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 135 V 39 consid. 6.1 ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

8.

8.1 En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur le rapport d'expertise bidisciplinaire pour établir la capacité de travail résiduelle de la recourante.

8.2 Force est de constater que l'expertise réalisée par les Drs F_____ et G_____, respectivement psychiatre et rhumatologue, remplit les critères fixés par la jurisprudence pour que lui soit reconnue pleine valeur probante. Les experts ont pris connaissance du dossier, exposé les plaintes de la recourante et fait état de leurs constatations cliniques. Leurs conclusions, prises au terme d'une évaluation consensuelle du dossier, sont motivées de façon convaincante. Seule la diminution de rendement n'est pas chiffrée. Dans la mesure où elle est par ailleurs justifiée par une asthénie sans corrélation avec un diagnostic incapacitant, elle ne saurait être retenue (cf. art. 7 al. 2 LPGA). Cela étant, le SMR a procédé à une évaluation subséquente sur ce point, considérant que le cumul des limitations fonctionnelles rhumatologiques dans deux plans différents justifiait une baisse de rendement de l'ordre de 20%, ce qui apparaît cohérent.

8.3 La rhumatologue traitante ne diverge que de manière limitée des conclusions des experts. En effet, elle retient des diagnostics et limitations fonctionnelles similaires. Seule son appréciation de la capacité de travail diffère, dans la mesure où elle considère la recourante capable travailler à temps partiel et après une reprise progressive. Son appréciation n'est cependant pas motivée et ne saurait, de

la sorte, remettre en question les conclusions claires des experts. Il en va de même de l'appréciation du médecin traitant.

Il convient par conséquent de considérer que la recourante est en mesure de travailler à plein temps, avec un rendement diminué de 20%, dans une activité adaptée telle que décrite par les experts, et ce depuis 2018.

9.

9.1 Reste à examiner le calcul du taux d'invalidité auquel s'est livré l'intimé.

9.2 L'OAI s'est fondé sur les salaires statistiques pour déterminer le revenu sans invalidité.

Dès lors que la dernière activité exercée par la recourante était un stage d'aide-soignante à mi-temps non rémunéré sur placement de l'Hospice général, il n'est effectivement pas possible de se fonder sur celle-ci pour établir un revenu. En outre, la recourante ne dispose pas de formation certifiée et a exercé des activités dans divers domaines (hôtellerie, nettoyage, paramédical). Vu ces circonstances, c'est à raison que l'intimé a pris en considération les salaires statistiques. Le salaire de référence utilisé, soit celui auquel peut prétendre une femme effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, en 2019, compte tenu de l'horaire usuel de travail, peut par conséquent être confirmé.

9.3 Quant au revenu avec invalidité, l'intimé a pris en compte le même salaire statistique, ce qui apparaît conforme à la jurisprudence, eu égard au nombre significatif d'emplois auxquels la recourante peut prétendre, malgré ses limitations. Compte tenu d'une diminution de rendement de 20%, le taux d'invalidité s'établit à 20%, ce qui est inférieur au seuil permettant l'octroi d'une rente. Il en irait de même en appliquant un abattement supplémentaire de 10% sur le salaire statistique avec invalidité. Une telle réduction semble de toute manière exclue, eu égard à l'âge (55 ans) de la recourante à l'issue du délai d'attente et au fait que les limitations fonctionnelles ont déjà justifié une réduction pour diminution de rendement (arrêt du Tribunal fédéral 8C_827/2009 consid. 4.2).

10. Il suit de ce qui précède que le recours, mal fondé, sera rejeté.

Vu le sort du recours, il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis LAI).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. 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.

La greffière

La présidente suppléante

Pascale HUGI

Laurence PIQUEREZ

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le