

GE_GERICHTE ATAS/1145/2018 vom 11. Dezember 2018

GE Cour de justice, 2018-12-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1145_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/1145/2018 du 11 décembre 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/1145/2018 del 11 dicembre 2018

Erwägungen

E. 1

a. 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

E. 6

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). 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 LPG), 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 125 V 351 consid. 3).

A/4213/2017 - 12/17 - 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. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement

fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 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).

E. 7

Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Conformément au principe inquisitoire, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

E. 8

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

A/4213/2017 - 13/17 - 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).

E. 9

En l'espèce, l'intimé, se fondant sur les conclusions du SMR, a retenu que l'assuré avait été totalement incapable d'exercer la moindre profession du 17 décembre 2013 jusqu'au 30 octobre 2015, mais qu'il avait recouvré, le 1er novembre 2015, une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Au 1er juillet 2015, six mois après le dépôt de sa demande, son degré d'invalidité s'élevait à 100 % et au 31 janvier 2016 – trois mois après l'amélioration de sa capacité de travail et de gain – le taux n'atteignait plus que 19 %, ce qui entraînait la suppression de la rente. De son côté, le recourant requiert que la rente d'invalidité lui soit versée au-delà du 31 janvier 2016. Il critique l'examen rhumato-psychiatrique du SMR, dont il soutient qu'il repose sur des

constatations erronées : il reproche notamment aux examinateurs d'avoir omis de prendre contact avec son chirurgien et d'avoir prétendu, après l'avoir examiné pendant 30 minutes seulement, qu'il pouvait maintenir la position assise pendant une heure. En outre, il conteste le status clinique dressé par le psychiatre du SMR, en particulier l'absence alléguée de troubles de la mémoire, de l'appétit, du sommeil et d'idées de dévalorisation. À l'appui de son point de vue, il produit divers rapports émanant de ses médecins et de la consultation de la douleur des HUG.

E. 10

Tout d'abord, la chambre de céans observe que les griefs que soulève le recourant en lien avec la durée des examens cliniques et le fait que les médecins du SMR auraient omis de prendre contact avec son chirurgien sont infondés. D'une part, ses allégations concernant la durée des examens ne sont pas étayées et quoi qu'il en soit, la durée d'un examen n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur probante d'un rapport médical (arrêts du Tribunal fédéral 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 consid. 2 ; 9C_133/2012 du 29 août 2012 consid. 3.2.1). D'autre part, il convient de relever que sous le chapitre intitulé « documents du dossier rhumatologique » de leur rapport (p. 1-2), les examinateurs du SMR ont résumé les avis rendus par le chirurgien de l'assuré et ses conclusions sur la capacité de travail, ce qui suffisait à dresser le contexte médical de façon satisfaisante sous l'angle rhumatologique. En revanche, il en va différemment du volet psychiatrique du rapport du SMR.

E. 11

En effet, force est de constater que le rapport d'examen bi-disciplinaire du SMR n'a pas été établi en pleine connaissance de la situation médicale et qu'il revêt, à certains égards, un caractère incomplet voire contradictoire : en premier lieu, on déplore que la psychiatre du SMR n'ait pas cherché à prendre contact avec le psychiatre traitant, dans la mesure où elle a elle-même relevé que l'intéressé était

A/4213/2017 - 14/17 - suivi au plan psychiatrique par le Dr L_____ depuis fin 2015-début 2016, qu'il avait séjourné au service de médecine interne et de réhabilitation de Beau-Séjour (du 22 septembre au 29 octobre 2015), qu'un traitement par antidépresseurs et somnifères lui avait été prescrit, et qu'enfin, aucun rapport psychiatrique ne figurait au dossier hormis la lettre de sortie établie par les médecins de Beau-Séjour. S'il est vrai que la jurisprudence laisse aux examinateurs une certaine autonomie dans la manière de conduire leurs examens, il n'en demeure pas moins que le psychiatre traitant aurait pu faire part de ses conclusions sur la capacité de travail, de ses observations et de l'évolution de l'état de santé. En l'absence de tout rapport ou entretien avec le Dr L_____, on ne voit pas que la psychiatre du SMR se soit prononcée en pleine connaissance de la situation médicale. En second lieu, on ne comprend pas sur quoi se fonde la psychiatre du SMR pour nier l'existence de troubles du sommeil, alors que l'anamnèse du rapport qu'elle a contribué à rédiger (p. 6) suggère justement le contraire. En effet, il y est stipulé que l'assuré prend des somnifères et que pendant la nuit, ses douleurs de la nuque et de la colonne lombaire le réveillent toutes les quarante minutes. De surcroît, il ressort du rapport des HUG du 9 mars 2016 que l'assuré ne dormirait en moyenne que trois heures par nuit. En troisième lieu, on regrette que les examinateurs du SMR n'aient pas discuté, même brièvement, du diagnostic de trouble somatoforme douloureux, alors qu'ils ont précisément souligné à maintes reprises qu'« une composante somatoforme aux douleurs » était suspectée par les médecins

de l'assuré et qu'une partie des douleurs ne reposait sur aucun substrat organique (cf. pp. 1, 3, 4, 7 et 14 de leur rapport). Au vu de ce qui précède, force est d'admettre que le rapport d'examen bi-disciplinaire n'a pas été établi en pleine connaissance de la situation médicale et que sa motivation est incomplète voire contradictoire sur certains points. Dans ces conditions, on ne saurait reconnaître à ce document une pleine valeur probante. Cela justifie un renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire.

E. 12

Un tel renvoi se justifie d'autant plus que l'état de santé de l'assuré pourrait s'être aggravé entre l'examen bi-disciplinaire du SMR et la décision du 19 septembre 2017. En effet, dans son courrier de décembre 2016, le Dr H_____ a fait état d'un conflit sous-acromial de l'épaule droite et dans leur rapport de décembre 2017, les médecins de la consultation de la douleur des HUG ont signalé une évolution défavorable des lombosciatalgies gauches depuis la dernière imagerie réalisée en 2015, raison pour laquelle ils ont jugé nécessaire de requérir une nouvelle IRM et un avis neurochirurgical. En outre, les médecins de la consultation de la douleur des HUG ont évoqué, sur la base de différents questionnaires, un épisode dépressif sévère et une diminution globale de tous les aspects de la qualité de la vie. Le SMR a déduit de ces documents que l'état de santé de l'assuré pouvait s'être aggravé, de sorte qu'il était nécessaire de procéder à une « nouvelle étude complète du dossier ». À cela s'ajoute que, toujours selon les médecins de la consultation de la douleur des HUG, l'assuré aurait souffert d'une baisse marquée

A/4213/2017 - 15/17 - de son état général et aurait perdu près de 17 kg en 2017, ce qui témoigne là encore d'une possible aggravation survenue depuis l'examen du SMR. Partant, on ne saurait se fonder, sans investigation supplémentaire, sur les conclusions du SMR pour statuer sur le bien-fondé de la suppression de la rente d'invalidité. S'agissant enfin de l'évaluation qu'avait réalisée en novembre 2014 la Dresse C_____ de la Clinique CORELA à la demande de l'assurance perte de gain, elle ne permet pas davantage de déterminer si l'intimé était fondé à supprimer la rente dès le 31 janvier 2016. Vu son ancienneté, il n'est en effet pas possible de tirer de cette évaluation de conclusions sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée pendant la période litigieuse, qui court depuis le mois de novembre 2015. De surcroît, la Dresse C_____ a expressément renoncé à évaluer la capacité de travail dans une activité adaptée. Enfin, elle a conditionné son appréciation de la capacité de travail dans l'activité antérieure de marbrier à l'absence de nouveaux éléments médicaux qui seraient mis en évidence à l'occasion d'un entretien que l'assuré devait avoir avec le Dr D_____. Or, cet entretien a précisément conduit à une intervention chirurgicale et à la reconnaissance d'une totale incapacité de travail dans la profession de marbrier. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). En l'occurrence, dans la mesure où des doutes affectent la valeur probante de l'examen bi-disciplinaire du SMR et qu'au surplus, l'état de santé du recourant pourrait s'être aggravé depuis sa mise en œuvre, il se justifie de

renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il mette en œuvre une expertise médicale indépendante, comprenant à tout le moins des volets rhumatologiques et psychiatriques, conformément à l'art. 44 LPGA.

E. 13

Partant, le recours est partiellement admis, la décision du 19 septembre 2017 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il complète l'instruction dans le sens qui précède, puis rende une nouvelle décision.

E. 14

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens, à charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; E 5 10.03).

A/4213/2017 - 16/17 -

E. 15

La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 200.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI). *****

A/4213/2017 - 17/17 - 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.