

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3402/2013

ATAS/105/2014

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 janvier 2014

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame M _____, domiciliée à MEYRIN

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame M_____, née en 1955, d'origine congolaise, couturière de formation, travaille en qualité d'employée polyvalente à plein temps depuis janvier 1994 auprès d'un établissement médico-social (EMS) à Genève.
2. Son employeur a annoncé le 6 octobre 2011 à l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après OAI) le cas de l'assurée en vue d'une détection précoce. Il indique que l'assurée est incapable de travailler à 100% depuis le 26 juillet 2011 en raison de problèmes aux genoux.
3. Le Docteur A_____, spécialiste FMH en médecine interne, a confirmé, le 23 septembre 2011, qu'il suivait l'assurée depuis plusieurs années et qu'elle présentait une arthrose invalidante du genou droit, au point qu'« une prothèse s'imposera probablement dans quelques années ». Le médecin préconise, « dans la mesure du possible, de trouver à l'assurée un poste de travail un peu moins contraignant, *étant précisé que* le travail debout pourrait continuer, mais les déplacements devraient être limités ».
4. Un entretien, initialement prévu le 24 octobre 2011, a été reporté au 3 novembre 2011, l'assurée ayant repris son travail à 100%, mais devant malgré tout envisager une reconversion. Un entretien en détection précoce a finalement eu lieu le 18 novembre 2011. L'assurée a expliqué qu'elle effectuait beaucoup de déplacements, qu'elle était toujours debout, qu'elle portait des charges, mais qu'il n'y avait ni stress, ni pression dans le cadre de son travail.
5. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) du genou droit a été réalisée le 26 avril 2011 au service de radiologie de l'Hôpital de La Tour. Il a été constaté « une arthrose tricompartmentale avec depuis l'examen du 28 mai 2009, une pénétration de l'arthrose fémoro-patellaire du côté externe et une légère augmentation de la quantité des épanchements articulaires, que le remaniement arthrosique et l'atteinte dégénérative de la corne postérieure et moyenne du ménisque interne sont assez superposables. On retrouve un hypersignal linéaire horizontal qui s'étend de la corne postérieure vers la corne moyenne de ce ménisque interne en faveur d'une ancienne déchirure qui n'a pas évolué depuis le dernier examen. Le ménisque externe est conservé. L'arthrose du compartiment fémoro-tibial externe est modérée et stable ».
6. L'OAI a informé l'assurée, le 1^{er} décembre 2011, qu'il était arrivé à la conclusion qu'une demande AI devait être déposée. L'assurée s'est exécutée et a rempli le formulaire ad hoc le 23 décembre 2011.
7. Dans un rapport du 3 février 2012, le Dr A_____ a indiqué que l'assurée marchait dorénavant avec des cannes et que son incapacité de travail était entière depuis le 2 décembre 2011 dans son activité d'employée polyvalente. Le médecin a précisé qu'il serait possible d'envisager un travail en position assise (type couturière), mais que l'on ne pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle que si elle restait sous traitement médical.

8. Le 14 février 2012, l'employeur a récapitulé à l'attention de l'OAI les absences de l'assurée, représentant environ trois mois à 100%, et un mois et demi à 50% en 2009, quatre jours en 2010 et un peu moins d'un mois, puis un peu moins d'une dizaine de jours, en 2011.
9. Il appert d'une note de travail établie le 17 juillet 2012, que l'assurée a repris son travail à plein temps dans son poste habituel quelque peu adapté par son employeur, que malgré cette adaptation toutefois, elle souffre toujours de douleurs qui actuellement se situent également dans l'épaule.
10. L'OAI a informé l'assurée le 31 juillet 2012 qu'un accompagnement actif pendant sa reprise professionnelle progressive lui était accordé, afin de garantir que celle-ci se déroule dans de bonnes conditions et soit adaptée à son atteinte à la santé, ce sur la base d'un contrat passé le 7 mars 2012 sur les objectifs à atteindre.
11. Dans une note de travail du 19 septembre 2012, il est fait état de ce que l'assurée tient beaucoup à son travail et semble très motivée à continuer à fournir des services irréprochables. Un travail en tant que caissière à la cafétéria est alors envisagé, pour autant qu'un tel travail existe et se libère à l'EMS.
12. Un rapport d'évaluation a été établi le 19 septembre 2012. Il est fait état d'une nouvelle pathologie, soit d'une arthrose dans le bras gauche provenant de l'épaule (déchirure du tendon). Les trois activités suivantes ont été étudiées :
 - couturière : « peu réaliste, car pas assez de travail dans ce domaine ».
 - lingère : « éprouvant et peu adapté à son état physique ».
 - caissière : « pas de caisse à la cafétéria de l'EMS où elle travaille. Il faudrait d'abord évaluer les douleurs à l'épaule gauche pour être sûr qu'un travail avec des mouvements répétitifs est adapté s'agissant d'être caissière dans une grande surface ».
13. Dans un rapport du 30 janvier 2013, le Dr A_____ a indiqué que l'état de santé était stable, qu'il y avait même eu amélioration entre les deux dernières consultations, soit entre le 20 août 2012 et le 30 janvier 2013. Il précise que sa patiente souffre d'une arthrose au genou droit et de douleurs dans l'épaule droite sur rupture transfixiante du sus épineux, et que l'action de rotation externe est un peu limitée. S'agissant des douleurs à l'épaule, il déclare que la situation est globalement gérable.
14. Le 16 mars 2013, l'employeur a confirmé qu'il avait procédé à quelques aménagements au poste de travail de l'assurée, de sorte que celle-ci n'a plus à monter sur les escabeaux pour les nettoyages, et se baisse le moins possible.
15. L'OAI a transmis à l'assurée le 9 août 2013 un projet de décision. Il a retenu les incapacités de travail suivantes : 100% du 12 mai 2009 au 17 août 2009, 50% du 18 août 2009 au 4 octobre 2009, et 100% du 24 juillet 2012 au 5 août 2012. Il a constaté qu'elle avait continué à exercer son activité professionnelle habituelle à

100%, sa place de travail ayant été légèrement adaptée, de sorte que les conditions d'ouverture du droit à une rente et à des mesures de réadaptation n'étaient pas remplies.

16. L'OAI a confirmé son projet par décision du 25 septembre 2013.
17. L'assurée a interjeté recours le 22 octobre 2013 contre ladite décision. Elle indique vouloir connaître les raisons pour lesquelles sa demande de prestations a été rejetée. Elle ne comprend en particulier pas pourquoi son incapacité de travail n'est prise en considération que pendant une certaine durée, alors qu'elle avait dûment transmis tous les justificatifs attestant de son incapacité totale de travailler.
18. Dans sa réponse du 4 novembre 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours.
19. 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 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.

2. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).
3. Le litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations AI.
4. 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).

b) 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. 28 al. 2 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).

5. 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. 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).

Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer

quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (ATFA non publié I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATF non publié 9C_462/2009 du 2 décembre 2009, consid. 2.4).

6. 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).
7. Pour déterminer le degré d'invalidité, 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).

Il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

8. 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 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (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 (ATFA non publiés I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2).

9. Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. 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). 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 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; ATF non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5).

10. En l'espèce, le Dr A_____ a attesté d'une incapacité entière de travail dans l'activité d'employée polyvalente de l'assurée, depuis le 2 décembre 2011, en raison d'une arthrose invalidante au genou droit. Dans son premier rapport du 23 septembre 2011, il a précisé qu'un travail debout pouvait être envisagé, mais que les déplacements devraient être limités. Le 3 février 2012 cependant, il prévoit un travail en position assise.

L'employeur a procédé à quelques aménagements au poste de travail de l'assurée, celle-ci n'ayant plus à monter sur des escabeaux pour les nettoyages et n'ayant plus à se baisser aussi souvent. L'assurée a ainsi repris son travail à plein temps depuis août 2012.

Le 30 janvier 2013, le Dr A_____ a indiqué que l'état de santé de sa patiente était stable et qu'il avait même pu constater une amélioration entre ses deux dernières consultations, soit entre le 20 août 2012 et le 30 janvier 2013.

11. Il appert que l'assurée souffre d'une nouvelle atteinte, soit d'une arthrose au bras et d'une déchirure du tendon de l'épaule droite. Dans le rapport d'évaluation du 19 septembre 2012, il est à cet égard rappelé qu'il manque un avis médical concernant l'épaule gauche « afin de tester la piste professionnelle de caissière : dès que nous avons cet avis médical plus précis, nous pourrions arranger un stage de deux-trois jours afin de mieux évaluer la nécessité d'un changement professionnel et de ce projet en particulier ». Le Dr A_____ a signé un arrêt médical du 3 au 24 septembre 2012 en raison de cette atteinte. Le 30 janvier 2013, il se borne à déclarer que la situation est globalement gérable s'agissant du bras.
12. Fort dès lors est de constater, au vu de ce qui précède, qu'aucune incapacité de travail ou de gain n'a été mise en évidence.

Aussi le recours ne peut-il être que rejeté. L'attention de l'assurée est toutefois attirée sur le fait qu'il lui est loisible de déposer auprès de l'OAI une nouvelle demande de prestations AI au cas où son état de santé s'était aggravé.

13. Un émolument de 200 fr. est mis à la charge de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. 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

Nathalie LOCHER

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