

GE_GERICHTE ATAS/1326/2014 vom 17. Dezember 2014

GE Cour de justice, 2014-12-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1326_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/1326/2014 du 17 décembre 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/1326/2014 del 17 dicembre 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 ; RS/GE 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

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA ; RSG E 5 10]).

E. 3

Le litige porte sur le droit de la recourante à l'obtention d'une rente d'invalidité.

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). 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 5

a. 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). 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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de

A/3048/2014 - 8/12 - 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. A 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). c. 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. 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). On ajoutera qu'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. A 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 des assurances 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. 6

a. En l'espèce, l'intimé a considéré, sur la base des rapports d'expertise du Dr E_____ du 20 février 2012 et du CEMed du 23 octobre 2013, que la recourante ne pouvait plus exercer sa profession habituelle, mais présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Il convient donc de se déterminer en premier lieu sur la valeur probante de ces documents.

A/3048/2014 - 9/12 - b. Le rapport du Dr E_____ a été établi en pleine connaissance du dossier, l'expert a tenu compte des plaintes de la recourante et procédé à des investigations poussées, lesquelles ont permis de confirmer le diagnostic d'apnées du sommeil posé par la

Dresse C_____ (rapports des 7 juillet 2010 et 3 février 2011). S'il a relevé que ses examens avaient mis en évidence un temps de sommeil total de quatre heures, il a également exposé que le test du maintien de l'éveil était normal et que le sommeil perturbé n'avait pas d'influence sur la vigilance de la recourante pendant la journée. Il a donc conclu que les diagnostics d'insomnie et de syndrome d'apnées du sommeil ne justifiaient aucune incapacité de travail. De l'expertise du CEMed résulte à cet égard que la recourante se couche vers 23h et qu'elle met environ une heure pour s'endormir. Vers 3h du matin, elle se réveille, se lève, s'occupe de ses chats et lit, puis se recouche pour se réveiller vers 9h. Pendant la journée, elle aime lire et regarder la télévision. Il n'est pas rapporté qu'elle fait une sieste en raison de sa fatigue constante ou qu'elle s'endort devant la télévision. Ces constatations corroborent les conclusions du Dr E_____, selon lesquelles le syndrome d'apnées du sommeil n'a pas une répercussion sur la vigilance et, partant, sur la capacité de travail. Une pleine valeur probante peut ainsi être attribuée à cette expertise. c. Concernant le rapport pluridisciplinaire du CEMed, la chambre de céans rappellera qu'il est également basé sur le dossier de l'intimé, une anamnèse détaillée, ainsi que des examens complets et une étude approfondie du dossier. Les experts concluent que la capacité de travail de la recourante est nulle dans l'activité habituelle depuis la chute accidentelle de 2008, mais entière dans une activité adaptée, et ce dès neuf mois après le sinistre. Selon eux, seules les dorsalgies persistantes après la fracture-tassement de D7 et l'arthrose acromio-claviculaire droite entraînent des répercussions sur la capacité de travail. Le syndrome du tunnel carpien droit, le trouble panique, le trouble de l'adaptation et l'insomnie non organique n'ont aucun effet sur ladite capacité. La chambre de céans observe que, bien que les experts n'aient pas mentionné le diagnostic d'apnées du sommeil, il ressort clairement de leur rapport qu'ils ont admis l'existence de ce trouble et en ont dûment tenu compte, mentionnant à plusieurs reprises que la recourante « présente un syndrome d'apnées du sommeil » (par ex : rapport p. 5). Dans ces conditions, l'omission de cette affection parmi les diagnostics est sans conséquence, ce d'autant plus qu'il ne justifie aucune incapacité de travail selon le Dr E_____. Concernant les limitations fonctionnelles, les experts ont notamment indiqué que la recourante ne supporte plus les « positions statiques prolongées » (rapport p. 14 et 16) tout en retenant qu'une « activité légère en position assise sans obligation de cadence (...) ou d'élévation des membres supérieurs » serait parfaitement possible (rapport p. 14). Si de telles conclusions peuvent paraître de prime abord contradictoires, la chambre de céans considère qu'il ne s'agit en réalité que d'une

A/3048/2014 - 10/12 - simple imprécision et que les experts ont estimé que la recourante peut travailler en position assise, de façon non statique, c'est-à-dire en alternant les positions assise et debout, pour autant que les autres restrictions soient respectées. Aucune pièce médicale produite dans le cadre de la présente procédure ne permet de douter du bien-fondé des conclusions de ce rapport. En effet, la Dresse C_____ ne s'est prononcée ni sur la capacité de travail de la recourante ni sur les limitations fonctionnelles. Quant au Dr D_____, il a certes considéré que les troubles psychiques avaient une influence sur la capacité de travail de sa patiente, mais cet avis n'émane pas d'un spécialiste. Enfin, la divergence d'appréciation quant à la capacité de travail de la recourante, estimée par le Dr D_____ à 20% dans un travail adapté (rapport du 7 décembre 2012), n'est pas de nature à remettre en cause les résultats des experts, dans la mesure où le médecin traitant n'a pas fait état d'éléments qui ont été ignorés dans le cadre des expertises. La recourante, reproche aux experts de ne pas avoir pris suffisamment en considération l'interaction de ses différentes pathologies. Or, c'est précisément pour éviter un tel manquement que l'intimé a mis en

œuvre une expertise pluridisciplinaire. Dans ce cadre, l'état de santé global de la recourante a été évalué et les experts ont rendu leur rapport après une analyse consensuelle. A cet égard, il convient de relever qu'il est expressément mentionné à la p. 2 du rapport du CEMed que les experts établissent conjointement le rapport après discussion interdisciplinaire, Au vu de ce qui précède, les conclusions du rapport du CEMed, sous réserve de la définition de l'activité adaptée, sont convaincantes et remplissent les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Partant, la chambre de céans admet que la recourante pourrait travailler à 50%, soit au taux d'occupation antérieure, dans une activité adaptée.

E. 7

Reste à définir quelles activités sont compatibles avec les limitations fonctionnelles de la recourante. a. L'administration doit en principe indiquer quelles sont les possibilités de travail concrètes qui entrent en considération, en fonction des limitations de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I 588/05 du 27 avril 2006 consid. 3; ATF 107 V 20 consid. 2b = RCC 1982 p. 34). En outre, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b p. 20; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). b. En l'espèce, les restrictions de la recourante sont nombreuses. Non seulement le port de charges est limité à 3-4 kg pour les gestes répétitifs et à 15 kg pour les efforts occasionnels, mais elle ne peut pas non plus exercer un travail nécessitant

A/3048/2014 - 11/12 - l'élévation et l'adduction des bras ou encore des mouvements répétitifs du tronc. De surcroît, les positions statiques prolongées et la marche ne sont plus possibles. Or, l'intimé n'a à aucun moment précisé quelles activités professionnelles la recourante pourrait encore exercer et la réponse à cette question ne paraît de loin pas évidente, d'autant moins que la recourante présente rien que dans son ménage déjà des empêchements de 41%, selon l'enquête ménagère. Dans ces conditions, la simple mention, à titre de travail adapté, d'une activité physiquement légère est insuffisante. Il convient ainsi de constater que l'instruction est incomplète, de sorte que la cause sera renvoyée à l'intimé pour établir quelles activités adaptées entrent en ligne de compte. Dans la mesure où les limitations sont nombreuses, il lui appartiendra le cas échéant de compléter l'instruction par une observation professionnelle. La recourante n'étant plus capable de travailler dans les anciennes professions exercées, l'intimé devra aussi examiner éventuellement, si elle peut prétendre à une orientation professionnelle.

E. 8

Partant, le recours sera partiellement admis, la décision annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

E. 9

La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui est octroyée à titre de dépens.

E. 10

Au vu de l'issue de la procédure, un émolument de justice de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé.

A/3048/2014 - 12/12 - 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.