

GE_GERICHTE ATAS/1226/2014 vom 28. November 2014

GE Cour de justice, 2014-11-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1226_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/1226/2014 du 28 novembre 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/1226/2014 del 28 novembre 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; RSG 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).

E. 2

La loi sur la partie générale des assurances sociales (LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.

- 10/15-

A/3393/2013

E. 3

Interjeté dans les formes et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

E. 4

Le litige porte sur la question de savoir si la recourante a droit à des prestations d'invalidité, singulièrement sur le taux d'invalidité.

E. 5

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 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

- 11/15-

A/3393/2013 écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 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. Etant 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). 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. 6

Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge doit établir (d'office) les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties, administrer les preuves nécessaires et les apprécier librement (art. 61 let. c LPG; cf. ATF 125 V 193 consid. 2). Il doit procéder à des investigations

supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. En particulier, il doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en oeuvre une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration

- 12/15-

A/3393/2013 reste 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 ; ATF non publié 8C_760/2011 du 26 janvier 2012, consid. 3). Les coûts de l'expertise peuvent être mis à la charge de l'assureur social (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2).

E. 7

En l'espèce, l'intimé fonde sa décision principalement sur le rapport de l'examen clinique rhumato-psychiatrique de médecine interne du 13 juin 2012 effectué au sein du SMR. Du point de vue de la chambre de céans ce rapport ne peut se voir reconnaître une pleine valeur probante, faute de motivation suffisante sur plusieurs points : - Le rapport distingue en effet des poussées douloureuses pendant 5 à 10 jours, deux à trois fois par année, d'autres douleurs intermittentes, sans précision quant à l'intensité, la durée et l'influence sur la capacité de travail de ces dernières. Il convient d'apporter des réponses à ces questions. - Le rapport conclut que la fatigabilité invoquée par l'assurée n'a aucune incidence sur sa capacité de travail en se fondant uniquement sur le fait qu'elle n'a pas paru fatiguée ou fatigable au cours des examens somatiques et psychiatriques qui ont duré au total environ trois heures. L'examen de cette problématique n'apparaît pas suffisant eu égard aux dires de l'assurée qui se plaint d'être régulièrement réveillée la nuit en raison de douleurs et aux constatations du Dr B_____, qui fait état dans son rapport du 12 décembre 2011 d'une fatigabilité importante au travail. - Le rapport fait référence aux seuls dires de la patiente pour exclure qu'elle ait souffert de tuméfaction articulaire, or il ressort des déclarations du Dr B_____ devant la chambre de céans qu'il était évident que la patiente qu'elle en avait présenté, ce qu'elle ignorait peut-être. - La complication spécifique de cryoglobulinémie n'est quasiment pas détaillée dans le rapport. Il y a lieu d'examiner plus avant les conséquences d'une hépatite C avec cette complication.

E. 8

Quelles sont les limitations fonctionnelles dues à chaque diagnostic ?

E. 9

Pour chaque diagnostic retenu dans chaque discipline, différencier ceux ayant une influence sur la capacité de travail de ceux n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail.

E. 10

Mentionner, pour chaque diagnostic posé, ses conséquences sur la capacité de travail de l'expertisée en pourcent.

E. 11

Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'expertisée, en pourcent.

E. 12

Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant.

E. 13

Indiquer l'évolution du taux d'incapacité de travail, en pourcent, depuis le 8 août 2011.

E. 14

Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée et indiquer le domaine d'activité adapté.

E. 15

Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

E. 16

Spécifier si, dans le calcul de la capacité de travail globale, la baisse de rendement est incluse ou à prendre en sus en considération.

E. 17

Évaluer les chances de succès d'une réadaptation professionnelle.

E. 18

Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales et préciser si un traitement est exigible ou pas.

E. 19

Commenter et discuter les avis médicaux du SMR et des médecins traitants et si les experts s'écartent de leurs conclusions sur la question des diagnostics, des limitations et de la capacité de travail de l'expertisée, dire pourquoi.

E. 20

Formuler un pronostic global.

E. 21

Faire une appréciation consensuelle du cas s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre-elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.

E. 22

Faire toute remarque et proposition utiles.

- 15/15-

A/3393/2013 4. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance leur rapport en trois exemplaires à la chambre de céans. 5. Réserve le fond.

La greffière

Brigitte BABEL

La Présidente

Catherine TAPPONNIER

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