RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3604/2020 **ATAS/105/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 février 2022

3ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Claudiane CORTHAY et Philippe LE GRAND ROY, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en _____ 1961, de nationalité algérienne, mariée, mère de deux enfants, ayant exercé l'activité d'aide-soignante à 50%, a été mise en arrêt de travail à compter du 14 novembre 2017, suite à une décompensation cardiaque sur cardiopathie rhumatismale chronique avec atteintes valvulaires.

b. Le 15 mars 2018, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI).

c. Ont été versés au dossier, notamment :

- un rapport rédigé le 3 mai 2018 par le docteur B_____, spécialiste FMH en cardiologie, expliquant que la patiente avait un lourd passé cardiologique; elle avait bénéficié en juin 2017 d'une chirurgie de remplacement des valves mitrale et tricuspide, avait un pacemaker et était en fibrillation auriculaire chronique; s'y ajoutaient un diabète et une dyslipidémie; elle avait été hospitalisée fin 2017 pour une décompensation cardiaque dans un contexte de possible myocardite avec altération sévère de la fonction ventriculaire gauche; celle-ci avait récupéré progressivement, mais, en février 2018, il restait une altération modérée de la fonction ventriculaire gauche; s'agissant de la capacité de travail, le médecin estimait qu'au vu de la lourdeur des antécédents, la patiente devait éviter les travaux physiques et pourrait au mieux effectuer un travail de bureau;
- un rapport du Dr B_____ du 19 janvier 2018, constatant une amélioration significative de la fonction ventriculaire gauche et un bon fonctionnement des prothèses mitrale et tricuspide, soit une évolution qualifiée de "plutôt favorable" de la décompensation cardiaque;
- un rapport de la doctoresse C_____, médecin-traitant, du 27 juin 2018, concluant à une totale incapacité de travail depuis janvier 2018, en raison d'une insuffisance cardiaque avec dyspnée et fatigabilité inhabituelles sur le plan physique uniquement (cf. point 4.2 du rapport);
- un rapport rédigé en novembre 2018 par le docteur D_____, ayant procédé à une évaluation cardiaque, et concluant que, d'un point de vue strictement vasculaire, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle;

- un avis émis le 28 janvier 2019 par le Service médical de l'AI (SMR), admettant une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle et une capacité de 50% dans une activité adaptée, c'est-à-dire tenant compte des limitations fonctionnelles dues à l'atteinte cardiaque et des comorbidités (syndrome pulmonaire restrictif, coxarthrose et gonarthrose droite et diabète non insulino-traité), à savoir : privilégier une position sédentaire, éviter le port de charge, les champs magnétiques et les mouvements répétés des épaules.

d. Une enquête ménagère réalisée au domicile de l'intéressée en mars 2019, rectifiée en mai 2019 pour tenir compte d'une aide exigible moindre du fils de l'assurée, également malade, a conclu à des empêchements ménagers à hauteur de 44,5%.

e. En juillet 2019, la doctoresse E_____, nouveau médecin traitant de l'assurée depuis février 2019, a indiqué que sa patiente se plaignait d'une fatigue quotidienne et ne pouvait porter de charges lourdes; elle était également limitée au niveau des épaules et n'était dès lors pas en mesure d'exercer son activité habituelle, pas plus qu'une activité adaptée; cependant, les symptomes de dépression pourraient être améliorés par un traitement médicamenteux ou psychothérapeutique.

f. Le SMR a constaté qu'outre les diagnostics déjà connus, s'ajoutaient ceux de bronchites asthmatiformes à répétition, de conflit sous-acromial des épaules prédominant à gauche et de trouble dépressif modéré; dès lors, de nouvelles limitations fonctionnelles devaient être prises en compte : pas de travail répétitif des épaules, pas de mouvements au-dessus de l'horizontale, pas de port de charges. Pour le reste, il était préconisé de compléter l'instruction sur le plan psychiatrique.

g. Par la suite, le SMR a confirmé sa position sur le plan physique et estimé que, sur le plan psychiatrique, il n'y avait pas d'atteinte incapacitante. Il a été tenu compte du fait que la Dresse E_____, dans un rapport médical du 16 septembre 2019, avait estimé sa patiente capable d'effectuer un travail sédentaire de bureau à raison de 4h./jour et que le docteur F_____, psychiatre, avait constaté l'absence de plaintes sur le plan psychique.

B. **a.** Par décision du 7 octobre 2020, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une demi-rente à compter du 1er novembre 2018, date d'échéance du délai de carence d'une année.

L'OAI a constaté que l'assurée devait se voir reconnaître le statut de personne active à 50%. Une incapacité de travail totale dans toute activité lui a été reconnue à compter du 14 novembre 2017, début du délai de carence.

Son état de santé s'est amélioré à partir de juin 2018, date à compter de laquelle l'OAI a considéré que l'assurée avait recouvré une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le degré d'invalidité a

été évalué à 68,58% dans la sphère professionnelle, après comparaison du revenu avant invalidité (CHF 78'841.-) à celui que l'assurée pourrait obtenir malgré l'atteinte à sa santé, dans une activité simple et répétitive et après application d'une réduction supplémentaire de 10% pour tenir compte du fait que seule une activité légère était possible et des limitations fonctionnelles (CHF 24'770.-). S'agissant de la sphère ménagère, l'OAI s'est référé à une enquête réalisée au domicile de l'intéressée, ayant conclu à un taux d'empêchement de 44,5%. En conséquence, le taux d'invalidité global s'établissait à 56,54%, arrondi à 57% ([50% de 68,58% = 34,29%] + [50% de 44,5% = 22,25%]).

b. Par écriture du 9 novembre 2020, l'assurée a interjeté recours contre cette décision.

Elle conteste être capable d'exercer à 50% une activité professionnelle, quel que soit le domaine envisagé. Elle rappelle qu'elle souffre de graves problèmes cardiaques qui ont déjà nécessité trois interventions à cœur ouvert et qui entraînent une très grande fatigue, quelle que soit l'activité à laquelle elle s'adonne (marche, tâches ménagères, commissions, etc.). Elle souffre également des deux épaules ainsi que d'une bronchite asthmatique chronique, qui augmente sa fatigue.

Elle conclut à ce qu'un degré d'invalidité de 100% lui soit dès lors reconnu dans la sphère professionnelle, ce qui conduirait à un degré d'invalidité global de 72,25% ouvrant droit à une rente entière.

A l'appui de sa position, la recourante produit :

- un rapport établi le 1er juillet 2020 par la Dresse E_____ confirmant les diagnostics déjà précédemment posés, relatant que sa patiente se plaint d'une fatigue quotidienne; avec des difficultés à accomplir ses tâches ménagères, qu'elle ne peut porter de lourdes charges, qu'elle est limitée au niveau de ses épaules et qu'une échographie, en juillet 2020, a montré une arthropathie acromio-claviculaire et une bursite sous-acromiale ; le médecin en tire la conclusion que sa patiente n'est médicalement pas en mesure de reprendre son poste habituel d'aide-soignante, ni aucun autre poste de travail adapté;
- un rapport rédigé le 15 septembre 2020 par le Dr B_____, rappelant que sa patiente présente de lourds antécédents cardiaques qui ont nécessité trois interventions, en 1996, 2008 et 2017, qu'elle est sous anticoagulants en raison d'une fibrillation auriculaire et qu'elle porte un pacemaker; le médecin termine en alléguant qu'au vu de ces éléments, associés à une fonction ventriculaire gauche altérée, il lui semble "tout à fait licite que la patiente bénéficie d'une rente d'invalidité".

c. Invité à se déterminer, l'intimé a conclu au rejet du recours en se référant à un avis du SMR, lequel constate que la Dresse E_____ reprend les diagnostics déjà

énoncés précédemment et décrit une fatigabilité, une incapacité à porter des lourdes charges et une limitation des épaules, sans amener de nouvel élément médical objectif pouvant le conduire à reconsidérer sa position : les diagnostics sont déjà connus et les limitations fonctionnelles d'épargne des deux épaules prises en considération. Quant au rapport du Dr B_____, il reprend les antécédents de l'assurée et qualifie son état de stable, bien que fragile, sans apporter non plus de nouvel élément médical objectif, ni évoquer d'aggravation récente. Qui plus est, ce médecin conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité sans en préciser le taux. Il ne se prononce pas sur la capacité de travail de sa patiente.

d. La recourante a répliqué en persistant dans ses conclusions. Elle reproche au SMR d'avoir largement minimisé ses affections et les limitations en découlant. Elle maintient que sa capacité de travail est nulle, quelle que soit l'activité envisagée.

e. La recourante a encore produit un rapport établi le 15 mars 2021 par la Dresse G_____, spécialiste FMH en rhumatologie.

Celle-ci y conclut à titre principal à une omalgie droite chronique exacerbée depuis quelques mois, suite à une chute durant l'été 2019, à une possible lésion de la coiffe, ainsi qu'à un syndrome cervical et une limitation de la mobilité évoquant une capsulite rétractile. Le médecin relate que sa patiente estime que le droit à une demi-rente qui lui a été reconnu est insuffisant au vu de ses multiples comorbidités, ajoutant : « Il est vrai que la probable problématique de la nuque et de l'épaule limite clairement la possibilité d'une reprise comme aide-soignante, dernier emploi de la patiente ».

f. L'intimé a persisté dans ses conclusions après avoir soumis cette nouvelle pièce au SMR, qui, le 13 avril 2021, a noté l'absence de nouvel élément médical objectif : l'atteinte aux épaules a déjà été pris en compte, tout comme les limitations fonctionnelles d'épargne en découlant. Selon le SMR, la mobilité articulaire décrite par la rhumatologue est tout à fait compatible avec une activité sédentaire à temps partiel. Il rappelle qu'il est admis depuis longtemps que l'activité habituelle n'est plus exigible de la part de l'intéressée.

g. Une audience de comparution personnelle a été convoquée pour le 13 janvier 2022, à laquelle la recourante ne s'est pas présentée et à l'issue de laquelle la cause a été gardée à juger.

h. Les autres faits seront repris - en tant que de besoin - dans la partie "en droit" du présent arrêt.

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. 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.

3. Le 1er 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).

4. Le 1er 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 1er 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.

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 de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10].

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.

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 1er janvier 2008).

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).

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).

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).

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.

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).

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).

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).

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.

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.

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

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
Marie-Catherine SECHAUD	Karine STECK

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