

GE_GERICHTE ATAS/1452/2012 vom 3. Dezember 2012

GE Cour de justice, 2012-12-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1452_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/1452/2012 du 3 décembre 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/1452/2012 del 3 dicembre 2012

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

A/404/2011 - 14/21 - 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 à la présente procédure.

E. 3

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le présent recours est recevable.

E. 4

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, plus précisément sur son degré d'invalidité. De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1). Pour des motifs d'économie de procédure, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501 consid. 1.2). Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes: la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée et les droits procéduraux des parties doivent être respectés (ATF non publié 9C_678/2011 du 4 janvier 2012, consid. 3.1). Ces principes, développés en premier lieu en lien avec un élargissement matériel du procès, sont en principe également valables lorsque la contestation a pour objet un état de fait qui produit des effets au-delà de la période délimitée par la décision litigieuse (ATF non publié 9C_711/2011 du 26 avril 2012, consid. 3.1). En l'espèce, l'état de fait

fondant la demande de prestation s'est modifié; l'affection nouvelle, à savoir l'épisode dépressif moyen, n'est pas étroitement liée à celle ayant trait à l'objet initial du litige, à savoir les problèmes de dos de la recourante. Dans ces circonstances, la Cour ne peut, sans l'accord des parties, procéder à l'extension temporelle du litige. Partant, sa cognition est limitée à l'examen du droit à la rente pour la période courant jusqu'au 11 janvier 2011, date de la décision querellée.

A/404/2011 - 15/21 -

E. 5

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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).

E. 6

En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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. À teneur de l'art. 29 LAI, le droit à une rente d'invalidité prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1er LPGA, mais pas avant le mois qui suit son dix-huitième anniversaire.

E. 7

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

A/404/2011 - 16/21 - professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié 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 écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 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 (ATF non publié 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2).

A/404/2011 - 17/21 -

E. 8

Il y a lieu d'examiner les différents rapports médicaux à la lumière des considérants qui précèdent. Les expertises réalisées par le Dr O_____ comprennent une anamnèse détaillée, reposent sur l'étude du dossier médical, tiennent compte des plaintes de l'assurée et ce médecin a émis ses diagnostics à l'issue d'un examen clinique détaillé. Cela étant, les conclusions prises en dernier lieu par ce spécialiste quant à la capacité de travail semblent fondées avant tout sur la capacité de travail que la recourante se sentait subjectivement à même de mettre en valeur et non sur des éléments cliniques objectifs. En effet, dans sa seconde expertise d'octobre 2009, le Dr O_____ a souligné la discordance entre les constatations objectives et les plaintes de la recourante. Il ne s'est pas prononcé sur la

capacité de travail médicalement exigible mais a simplement rapporté à quel taux la recourante travaillait alors, soit 2.5 heures par jour, sans préciser si ce pourcentage correspondait aux atteintes médicales, alors même qu'il avait admis dans son avis du 20 mars 2009 qu'une augmentation progressive de la capacité de travail à 75 % dans les trois mois était exigible et qu'aucune atteinte nouvelle n'a été diagnostiquée dans l'intervalle. Pour ce motif, il se justifie de s'écarter des conclusions prises en octobre 2009 par le Dr O _____ quant à la capacité de travail de la recourante. L'expertise réalisée par les Drs R _____ et Q _____ contient également une anamnèse, un résumé du dossier médical et relate les plaintes de la recourante. Les diagnostics ont été établis sur la base d'un status clinique et les conclusions sont claires. Cet examen correspond dès lors formellement aux critères dégagés par le Tribunal fédéral pour reconnaître la valeur probante d'un rapport médical. Le point de savoir si le diagnostic du rhumatologue du SMR concernant l'atteinte aux vertèbres L4-L5, soit celui de dégénérescence graisseuse - et non de discopathie inflammatoire comme l'ont retenu les autres médecins - est correct peut rester ouvert ici. En effet, ce médecin a en définitive retenu des protrusions discales étagées, à l'instar de la Dresse LL _____. S'agissant de l'expertise réalisée par cette dernière, elle satisfait elle aussi aux réquisits jurisprudentiels. La Dresse LL _____ a en effet retracé l'historique médical de la recourante. Elle a relaté ses plaintes et étudié son dossier médical avant de procéder à un examen clinique minutieux. L'experte a de plus émis des diagnostics clairs et ses conclusions sont claires et motivées. Ce rapport médical doit dès lors se voir reconnaître une pleine valeur probante. Certes, les conclusions des Drs Q _____ et LL _____ sur la capacité de travail divergent légèrement s'agissant de la période de mai à novembre 2008. En effet, le médecin du SMR a retenu une capacité de travail diminuée de moitié pendant ce laps de temps en raison de la nécessité de procéder à des examens médicaux, alors que l'experte judiciaire fait état d'une capacité de travail de 75 %. Cette contradiction est cependant sans incidence dans le cas d'espèce, dès lors que

A/404/2011 - 18/21 - la période considérée précède la demande de prestations et que la recourante n'aurait en tous les cas pas droit à une rente durant cette période, conformément à l'art. 29 LAI. Pour la période postérieure, il n'y a pas de motif de s'écarter des conclusions de la Dresse LL _____. Ses constatations sont au demeurant largement conciliables avec celles du Dr Q _____, sous réserve d'une différence de 5 % dans la capacité de travail de mai 2008 à janvier 2010. En particulier, on ne peut suivre l'intimé lorsqu'il affirme que la diminution de la capacité de travail dès cette date repose sur un seul diagnostic nouveau, soit la tendinopathie débutante. En effet, l'experte judiciaire a rapporté une insuffisance importante de la musculature abdominale, une limitation importante de la mobilité ainsi que des contractures musculaires modérées à importantes, alors que le Dr Q _____ notait l'absence de contracture paravertébrale et signalait une mobilité subtotale en flexion. La Dresse LL _____ a en outre justifié l'aggravation retenue par le syndrome lombovertébral, les troubles persistants de la sensibilité sur le territoire L5 à gauche et S1 à droite ainsi qu'un syndrome cervical avec des signes d'irritation de la racine C8. Il n'y a de plus aucune contradiction entre l'aggravation retenue et l'indication de l'experte sur l'absence d'évolution depuis 2008, contrairement à ce qu'allègue l'intimé. En effet, l'absence d'évolution a été signalée dans le cadre d'un pronostic et en référence à l'inefficacité des traitements, et non par rapport à l'état de santé en tant que tel. Reste à se déterminer sur l'expertise du Dr LN _____. Le rapport de ce spécialiste est lui aussi en tous points conforme aux critères du Tribunal fédéral. Ce psychiatre s'est entretenu avec le médecin traitant de la recourante, il a étudié son dossier médical, établi une anamnèse,

relaté ses plaintes et émis ses diagnostics et ses conclusions après avoir procédé à un examen clinique détaillé, si bien qu'il revêt une pleine valeur probante. Les critiques du SMR à l'encontre de l'expertise du Dr LN_____ ne permettent pas de la remettre en cause. Ce spécialiste a considéré que la diminution de rendement s'ajoute à la limitation induite par les troubles physiques de la recourante. Cette conclusion n'est pas critiquable, dès lors que les atteintes en cause sont d'origines différentes et que leurs effets ne se confondent ainsi pas. Le Dr LO_____ ne peut être suivi lorsqu'il affirme que l'expert psychiatre ne pouvait valablement se prononcer sur la capacité de travail faute d'avoir pu mesurer l'éventuelle incidence positive sur la capacité de travail du traitement antidépresseur, qui venait d'être introduit lors de l'expertise. En effet, si une amélioration peut intervenir dans le futur grâce au traitement, elle ne modifie pas la capacité de travail constatée par le Dr LN_____ au moment de son examen. Quant aux arguments développés par l'intimé dans son écriture du 6 juin 2012, ils appellent les remarques suivantes. Le fait que l'expert se soit fondé sur l'anamnèse relatée par la recourante pour dater la survenance de l'atteinte psychique à l'été 2011

A/404/2011 - 19/21 - ne permet pas d'exclure le bien-fondé de cette constatation, dès lors qu'il n'existe pas d'élément permettant de remettre en cause cette date et que la Dresse LL_____, qui a examiné la recourante peu après, soit en automne 2011, a constaté que la recourante semblait d'ores et déjà présenter une atteinte psychique. Par ailleurs, contrairement à ce qu'affirme l'intimé, le Dr LN_____ ne se prononce pas sur le taux global d'incapacité de travail mais seulement sur la baisse de rendement liée à des motifs psychiatriques. Il a en effet fait état d'une diminution de rendement de 30 % sans tenir compte des limitations physiques. S'il a bien ajouté que l'incapacité de travail était de 65 % compte tenu des diverses limitations, il ne s'agit pas là d'une conclusion prise de son propre chef sur les atteintes physiques de la recourante mais d'une précision sur le fait que les répercussions de l'atteinte psychique ne se confondent pas avec la diminution de rendement d'ores et déjà admise par l'experte rhumatologue. Certes, la jurisprudence retient que le but d'une expertise pluridisciplinaire est d'obtenir une collaboration entre différents praticiens et d'éviter les contradictions que pourraient entraîner des examens trop spécialisés menés indépendamment les uns des autres (ATFA non publié I 228/04 du 4 juillet 2005, consid. 3). Un tel examen n'est pas pour autant le seul moyen d'établir la capacité de travail d'un assuré. De plus, il ne s'agit pas en l'espèce d'une expertise pluridisciplinaire puisque les Drs LL_____ et LN_____ n'ont pas été chargés par la Cour de procéder à une expertise commune mais ont été mandatés successivement, de sorte qu'on ne peut guère reprocher à l'expert psychiatre de ne pas avoir établi ses conclusions sur la base d'un consensus avec sa consœur rhumatologue. Il convient de plus de souligner qu'on ne décèle aucune contradiction entre les conclusions de la rhumatologue et du psychiatre. Enfin, l'argument selon lequel le droit aux prestations n'est ouvert que lorsque le pronostic permet d'exclure définitivement une guérison tombe manifestement à faux. L'assurance-invalidité a en effet pour vocation d'indemniser également les capacités de gain durables résultant d'atteintes qui peuvent être traitées, et la jurisprudence que cite l'intimé (ATF 124 V 209) ne concerne pas les prestations d'invalidité mais l'indemnité pour atteinte à l'intégrité consécutive à un accident.

E. 9

Compte tenu de ce qui précède, la Cour ne s'écartera pas des conclusions des experts judiciaires. S'agissant de la différence de 5 % dans la capacité de travail de mai 2008 à

janvier 2010 ressortant des conclusions du Dr Q _____ et de la Dresse LL _____, la Cour de céans se ralliera au taux retenu par cette dernière puisqu'il correspond également à celui retenu par le Dr O _____ dans sa première expertise. Il y a donc lieu d'admettre que la recourante présentait une incapacité de travail de 25 % de mai 2008 à janvier 2010, puis de 50 % dès février 2010, soit après

A/404/2011 - 20/21 - l'examen des Drs Q _____ et R _____. Conformément aux constatations du Dr LN _____, la capacité de travail s'est réduite en juin 2011 à 35 %. Afin de calculer l'incapacité de travail moyenne visée par l'art. 28 al. 1 let. b LAI, on considère que le délai d'attente d'une année commence à courir au moment où est constatée une diminution sensible de la capacité de travail. Un taux d'incapacité de 20 % est à cet égard suffisant (VSI 1998 p. 126, consid. 3c; ATF non publié 9C_1018/2010 du 12 mai 2011, consid. 3.2). Les chiffres 2017 et 2018 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impuissance dans l'assurance-invalidité publiée par l'OFFICE FÉDÉRAL DES ASSURANCES SOCIALES (CIIAI) précisent que le calcul de l'incapacité de travail moyenne et du délai d'attente peut être effectué en mois ou, pour plus de précision, en jours (base: 12 mois ou 365 jours). La formule suivante s'applique: (a mois/jours à x % d'incapacité de travail) + (b mois/jours à y % d'incapacité de travail) + (c mois/jours à z % d'incapacité de travail) =

E. 12

mois/365 jours à 40 % au moins d'incapacité de travail. En l'espèce, le taux moyen de 40 % est atteint après 4 mois d'incapacité à 25 % et 8 mois d'incapacité à 50 %. C'est donc le 30 septembre 2010 que le délai de carence d'une année a échoué. La recourante présente dès cette date une incapacité de travail de 50 % dans son activité habituelle, laquelle est adaptée à ses limitations. Elle a dès lors droit dès le 1er octobre 2010 à une demi-rente d'invalidité.

L'aggravation constatée par le Dr LN _____ est postérieure à la décision de l'intimé, si bien que celui-ci devra rendre une nouvelle décision sur cet élément, qui tiendra également compte des répercussions du carcinome diagnostiqué début juin 2012. 50. Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement admis au sens des considérants. La recourante a droit à une indemnité de dépens qu'il convient de fixer à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA). La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), l'émolument de 500 fr. sera mis à la charge de l'intimé. * * *

A/404/2011 - 21/21 - 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.