

GE_GERICHTE ATAS/1090/2018 vom 27. November 2018

GE Cour de justice, 2018-11-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1090_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/1090/2018 du 27 novembre 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/1090/2018 del 27 novembre 2018

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), la CJCAS 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, la décision attaquée ayant été rendue en application de la LAI. Le recours a été interjeté en temps utile (art. 38 al. 3 et 4 let. c et art. 60 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA ; cf. aussi art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10). Ayant été partie à la procédure ayant abouti à la décision attaquée, étant touchée par cette dernière et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, la recourante a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). Le recours est donc recevable.

E. 2

a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve. b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD [éd.], Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss). Les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués ; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a ; 117 V 261 consid. 3b et les références). c. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA ; cf. aussi ci-dessous consid. 5b et c ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78).

A/87/2018 - 12/20 - d. Quant au degré de preuve requis, 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 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193

consid. 2 et les références). Il n'existe 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 ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss).

E. 3

Le litige porte sur le degré d'invalidité reconnu à la recourante et, partant, le droit de cette dernière à une rente d'invalidité, voire – quoique la recourante n'aborde pas cette question – à des mesures professionnelles.

E. 4

a. L'octroi d'une rente d'invalidité suppose que la capacité de l'assuré de réaliser un gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, et qu'au terme de cette année il soit invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI), la rente d'invalidité alors allouée étant un quart de rente, une demi-rente, un trois-quarts de rente ou une rente entière selon que le taux d'invalidité est, respectivement, de 40 à 49 %, de 50 à 59 %, de 60 à 69 % ou de 70 % ou plus (art. 28 al. 2 LAI). Quant à lui, l'octroi de mesures de réadaptation, destinées aux assurés invalides ou menacés d'invalidité (art. 8 al. 1 in initio LAI), suppose qu'elles soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de gain desdits assurés ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels – sous réserve, selon l'art. 8 al. 2 LAI, des mesures médicales nécessaires au traitement des maladies congénitales (art. 13 LAI) et des moyens auxiliaires (art. 21 LAI) – et que les conditions propres à chacune de ces mesures soient par ailleurs remplies (art. 8 al. 1 LAI ; Pierre-Yves GREBER, L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, in Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO [éd.], Droit suisse de la sécurité sociale, vol. I, 2010, n. 242 ss, 254 ss, 257 ss). Les deux types de prestations (rente et mesures de réadaptation) font référence à la notion d'invalidité. b. 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 art. 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain représente quant à elle 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

A/87/2018 - 13/20 - considération, 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 (art. 7 al. 1 LPGA). 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 (art. 7 al. 2 LPGA). Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l'invalidité, qui substitue la capacité d'accomplir les travaux habituels à la capacité de gain ; est déterminant l'empêchement, causé par l'atteinte à la santé, d'accomplir les travaux habituels, comme la tenue du ménage, l'éducation des enfants, les achats (art. 8 al. 3 LPGA, auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI). 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 pas à elle seule déterminante ; elle n'est 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 ou, si une sphère ménagère doit être prise en compte, sur sa capacité d'accomplir les travaux habituels (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1 ; Pierre-Yves GREBER, op. cit., vol. I, n. 156 ss, 160 ss).

E. 5

mars 2009 consid. 2.2). c/dd. 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 LPG) 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

A/87/2018 - 15/20 - 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).

E. 6

a. En l'espèce, il n'y a, s'agissant des diagnostics posés ou retenus, pas de divergence un tant soit peu marquée entre l'intimé (se fiant aux avis médicaux du SMR) et les médecins auxquels la recourante s'est ou a été adressée, à savoir d'une part ses médecins traitants qu'ont été les Drs D_____ et C_____ (le premier étant un généraliste et le second un rhumatologue) et d'autre part les rhumatologues H_____ et K_____, occupant les fonctions respectives de médecin interne et de médecin adjoint agrégé auprès du département des spécialités de médecine des HUG, à la consultation de rhumatologie duquel elle est suivie depuis mai 2017. Ainsi, il n'est pas contesté que la recourante souffre de lombalgies chroniques et de spondylarthrite axiale. b. Il n'est pas non plus contesté, d'un point de vue médical, que les atteintes à la santé précitées et les limitations fonctionnelles qu'elles occasionnent ne permettent pas à la recourante d'exercer son activité habituelle d'employée de catering à l'aéroport, sinon par le Dr E_____, dont l'intimé n'a pas pris la peine de se procurer le « deuxième avis » (motivé, doit-on imaginer) du 17 janvier 2017 auprès de l'assureur perte de gain maladie, mais qui, d'après les décisions rendues par ce dernier, doit avoir estimé que la recourante était apte à exercer à 100 % son « métier de base » depuis d'abord le 1er mars puis le 1er avril 2017. En effet, les Drs C_____ (les 7 décembre 2016 et 27 mars 2017), D_____ (le 3 janvier 2017), H_____ (le 11 septembre 2017) et K_____ (le 5 mars 2018) ont fait mention d'une totale incapacité d'exercer l'activité habituelle, et les médecins du SMR (successivement le Dr F_____, le 23 janvier 2016, et le Dr J_____, le 6 février 2018) ont adhéré à cette appréciation. Il appert au demeurant que les limitations fonctionnelles (évoquées ci-après) engendrées par les affections précitées ne sont pas compatibles avec un travail consistant – ainsi que la recourante l'a décrit de façon crédible lors de son entretien du 6 février 2017 avec une conseillère en réadaptation de l'AI – à préparer des plateaux de repas utilisés dans les

avons, impliquant d'être en position debout et à travailler à un rythme soutenu, parfois plusieurs jours de suite durant 8 à 9 heures par jour. c. S'agissant des limitations fonctionnelles que subit la recourante du fait de ses atteintes précitées à la santé, il y a quasi-unanimité, parmi les médecins l'ayant auscultée, pour admettre qu'elles sont importantes.

A/87/2018 - 16/20 - Le 3 janvier 2017, le Dr D_____ indiquait que la recourante ne devait pas exercer d'activités uniquement en position assise (pas plus d'une demi-heure par jour), ni uniquement en position debout (pas plus d'une heure par jour), ni dans différentes positions (pas plus d'une heure par jour), ni principalement en marchant (pas plus d'un quart d'heure par jour), ni en se penchant, ni en travaillant avec les bras au-dessus de la tête, ni en position accroupie, ni à genoux, ni en effectuant des mouvements de rotation, ni en soulevant des poids, ni en montant sur une échelle ou un échafaudage, ni en montant des escaliers ; ses capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation n'étaient pas limitées, mais sa capacité de résistance et son aptitude à se déplacer l'étaient. Le 11 septembre 2017, la Dresse H_____ estimait que la recourante ne devait pas avoir une activité impliquant le port de charges, les mouvements répétés en rotation, flexion, extension du tronc, bras en hauteur, la marche plus de 15 minutes, utilisation d'escaliers ou d'échelles, les stations debout ou assise prolongées (plus de 30 minutes). Dans son rapport du 5 mars 2018, relatant tant ses propres observations que celles de l'ensemble de l'équipe multidisciplinaire du service de rhumatologie des HUG, le Dr K_____ a évoqué de « très importantes limitations fonctionnelles, touchant à la fois la capacité de la recourante à rester longuement assise (nécessité de se lever régulièrement toutes les 10 à 15 minutes pour soulager son dos) et ses capacités de se déplacer (limitation à la marche à environ 30 minutes, montée d'escaliers difficile sans utiliser la main courante), étant ajouté que les positions basses étaient extrêmement mal tolérées et le port de charge limité à 2.5 kg. Sans doute le Dr C_____ a-t-il été moins explicite à ce sujet, se contentant de faire mention, le 27 mars 2017, de persistance des douleurs lombaires basses limitant les efforts de charge et la station debout prolongée ; l'intimé aurait d'autant plus dû, en exécution de son devoir d'établir les faits (art. 43 al. 1 LPGA), solliciter des précisions de la part dudit médecin sur les limitations fonctionnelles détaillées de la recourante que, le 7 décembre 2016, celui-ci n'avait pas même indiqué quels travaux pouvaient encore être exigés de la recourante compte tenu de ses limitations dues à son état de santé dans le cadre d'une activité adaptée à son handicap, autrement dit pas même répondu aux questions faisant l'objet du ch. 3 (p. 6) du formulaire que l'intimé l'avait invité à remplir, intitulé « Rapport médical : réadaptation professionnelle / rente ». S'il peut assurément être attendu d'une personne assurée qu'elle change d'activité professionnelle, il n'en faut pas moins veiller, lors de l'examen de sa capacité (résiduelle) de travail et de gain, à ne pas simplement quitter le terrain concret de l'activité habituelle, connu tant par les possibilités et les difficultés de la personne assurée d'y exercer ses compétences et son expérience, pour préférer placer le débat sur le terrain devenant vite théorique et abstrait d'activités dites adaptées aux limitations fonctionnelles et se réfugier trop facilement derrière l'argument que si la personne concernée ne trouve pas d'emploi cela tient au fait, non pertinent pour l'AI, que le marché du travail ne serait pas équilibré dans le domaine considéré des activités entrant théoriquement en considération. Une sous-estimation de ces

A/87/2018 - 17/20 - dernières ne doit pas être couverte par l'esquive que risque de constituer le fait que, presque par définition, une capacité de travail pourrait généralement

être admise « dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles » si l'on n'est pas suffisamment réaliste dans l'appréciation des capacités de travail et de gain que celles-ci laissent subsister. En l'espèce, de sérieux doutes doivent être émis que l'intimé, en évoquant simplement la nécessité d'une épargne lombaire, a sous-estimé les limitations fonctionnelles effectives de la recourante. d. Il appert que l'intimé – dont les médecins, au demeurant non spécialistes de la discipline médicale ici pertinente (la rhumatologie), n'ont pas même ausculté la recourante – s'est réfugié à la légère derrière l'avis peu motivé et difficilement explicable du Dr C_____, qui a certes fait état, les 7 décembre 2016 et 27 mars 2017, d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, tout en indiquant, le 27 mars 2017, accepter dans son ensemble l'« expertise » du Dr E_____ (apparemment sans voir que celle-ci contredisait son avis relatif à la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle) et estimer qu'il était prématuré de fixer une date de reprise possible du travail. L'avis que la recourante a une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles est contredit par les autres médecins l'ayant auscultée, à savoir non seulement par son médecin traitant, le Dr D_____ (qui a nié toute capacité de travail, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, en date du 3 janvier 2017), mais aussi par les Drs H_____ (pour qui la recourante, en date du 11 septembre 2017 mais aussi antérieurement, avait une capacité de travail de 25 % dans une activité adaptée) et K_____ (qui – par un rapport détaillé du 5 mars 2018 ne pouvant être écarté du seul fait qu'il est postérieur à la décision attaquée, en tant qu'il contribue à éclairer la situation antérieure à la prise de cette décision – a indiqué qu'il était illusoire d'envisager une capacité professionnelle à 100 % même dans un travail dit adapté et fait état d'une exigibilité de 50 %), étant ajouté que la valeur probante des avis de ces deux médecins ne saurait se trouver amoindrie au vu d'une part du caractère développé de leur rapport respectif et d'autre part de leur qualité de spécialistes du service de rhumatologie des HUG ne permettant pas de les considérer comme des médecins traitants susceptibles d'être enclins à un manque d'objectivité. Il sied au demeurant de relever que, pour les travaux ménagers (susceptibles d'être fractionnés et étalés dans le temps et même de n'être guère ou mal effectués), l'infirmière de l'intimé est parvenue à la conclusion que, sans l'exigibilité de ses enfants, la recourante a un empêchement pondéré de tout de même 33 %. e. En conclusion, l'intimé n'emporte nullement conviction lorsqu'il estime qu'aucun élément ne permet de retenir une atteinte lombaire sévère et admet une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

A/87/2018 - 18/20 - Il est possible voire probable, au vu des avis des trois médecins précités (et des dates auxquelles ceux-ci se sont prononcés), que la recourante a recouvré progressivement une capacité de travail résiduelle partielle dans une activité adaptée. Il n'est en tout état pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante qu'elle a une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Il appert que l'intimé n'a pas instruit sérieusement et suffisamment le cas de la recourante.

E. 7

a. 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). b. En l'espèce, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimé, pour un complément d'instruction visant à déterminer de façon précise et fiable, fondée médicalement, tant les limitations fonctionnelles que la capacité de travail résiduelle que la recourante a eues durant la période pertinente et qu'elle a le cas échéant encore. S'il apparaît qu'une expertise médicale, ordonnée conformément aux exigences légales (art. 44 LPGA ; ATAS/431/2017 du 30 mai 2017 consid. 3 ; Jacques Olivier PIGUET, in Anne-Sylvie DUPONT / Margrit MOSER-SZELESS [éd.], Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales [ci-après : CR LPGA], 2018, n. 1 ss ad art. 44 ; Jean MÉTRAL, CR LPGA, n. 40 ss ad art. 56), constituerait assurément un moyen approprié d'établir ces faits, la chambre de céans n'écarter pas complètement l'hypothèse que l'intimé puisse obtenir les renseignements utiles pour pouvoir ensuite statuer en sollicitant de nouveaux rapports médicaux et/ou des réponses à des questions précises et actualisées de la part des médecins ayant ausculté la recourante.

A/87/2018 - 19/20 -

E. 8

À tout le moins partiellement bien fondé, le recours doit être admis partiellement, la décision attaquée être annulée et la cause être renvoyée à l'intimé pour effectuer un complément d'instruction au sens des considérants puis rendre une nouvelle décision.

E. 9

La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 800.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens, à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 - RFPA - E 5 10). La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner l'intimé, qui succombe, au paiement d'un émolument de CHF 200.-. * * * * *

A/87/2018 - 20/20 - 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.