

GE_GERICHTE ATAS/1112/2018 vom 29. November 2018

GE Cour de justice, 2018-11-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1112_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/1112/2018 du 29 novembre 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/1112/2018 del 29 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) 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

a. Aux termes de l'art. 60 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (al. 1). Les art. 38 à 41 sont applicables par analogie (al. 2). Si le délai, compté par jours ou par mois, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication (art. 38 al. 1 LPGA). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 38 al. 3, 1ère phrase LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 7ème jour avant Pâques au 7ème jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA). b. En 2017, le dimanche de Pâques tombait le 16 avril. Datée du 12 avril 2017, la décision entreprise a été reçue le 20 avril 2017 par la recourante. Compte tenu de la suspension des délais du 9 au 23 avril 2017, le délai de recours a commencé à courir le 24 avril et est arrivé à échéance le 23 mai 2017. Posté le dernier jour du délai, le recours a été interjeté en temps utile. Respectant également les formes prescrites par la loi, il est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

E. 3

L'objet du litige est en l'occurrence le droit à une rente d'invalidité de la recourante à compter du 1er novembre 2015.

E. 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).

A/2301/2017 - 14/20 - 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, 1997, p. 8).

E. 5

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, en particulier aux dépressions légères à moyennes. En effet, les maladies psychiques ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient «résistantes à la thérapie» (ATF 140 V 193 E. 3.3 p. 197; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1; 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

E. 6

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 (art. 28 al. 2 LAI). 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).

A/2301/2017 - 15/20 -

E. 7

L'art. 17 al. 1er LPGA prescrit que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cette disposition s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif, la date de la modification étant déterminée conformément à l'art. 88a du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201 ; ATF 131 V 164 consid. 2.2 p. 165; 125 V 413 consid. 2d; arrêt du Tribunal fédéral 9C_134/2015 consid. 4.1 et les références). Suivant cette disposition réglementaire (al. 1), si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

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 125 V 261 consid. 4). 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 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).

E. 9

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. a. Ainsi, en principe, 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 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).

A/2301/2017 - 16/20 - b. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une

surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). c. 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). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le 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 traitants 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_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

E. 10

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 (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5, arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3). 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). Il y a cependant lieu de les prendre 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 arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

A/2301/2017 - 17/20 -

E. 11

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). 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).

E. 12

En l'espèce, la chambre de céans a mis en œuvre une expertise judiciaire en raison de nouvelles atteintes mises en évidence par l'IRM du 10 novembre 2017, soit une discopathie étagée C4-C5 et C5-C6 avec discret rétrécissement foraminaux gauche C4-C6 et rétrécissement biforaminaux C5-C6. Selon le rapport du 20 septembre 2017 du Dr J _____, ces pathologies pourraient expliquer une partie de la symptomatologie à l'épaule gauche de la recourante. L'expertise judiciaire conclut à une rupture massive de la coiffe des rotateurs gauches avec status post-réinsertion de la coiffe du sus- et sous-épineux, ténotomie du long chef du biceps et acromioplastie, et à un status post-implantation d'une prothèse totale inversée de l'épaule gauche. A cela s'ajoute une cervico-uncarthrose C5-C6 et un syndrome du tunnel carpien gauche d'intensité sévère. Sur le plan cervical, l'uncarthrose ne justifie aucune limitation fonctionnelle, étant précisé que l'origine des douleurs à ce niveau est musculaire. Pour l'épaule, la recourante doit éviter tous les mouvements au-delà de l'horizontale et le port de charges supérieur à 2 kg. Le syndrome du tunnel carpien ne justifie pas de limitation fonctionnelle, même si les douleurs actuelles empêchent la recourante d'utiliser correctement sa main. Le port de lourdes charges avec le bras gauche est également contre-indiqué pour cette raison. Quant aux fortes douleurs au niveau de la jonction cervico-dorso-lombaire à gauche, elles sont dues à un déséquilibre musculaire consécutif à une mauvaise hygiène posturale, favorisée par l'obésité. La capacité de travail est en principe complète dans un travail adapté aux limitations fonctionnelles. Toutefois, par la suite, seule une capacité de travail de 50 % est retenue dans l'expertise, compte tenu de la motivation, du statut social, de l'isolement social, de la longue durée d'inactivité et du fait que l'accident s'est produit sur le lieu du travail. Néanmoins, selon l'expertise, aucune cause ne peut entièrement expliquer la symptomatologie, les bilans étant tout à fait rassurants. Enfin, dans la conclusion finale de l'expertise, il est retenu qu'une prise en charge globale doit être entreprise, en tenant également compte du traumatisme psychologique subi lors de l'agression, lequel n'a été que très peu investigué.

E. 13

La valeur probante de cette expertise n'est pas mise en cause par les parties, sous réserve de l'appréciation de la capacité de travail. Au demeurant, cette expertise

A/2301/2017 - 18/20 - satisfait sur le plan formel aux exigences jurisprudentielles pour lui reconnaître une pleine valeur probante.

E. 14

S'agissant de la capacité de travail, l'intimé conteste toutefois que celle-ci ne soit que de 50 %, en relevant que l'expertise justifie cette diminution uniquement par des facteurs extra-médicaux, tels qu'un manque de motivation, l'isolement social et la longue durée d'inactivité. Il considère au contraire que la capacité de travail est sur plan médico-théorique de 100%, sur la base des avis médicaux du SMR. Cette appréciation doit être suivie. En effet, comme cela est mentionné dans l'expertise judiciaire, la symptomatologie à l'épaule gauche n'est pas corroborée à l'examen clinique et par les examens radiologiques. Partant, au niveau asséurologique, une incapacité de travail dans une activité adaptée ne peut être admise, d'autant moins que l'expertise judiciaire retient une capacité de travail médico-théorique de 100%. Au demeurant, une capacité de travail totale dans une activité adaptée est également confirmée par l'expertise du Dr E _____. En ce que les médecins traitants attestent une incapacité de travail totale, ils ne font état d'aucun élément médical nouveau que les experts auraient ignoré, de sorte que leur avis divergeant

n'est pas propre à mettre en doute l'expertise judiciaire. Cela étant, il convient de retenir que la recourante est capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

E. 15

Quant au moment à partir duquel la recourante a récupéré une capacité de travail à 100 %, il y a lieu de se fonder sur le rapport du 2 juillet 2015 du Dr C_____, attestant une capacité de travail entière depuis le début du mois d'août 2015 dans une activité adaptée. Cela est également admis dans l'expertise judiciaire (p. 13). Certes, par la suite, Dr C_____ varie dans les dates à partir desquelles la recourante a récupéré une capacité de travail totale (cf. ses rapports du 12 février et 23 mars 2016). Toutefois, il se fonde alors sur la symptomatologie douloureuse et non sur des constatations objectives, de sorte que les rapports postérieurs ne sont pas convaincants, tel que l'a retenu également le SMR. Cela vaut aussi pour le rapport du 23 mars 2016 du Dr C_____, où il considère que la capacité de travail n'est, dans un premier temps, que de six heures par jour pendant quatre jours par semaine avec un rendement de 50 %. Partant, il doit être retenu que la recourante bénéficie d'une capacité de travail totale dès août 2015 en raison des atteintes somatiques.

E. 16

En ce qui concerne les troubles psychiques, ce n'est qu'après que la décision du 12 avril 2017 ait été rendue qu'il en est fait état. Par ailleurs, la recourante n'a commencé un suivi qu'en octobre 2018. Même si les troubles psychiques devaient déjà avoir existé au moment où la décision a été rendue, il convient de relever qu'ils ne pourraient en tout état de cause pas être reconnus comme une atteinte invalidante in casu. En effet, en vertu

A/2301/2017 - 19/20 - de la jurisprudence précitée sur le caractère invalidant des troubles psychiques, il faut auparavant que l'assurée ait épuisé tous les traitements médicaux, à savoir se soit soumise à une psychothérapie et ait suivi un traitement médicamenteux. En l'occurrence, cela n'est manifestement pas le cas. Toutefois, si dans le futur, les troubles psychiques ne devaient pas s'amender, en dépit d'une prise en charge médicale dans les règles de l'art, la recourante aurait toujours la possibilité de déposer une demande de révision.

E. 17

S'agissant de la perte de gain, la recourante ne conteste pas le calcul de l'intimé, lequel est au demeurant conforme aux dispositions légales en la matière. Ainsi, avec l'intimé, il convient de retenir que la recourante ne présente qu'un taux d'invalidité de 15,43 %, en changeant d'activité professionnelle. Un tel degré d'invalidité n'ouvre pas le droit à une rente. Il est à cet égard à relever qu'il n'y a pas lieu de procéder à un abattement des salaires statistiques, pris en compte à titre de salaire d'invalidé, supérieur à 15 %, dès lors qu'il appert que l'intimé n'a pas outrepassé son pouvoir d'appréciation en tenant compte uniquement des limitations fonctionnelles et de l'âge de la recourante pour la fixation de cette réduction.

E. 18

La recourante ne requiert par ailleurs pas des mesures d'ordre professionnel.

E. 19

Cela étant, le recours sera rejeté.

E. 20

Dès lors que la recourante plaide au bénéfice de l'assistance juridique, la chambre de céans renonce à mettre à sa charge un émolument de justice.

A/2301/2017 - 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.