

GE_GERICHTE ATAS/1034/2018 vom 7. November 2018

GE Cour de justice, 2018-11-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1034_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/1034/2018 du 7 novembre 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/1034/2018 del 7 novembre 2018

Erwägungen

E. 6

En l'espèce, le 15 décembre 2016, la recourante a saisi l'intimé d'une demande de prestations en raison d'une atteinte au dos. Au cours du mois de janvier 2017, les A/719/2018 - 8/14 - Drs B_____ et C_____ ont chacun adressé à l'OAI un rapport, dans lequel ils se sont prononcés sur l'état de santé de la recourante et sa capacité de travail. Ces rapports ont été soumis au SMR qui a établi un avis en date du 28 février 2017. Le 17 octobre 2017, l'OAI a sollicité des précisions de l'assurée, s'agissant notamment de l'évolution de son état de santé et de sa capacité de travail. Un rappel lui a été adressé le 13 novembre 2017. Sans nouvelles de la part de la recourante, l'OAI lui a adressé un projet de décision en date du 24 novembre 2017, confirmé le 19 janvier 2018 sans que la recourante ne se soit manifestée. En réalité, en ne répondant pas au courrier du 17 octobre 2017 et au rappel du 13 novembre 2017, la recourante a refusé de collaborer à l'instruction du dossier. Toutefois, le dossier ne permet pas de retenir que la recourante aurait fait une violation qualifiée de son obligation de collaborer (voir supra consid. 6c in fine), de sorte que pour pouvoir statuer en l'état du dossier, l'intimé devait lui adresser une mise en demeure écrite, en l'avertissant des conséquences juridiques et en lui impartissant un délai de réflexion convenable. Or, force est de constater que l'office intimé n'a pas respecté cette procédure. En effet, ni le courrier du 17 octobre 2017 ni le rappel du 13 novembre 2017 ne comportaient une mise en demeure avec indication des conséquences juridiques et délai de réflexion. Par ailleurs, dans la mesure où l'OAI connaissait l'identité des médecins traitants de la recourante, il lui était possible de se renseigner sur l'évolution de l'état de santé de celle-ci sans difficultés ni complications spéciales. Ainsi, en statuant en l'état du dossier, sans mise en demeure et délai de réflexion et sans avoir demandé une mise à jour directement aux médecins traitants de l'assurée, l'intimé a violé la procédure prévue par l'art. 43 al. 3 LPGA, applicable en matière d'assurance-invalidité par le biais de l'art. 1 LAI. La décision querellée doit donc être annulée pour ce motif déjà. Cela étant, même si l'OAI avait été en droit de statuer en l'état du dossier sans mise en demeure et délai de réflexion, la cause aurait quoi qu'il en soit dû être renvoyée à l'intimé, faute de rapports probants au dossier, comme cela ressort des considérations suivantes.

E. 7

a. 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).

A/719/2018 - 9/14 - 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. 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). c. Selon les art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, 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.

E. 8

a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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 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; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2). b. 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

A/719/2018 - 10/14 - 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). b/aa. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). b/bb. Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2).

E. 9

a. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les

A/719/2018 - 11/14 - arrêts cités ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances 8C_441/2007 du 6 mai 2008 consid. 4.2 et I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5). b. 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). 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). c. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément

d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La jurisprudence du Tribunal fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; cf. notamment ATAS/588/2013 du 11 juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013). Un renvoi à l'administration reste également possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

E. 10

a. À titre liminaire, il convient de relever que l'activité habituelle de la recourante était celle de sage-femme. En raison de son atteinte à la santé, elle a décidé de quitter, avec effet au 30 septembre 2016, cette activité pour exercer celle d'assistante médicale, qu'elle considérait comme plus adaptée. Elle a ainsi travaillé dix jours pour une gynécologue en octobre 2016. Avec l'aide de l'OAI, elle a suivi une pré-formation d'assistante médicale entre janvier et avril 2017. En d'autres termes, la recourante a appliqué le principe de la réadaptation par soi-même et a tenté une reconversion professionnelle.

A/719/2018 - 12/14 - La recourante a été engagée à 100% en tant qu'assistante médicale par un cabinet de gynécologie à compter du 1er mai 2017. Toutefois, les Drs B_____ et C_____ ont estimé que sa capacité de travail était de 50% dès le 5 décembre 2017. Ces rapports, produits en cours de procédure, n'ont donc pas pu être pris en considération dans la décision querellée. L'OAI les a cependant soumis à son SMR, qui a confirmé son avis du 28 février 2017 (voir avis du 30 avril 2018). Se fondant sur ce dernier avis, l'intimé a persisté dans ses conclusions en rejet du recours et en confirmation de la décision querellée. Il convient dès lors d'examiner la valeur probante des rapports des Drs B_____ et C_____ justifiant une capacité de travail de 50%. b. Force est de constater que les rapports des médecins précités des 26 mars,

E. 12

avril et 6 juin 2018 ne comportent pas d'anamnèse, pas de description des plaintes de l'assuré ni de constatations objectives. Leurs conclusions ne sont ni claires ni motivées. En effet, lesdits rapports ne permettent pas de comprendre pour quelles raisons l'activité d'assistante médicale ne serait pas adaptée à l'état de santé de la recourante, les médecins évoquant l'ambiance de travail (reprise d'une activité éprouvante moralement ; ambiance de travail pas très facile), l'activité en tant que telle (reprise d'une activité éprouvante physiquement, activité pas très facile ; adaptation de l'activité) et le manque de temps (pour mettre en pratique les stratégies rééducatives ; arrêt des activités sportives habituelles). Concrètement, on ne sait pas si c'est la profession même d'assistante médicale à 100% qui

est incompatible avec l'état de santé de la recourante ou si c'est plus particulièrement l'activité dans le cabinet de gynécologie dans lequel elle travaillait ou plus généralement chez un gynécologue qui comprend des contraintes qui ne sont pas compatibles avec son état de santé. Une pleine valeur probante doit dès lors être niée aux rapports des Drs B_____ et C_____. c. L'avis du SMR du 30 avril 2018 est un rapport au sens de l'art. 59 al. 2 bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) qui a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux ressortant des rapports des Drs C_____ et B_____ des 26 mars, respectivement 12 avril 2018. Dans cet avis, le Dr E_____ considère que le dossier ne comporte aucun élément médical permettant de retenir une aggravation de l'état de santé de la recourante. Dans les deux avis (28 février 2017 et 30 avril 2018), les médecins du SMR se sont uniquement prononcés sur la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, qu'ils n'ont pas précisée. Les médecins du SMR ne se sont jamais exprimé sur l'exigibilité de l'activité d'assistante/secrétaire médicale. En persistant dans les termes de la décision querellée, à savoir en persistant à procéder à une comparaison des revenus en prenant en considération le salaire d'assistante médicale à titre de revenu avec invalidité, l'OAI s'est en réalité écarté de l'avis du SMR. En effet, celui-ci ne s'est jamais prononcé sur la capacité de

A/719/2018 - 13/14 - travail dans l'activité de secrétaire/assistante médicale, se contentant de retenir une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Or, rien dans le dossier ne permettait à l'office précité de considérer que l'activité d'assistante médicale était adaptée. En effet, les médecins traitants ont considéré que seule une activité partielle était exigible. De son côté, le SMR ne s'est pas prononcé sur l'exigibilité de cette activité. Or, s'il s'avérait que l'activité de secrétaire/assistante médicale n'était effectivement pas adaptée, il conviendrait alors de procéder à la comparaison des revenus en appliquant les salaires statistiques ressortant de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) et non le salaire d'assistante médicale, ce qui pourrait le cas échéant modifier le degré d'invalidité et, partant, ouvrir le droit à des mesures de reclassement, voire à une rente. Dans de telles conditions, même dans l'hypothèse où l'OAI aurait pu statuer en l'état du dossier, la cause aurait quoi qu'il en soit dû être renvoyée pour instruction complémentaire sur la question de la capacité de travail dans l'activité d'assistante médicale, voire dans une activité adaptée et, cela fait, pour nouveau calcul du degré d'invalidité. 11. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 19 janvier 2018 sera annulée. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Étant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/719/2018 - 14/14 - 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.