

GE_GERICHTE ATAS/1062/2014 vom 8. Oktober 2014

GE Cour de justice, 2014-10-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1062_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/1062/2014 du 8 octobre 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/1062/2014 del 8 ottobre 2014

Erwägungen

E. 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) 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.

E. 2

La LPGA, entrée en force le 1er janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

E. 3

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).

E. 4

Le recours porte sur le droit de la recourante à des prestations d'invalidité, en particulier des mesures d'ordre professionnel. En revanche, l'éventuel lien de causalité entre les troubles actuels de la recourante et l'accident de 2002 est sans pertinence en matière d'assurance-invalidité, si bien qu'il n'a pas à être examiné dans la présente procédure.

E. 5

Il sied en préambule de rappeler que l'assurance-invalidité et l'assurance-chômage ne sont pas des branches d'assurance complémentaires, ce qui aurait pour conséquence qu'un assuré exclu de l'une d'elles pourrait dans tous les cas toucher les prestations de l'autre. Les décisions de l'assurance-invalidité, respectivement de l'assurance-chômage n'ont aucun effet obligatoire pour l'autre assurance (arrêt du Tribunal fédéral 9C_131/2010 du 6 octobre 2010 consid. 6). Partant, l'admission de la pleine aptitude au placement au sens de l'art. 15 de la loi sur l'assurance- chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité (LACI ; RS 837.0) n'a pas nécessairement pour conséquence qu'une capacité de travail complète doive être reconnue à la recourante.

E. 6

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi

relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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

A/2664/2013 - 13/17 - 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 (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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.

E. 7

Conformément à l'art. 8 al. 1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies. Aux termes de l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession lorsque son invalidité rend cette mesure nécessaire, et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. L'art. 6 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201) définit les mesures de reclassement comme les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer leur capacité de gain. La jurisprudence a apporté une précision à cette définition en indiquant que le concept de reclassement recouvre l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité (ATF 124 V 108 consid. 2a). Dès lors, en règle générale, l'assuré ne peut pas prétendre à la meilleure formation possible dans son cas, la loi ne visant en effet qu'à assurer les mesures de réadaptation qui sont nécessaires et suffisantes compte tenu du cas d'espèce (ATF 121 V 258 consid. 2c). De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2; ATF 124 V 108 consid. 3a). Pour déterminer si une mesure de réadaptation d'ordre professionnel est de nature à rétablir, améliorer, sauvegarder ou favoriser l'usage de la capacité de gain de

A/2664/2013 - 14/17 - l'assuré, il y a lieu d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2). Le but poursuivi par la mesure doit

donc s'inscrire dans une certaine durée, et son succès doit être proportionné à son coût. Enfin, la mesure concrète doit être raisonnablement exigible de l'assuré (ATF 130 V 488 consid. 4.3.2; VSI 2002 p. 112 consid. 2). En effet, une mesure de reclassement ne saurait être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, au moins partiellement, d'être réadaptée. Les mesures ne seront donc pas allouées si elles semblent d'emblée vouées à l'échec (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 170/06 du 16 février 2007 consid. 3.2 et 3.4).

E. 8

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 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). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2). 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 origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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; ATF 122 V 157 consid. 1c). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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

A/2664/2013 - 15/17 - 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 125 V 351 consid. 3b/bb). d) S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid.

3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

E. 9

Il convient en premier lieu de déterminer si l'expertise réalisée par le Dr J_____ a valeur probante. Au plan formel, elle correspond pour l'essentiel aux critères dégagés par le Tribunal fédéral. Elle contient en effet une anamnèse, un résumé du dossier médical, les constatations ressortant de l'examen médical ainsi que des diagnostics et des conclusions sur la capacité de travail. La Cour de céans a ainsi admis que cette expertise avait valeur probante, se référant cependant avant tout aux explications de l'expert sur la causalité naturelle et adéquate de la recourante avec l'événement du 28 mars 2002. Si cette expertise permettait de sceller le sort des prétentions de la recourante à l'encontre de l'assurance-accidents, il faut néanmoins souligner que le Dr J_____ a écarté tout diagnostic en lien avec les douleurs dans le membre inférieur gauche. L'expert se borne sur ce point à noter que les douleurs ne sont pas accompagnées de signes objectifs et n'ont aucune explication médicale. Or, aucun examen complémentaire permettant de déterminer l'origine de ces douleurs n'a été réalisé dans le cadre de l'expertise. Si l'expert, mandaté par l'assurance-accidents, pouvait dans ce contexte se contenter d'un examen superficiel dès lors que ces plaintes n'étaient selon toute vraisemblance pas en lien avec l'événement survenu en 2002, il n'en va pas de même de l'intimé. Ce dernier aurait dû compléter l'instruction s'agissant de cette atteinte, avant d'évaluer cas échéant ses répercussions sur la capacité de travail et de gain de la recourante. On ajoutera d'ailleurs qu'une dégénérescence discale aurait été mise en évidence selon les indications données par le Dr N_____, ce qui pourrait expliquer les douleurs de la recourante et entraîner des limitations fonctionnelles.

A/2664/2013 - 16/17 - Eu égard à cet élément, l'expertise du Dr J_____ est insuffisante pour nier le droit à des prestations d'invalidité. Quant aux rapports émanant des autres médecins, ils ne revêtent pas non plus une pleine valeur probante dès lors qu'ils ne satisfont pas formellement aux réquisits jurisprudentiels rappelés plus haut. S'agissant en particulier de l'avis du Dr K_____ du 23 avril 2013, on notera qu'il s'écarte de l'estimation de la capacité de travail selon l'expert, puisqu'il admet une reprise non pas le 12 janvier mais le 5 mars 2012, conformément aux certificats du Dr F_____. Cela étant, le critère sur lequel il se fonde, soit la stabilisation de l'état de santé à cette date, est pertinent en assurance-accident puisqu'il marque la fin du droit aux indemnités journalières et cas échéant le passage à une rente, conformément à l'art. 19 al. 1 de la loi sur l'assurance-accidents (LAA ; RS 832.20) (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Il n'implique cependant pas nécessairement un rétablissement de la capacité de travail ou de gain et n'a ainsi pas de portée propre dans l'assurance-invalidité. Selon la jurisprudence, lorsque le juge constate qu'une expertise est nécessaire, il doit en principe la mettre en œuvre lui-même. Un renvoi à l'administration reste cependant possible lorsqu'elle est justifiée par l'examen d'un point qui n'a pas du tout été investigué (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Cette solution s'impose en l'espèce, l'intimé n'ayant procédé à aucune mesure d'instruction sur les douleurs lombaires et irradiant dans le membre inférieur gauche que la

recourante présente. La cause lui sera ainsi renvoyée pour nouvel examen médical. Dans ce contexte, l'instruction sur les répercussions de l'exérèse du névrome sur la capacité de travail et de gain de la recourante devra cas échéant également être complétée en tenant compte de l'intervention préconisée par le Dr N_____, si elle a eu lieu.

E. 10

Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement admis. La recourante a droit à des dépens, qu'il convient de fixer à CHF 1'500.- La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), l'émolument de CHF 500.- sera mis à la charge de l'intimé.

A/2664/2013 - 17/17 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant A la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.