

GE_GERICHTE ATAS/134/2018 vom 19. Februar 2018

GE Cour de justice, 2018-02-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_134_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/134/2018 du 19 février 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/134/2018 del 19 febbraio 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

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable

E. 3

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 18 décembre au 2 janvier, le recours est recevable (art. 38 al. 4 et 60 ss LPGA; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA-GE - E 5 10]).

E. 4

Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations d'invalidité, singulièrement à une rente.

E. 5

L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art.8 LPGA) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 – 5ème révision AI). 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.

E. 6

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). 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).

A/225/2017 - 10/15 - Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). 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. 28a al. 1 LAI).

E. 7

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 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 125 V 351 consid. 3). 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

A/225/2017 - 11/15 - 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). 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). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que 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 suffisants 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 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

E. 8

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 LPG). 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).

A/225/2017 - 12/15 -

E. 9

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). 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). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4). Un renvoi reste possible notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, 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. 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_646/2010 du 23 février 2011 consid. 4).

E. 10

En l'espèce, la décision attaquée, fondée sur le rapport d'examen rhumatologique du Dr F_____, retient que l'assurée est capable d'exercer son activité antérieure de secrétaire à 70%, de sorte qu'elle présente un degré d'invalidité de 30%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente. Elle refuse également toute mesure d'ordre professionnel, au motif que l'assurée demeure capable d'exercer son activité habituelle. De son côté, la recourante reproche à l'administration d'avoir insuffisamment instruit son dossier en ne donnant pas suite à la suggestion du Dr M_____ de procéder à une appréciation médicale globale, notamment sous l'angle psychiatrique et pneumologique. Elle n'a en particulier pas tenu compte de l'état dépressif mentionné par le Dr C_____, entraînant une fatigabilité et une baisse de rendement. Elle requiert en conséquence la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

E. 11

À l'instar de la recourante, la chambre de céans estime que l'intimé n'a pas satisfait à son devoir d'instruction d'office (art. 43 al. 1 LPGA) en limitant la portée de ses investigations médicales au seul aspect rhumatologique des atteintes en cause. En effet, il convient de rappeler qu'à l'issue de son appréciation, l'examineur du SMR a insisté dans son rapport sur le fait que les atteintes dont souffrait l'assurée n'étaient pas uniquement de nature rhumatologique mais qu'elles étaient « multiples », de sorte qu'il jugeait nécessaire que le médecin en charge du dossier au SMR procède à une appréciation médicale globale, en particulier sur les plans psychiatrique et pneumologique. Il a également invité le SMR à interroger le

A/225/2017 - 13/15 - médecin traitant sur la présence d'une éventuelle pathologie psychiatrique. L'examineur a jugé ces clarifications suffisamment importantes pour qu'il les sollicite à deux reprises dans son rapport, en caractères majuscules puis italiques. Nonobstant cette demande de l'examineur, la Dresse H_____, responsable du dossier auprès du SMR, n'a nullement cherché à obtenir des renseignements complémentaires sur les troubles psychiatriques et pneumologiques dont l'assurée semble souffrir, pas plus qu'elle ne s'est livrée à l'appréciation médicale globale préconisée. Elle s'est bornée à relever – après avoir reçu un rapport du rhumatologue de l'assurée transmis spontanément à l'appui de l'opposition – que ce médecin n'avait pas attesté d'une pathologie psychiatrique ou d'une aggravation de l'état de santé. Ce praticien a néanmoins fait état d'un état dépressif chronique réactionnel, en lien notamment avec des douleurs chroniques, dont il a estimé qu'il pouvait accroître l'incapacité de travail en raison d'une fatigabilité et d'une

perte de rendement. Il a en outre précisé que l'assurée était sous traitement antidépresseur (Cipralax). Malgré leur caractère succinct, ces indications fournies par le rhumatologue-traitant confirment la nécessité de procéder à un examen psychiatrique, étant précisé au demeurant que l'assurée est suivie par une psychologue. Que le Dr C _____ n'ait pas posé un diagnostic psychiatrique formel n'y change rien, car cela ne relève pas de son domaine de spécialisation. Cela étant dit, si l'examen ou l'expertise psychiatrique à venir devait démontrer une absence de pathologie psychiatrique, alors il conviendrait effectivement de faire abstraction de cet aspect pour évaluer la capacité de travail, faute d'atteinte à la santé psychique ayant valeur de maladie. Le dossier ne renferme pas non plus de renseignements suffisants s'agissant des atteintes pneumologiques. Tout au plus en ressort-il que l'assurée souffre d'un asthme jugé incapacitant par le Dr C _____, mais également d'une forte dyspnée et d'apnées du sommeil. Elle a par ailleurs subi plusieurs embolies pulmonaires et a été hospitalisée aux soins intensifs en 2015 pour une double pneumonie aigüe ainsi qu'une insuffisance cardiaque. En l'absence d'une appréciation médicale motivée discutant des éventuelles répercussions des atteintes citées sur la capacité de travail, l'on est en présence, sur ce point également, d'une lacune de l'instruction, qu'il appartiendra à l'intimé de combler, comme l'a préconisé l'examinateur du SMR. Enfin, la chambre de céans observe que l'assurée a été opérée aux HUG d'une tumeur de l'utérus le 1er septembre 2016, ce qui témoigne d'une possible aggravation de son état de santé, intervenue entre l'examen du SMR et la décision querellée (cf. pièce 31 du dossier de l'OAI), aggravation qu'il appartiendra à l'intimé d'investiguer, à tout le moins en invitant les HUG à compléter un rapport. En conséquence, l'on ne saurait se fonder, à ce stade et sans investigation supplémentaire, sur l'examen rhumatologique du SMR pour statuer sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.

E. 12

Faute d'instruction suffisante par l'intimé, la chambre de céans n'est pas en mesure de statuer définitivement sur la capacité de travail, partant sur le degré d'invalidité

A/225/2017 - 14/15 - et le droit aux prestations. Il se justifie en conséquence d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision du 5 décembre 2016 et de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il complète l'instruction, puis rende une nouvelle décision. Il incombera à l'intimé de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire ou un examen médical, permettant d'apprécier la capacité de travail de l'assurée dans une perspective globale, intégrant non seulement le volet rhumatologique mais également les aspects relevant de la psychiatrie et de la pneumologie, voire si nécessaire, de l'oncologie.

E. 13

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/225/2017 - 15/15 - 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.