

GE_GERICHTE ATAS/162/2017 vom 1. März 2017

GE Cour de justice, 2017-03-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_162_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/162/2017 du 1 mars 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/162/2017 del 1 marzo 2017

Erwägungen

E. 10

Suite au recours de l'assurée, la chambre de céans, par arrêt du 26 juin 2013 entré en force, a admis partiellement le recours. Elle a constaté que plusieurs atteintes à la santé de l'assurée n'avaient pas été prises en compte par l'intimé et a renvoyé la cause à l'OAI pour, notamment, instruction complémentaire sur le plan médical et mise en œuvre d'une enquête ménagère, afin de déterminer si la recourante était encore apte à effectuer ses tâches habituelles.

E. 11

Par communication du 18 septembre 2013, l'OAI a informé l'assurée qu'il mettait en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire. La liste des questions était jointe et l'assurée disposait d'un délai de dix jours pour adresser ses questions complémentaires à poser à l'expert.

E. 12

Par courrier du 30 juillet 2014 à l'OAI, l'assurée a rappelé qu'elle demeurait dans l'attente de l'expertise médicale prévue. De plus, compte tenu des infections de plus

A/1371/2016 - 4/16 - en plus fréquentes sur le plan ORL, elle avait dû recourir aux traitements du docteur H_____, qui se tenait à disposition de l'OAI pour toute question.

E. 13

L'OAI a répondu le 27 août 2014 qu'il était tenu d'attribuer aléatoirement tous les mandats d'expertise médicale pluridisciplinaire par le biais de la plateforme électronique MED@P. En raison de la surcharge des centres d'expertises, les délais de convocation pouvaient varier de manière importante. L'OAI n'avait aucun moyen pour raccourcir la durée de ce processus.

E. 14

Le 28 novembre 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'il mandatait le docteur J_____, pour une expertise médicale en médecine interne.

E. 15

Dans le cadre de l'expertise, de nombreux documents médicaux ont été communiqués, notamment : - un rapport médical du 12 mars 2015 du docteur I_____, spécialiste FMH en cardiologie, qui relève que sa patiente est traitée depuis 1992 pour une tachycardie ventriculaire idiopathique récidivante de Gallavardin. Au plan thérapeutique, l'arythmie répond de façon significative au bêtabloqueur et à la flécaïnide. Au plan clinique, les bêtabloquants sont malheureusement très mal supportés, raison pour laquelle la patiente est actuellement, à vie, sous traitement de flécaïnide. Sous ce traitement, la patiente est

pratiquement asymptomatique. L'échographie confirme des structures cardiaques normales. Il a conclu ainsi à une situation stable sous traitement médical ; - une IRM lombaire pratiquée à la clinique Générale-Beaulieu le 30 mars 2015, a mis en évidence un rétrécissement canalaire segmentaire L4-L5 et dans un moindre degré L5-S1 ainsi qu'en L4-L5 une discopathie avec hypertrophie facettaire et des ligaments jaunes prédominant à droite. S'y ajoute une hypertrophie de la graisse épидurale, le tout à l'origine d'un rétrécissement focal du canal. Les récessus latéraux sont un peu étroits, de même que le foramen, surtout à droite. Il n'y a pas de hernie discale ni de conflit radiculaire autre évident. Par rapport à 2009, les changements ne semblent pas significatifs ; - un courrier du 8 avril 2015 du docteur E_____ à l'expert, dans lequel il retient les diagnostics d'asthme allergique ancien, rhinite allergique (syndrome obstructif chronique péjoré en 2014 et 2015), carence sélective en IgG1 et surdité bilatérale sévère. Une dyspnée d'effort est chroniquement présente et à domicile, la patiente est déchargée de toutes les tâches lourdes (aspirateur, nettoyage des vitres, port de sacs à commission, etc.). La patiente avait perdu son emploi en 2009 suite au départ en France de son ex-patronne. Elle n'a jamais été la femme de ménage solide qu' imagine l'AI ; elle effectuait des travaux limités, dans des conditions adaptées à ses diverses pathologies ; une part de son emploi se rapprochait d'ailleurs d'une situation de « dame de compagnie ». Les diagnostics évoqués sont une réalité, de même que leur répercussion sur la qualité de vie d'une patiente âgée de 63 ans, sans formation, malentendante et parlant mal le français ;

A/1371/2016 - 5/16 - - un rapport du 15 avril 2015 adressé au médecin-conseil de l'OAI par le docteur H_____, spécialiste FMH ORL, médecin associé aux HUG, dans lequel il indique que le bilan audiométrique montrait des seuils auditifs en sons purs de 60 à 80db sur l'ensemble des fréquences, représentant selon les tables CPT-AI une perte de l'ordre de 90 à 92%. La perte auditive du point de vue vocal est estimée à 90% à droite et de 100% à gauche. L'audiométrie vocale montre des niveaux d'intelligibilité à 50% de plus de 95db pour la reconnaissance des monosyllabes. Ce bilan auditif complet démontrait une surdité d'un degré très sévère. C'est dans cette situation d'isolement sensorielle que doit subir la patiente près d'une semaine complète sur deux, sans compter les traitements d'otites récurrentes dont elle doit bénéficier par ses soins au long cours. La patiente, appareillée, tolérait en effet mal le contact des appareils et l'occlusion liée aux embouts.

E. 16

Dans son rapport d'expertise du 23 avril 2015, le Dr J_____ a retenu, avec répercussion sur la capacité de travail, un syndrome cervico-brachial, des discopathies C5-C6 et C6-C7, des lombopyalgies récurrentes, des discopathies L4-L5 et L5-S1, une péri-arthropathie des hanches des deux côtés et une BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive) de degré modéré. Les autres affections, notamment la fibromyalgie, sont sans répercussion sur la capacité de travail. Au plan physique, l'expert relève que la BPCO de degré modéré ne permet pas la réalisation d'activités autres que légères. Pour le surplus, les limitations fonctionnelles concernant l'aspect rhumatologique sont le port de charges limité à 5 kg, des mouvements non répétitifs, pas de position immobile, assise ou debout prolongée et pas de mouvement en porte-à-faux. L'expert relève que les limitations fonctionnelles résultent essentiellement de l'atteinte de l'appareil locomoteur, conformément à l'expertise du Dr F_____. Les autres affections, à savoir pulmonaire et ORL, s'intègrent également dans ces limitations, puisque seule une activité légère est exigible. La capacité de travail dans une activité de femme de ménage peut être estimée à 80%. L'expert a considéré qu'il existait

une diminution de rendement de 13% (8+5). L'incapacité de travail existe depuis le 2 juin 2009, essentiellement liée à l'affection rhumatologique. Elle est demeurée depuis lors de 20%. Des mesures de réadaptation paraissent médicalement peu envisageables compte tenu du syndrome douloureux chronique et de l'absence de motivation. Dans une activité adaptée, l'expert considère que la capacité de travail est totale avec une diminution de rendement d'au maximum 15%, ce depuis 2009.

E. 17

Une enquête économique sur le ménage a été effectuée au domicile de l'assurée le 28 octobre 2015. Il en résultait un total d'empêchement pondéré sans exigibilité de 10,80% dans le ménage et de 0% en raison d'une exigibilité de 10,80% retenu de la part de l'époux.

E. 18

Le 11 décembre 2015, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de refus de prestations de l'assurance-invalidité, que cette dernière a contesté. En procédure d'audition, la recourante s'est étonnée que suite à l'arrêt de la chambre de céans, seulement une

A/1371/2016 - 6/16 - expertise médicale par un médecin spécialiste en médecine interne a été effectuée alors qu'il s'agissait d'effectuer une expertise pluridisciplinaire.

E. 19

Dans un avis médical du 31 mars 2016, le docteur K_____, médecin SMR, relève que bien que les atteintes relevées par le tribunal ne puissent à l'évidence pas diminuer la capacité de travail de l'assurée, une expertise de médecine interne a été effectuée par le Dr J_____. L'expert atteste des mêmes limitations fonctionnelles et des mêmes évaluations de la capacité de travail que les experts précédents. La recourante ne fournit aucun élément permettant de retenir une nouvelle atteinte n'ayant pas pu être prise en compte par le Dr J_____, le médecin interniste étant le plus à même d'évaluer toutes les atteintes relevées par la chambre des assurances sociales.

E. 20

Par décision du 4 avril 2016, l'OAI a refusé à l'assurée l'octroi de toutes prestations, motif pris qu'elle ne présentait aucun degré d'invalidité. En effet, tant dans l'activité lucrative (60%) que dans l'activité ménagère (40%), le degré d'invalidité est nul (0%). Pour le surplus, l'intimé se réfère à l'avis du SMR du 31 mars 2016, au terme duquel le spécialiste en médecine interne est mieux à même d'évaluer les atteintes relevées par la chambre de céans.

E. 21

Par acte du 3 mai 2016, l'assurée interjette recours, contestant la décision de l'OAI. Elle se réfère à l'arrêt rendu par la chambre de céans le 26 juin 2013, renvoyant la cause à l'intimé pour une instruction complémentaire portant sur toutes les atteintes dont elle souffre. L'intimé l'avait informée le 18 septembre 2013 de la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, mais elle n'a pas reçu de convocation. Par la suite, l'OAI a décidé de confier un mandat d'expertise médicale au docteur J_____, spécialiste FMH en médecine interne. La recourante allègue que le rapport d'expertise du Dr J_____ souffre de plusieurs contradictions, tant par rapport aux constatations de fait que par rapport aux conclusions. Ainsi, l'expert indique qu'elle est mère au foyer : or, elle a commencé à travailler depuis son arrivée à Genève en 1988. En 1990, elle avait été engagée en tant qu'employée de

maison par un couple ; elle s'occupait du ménage, du repassage et de la confection des repas. Ce n'est que lors de l'absence de ses employeurs que son activité était réduite et que cela pouvait ressembler plutôt au gardiennage de la maison. Ses employeurs n'avaient pas d'autres employés et faisaient appel à des entreprises externes pour le nettoyage des vitres et l'entretien du jardin. Lorsqu'elle s'est inscrite au chômage, son état de santé s'est détérioré de manière importante jusqu'à ce qu'elle soit dans l'incapacité totale de travailler depuis le 2 juin 2009, comme l'a attesté notamment le médecin-conseil du chômage. Elle conteste également s'être plainte d'une fatigue chronique intense, parfois notée 10 sur 10. Elle conteste également divers points de l'expertise, notamment par rapport à sa surdité, à sa tachycardie ventriculaire et à sa bronchopneumopathie chronique. La recourante considère que l'OAI ne s'est pas conformé à l'arrêt de la chambre de céans, de sorte que sa décision doit être annulée. Sur le fond, elle conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

A/1371/2016 - 7/16 -

E. 22

Dans sa réponse du 1er juin 2016, l'intimé relève que la chambre de céans avait reconnu valeur probante à l'expertise rhumatologique du Dr L_____ et à l'expertise psychiatrique du Dr G_____. Conformément à l'arrêt de la chambre, il a repris l'instruction du dossier et mis en place une expertise de médecine interne, ladite expertise avait pour objectif d'investiguer toutes les atteintes dont souffre l'assurée. Or, l'expertise du Dr J_____ revêt pleine valeur probante. Pour le surplus, l'enquête ménagère remplit tous les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante et l'exigibilité retenue de la part du mari est totalement conforme à la jurisprudence. L'intimé conclut au rejet du recours.

E. 23

Par réplique du 23 juin 2016, la recourante maintient que les conclusions du Dr J_____ contiennent des contradictions de sorte que ce rapport d'expertise ne peut se voir reconnaître pleine valeur probante. Elle conteste également que la chambre de céans ait accordé pleine valeur probante aux expertises des docteurs G_____ et F_____.

E. 24

Par écriture du 13 juillet 2016, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

E. 25

Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du

E. 26

janvier 2012 consid. 3). 10. La recourante soutient en premier lieu que l'intimé ne s'est pas conformé à l'arrêt de la chambre de céans du 26 juin 2013, en ce sens qu'il n'a pas mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire. Or, si la chambre de céans a effectivement annulé la précédente décision de l'intimé et lui a renvoyé la cause pour instruction complémentaire sur le plan médical, elle ne l'a toutefois pas enjoint expressément de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire. De même, contrairement à ce qu'allègue la recourante, la chambre de céans n'a pas dénié toute valeur probante aux expertises des Drs G_____ et

F_____. Elle a néanmoins constaté qu'elles ne tenaient pas compte de toutes les atteintes à la santé. Dans ces conditions, une expertise multidisciplinaire semblait effectivement appropriée afin de cerner tous les problèmes de santé de la recourante et de procéder à une analyse globale de sa situation médicale et de ses conséquences sur sa capacité de travail. D'ailleurs, l'intimé avait informé la recourante, conformément à l'art. 49 LPGA, de la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire et lui avait communiqué la liste des questions à l'attention des experts. Un délai lui avait été imparti pour communiquer les éventuelles questions complémentaires et le nom des experts devait lui être communiqué ultérieurement. Suite au rappel de la recourante, l'intimé, sur la base de l'avis du SMR selon lequel toutes les atteintes relevées par la chambre de céans ne peuvent aucunement être considérées sur le plan médical, a ordonné une expertise médicale chez le Dr J_____, sans préciser qu'il avait changé d'avis et qu'il renonçait à effectuer une expertise pluridisciplinaire. La recourante, qui avait pu comprendre qu'il ne s'agissait que d'un volet de l'expertise, s'en est immédiatement étonnée à réception du projet de décision. Cela étant, selon le SMR, le médecin interniste est mieux à même d'évaluer l'ensemble des atteintes à la santé. Il convient par conséquent d'examiner la valeur probante de l'expertise du Dr J_____, spécialiste FMH en médecine interne. La chambre de céans constate que l'expert a pris connaissance de l'ensemble du dossier médical de la recourante et qu'il a procédé à un examen clinique complet. L'expertise mentionne les données personnelles et familiales, elle comporte une anamnèse familiale, personnelle et médicale détaillées, y compris l'histoire médicale plus récente, et les plaintes de

A/1371/2016 - 13/16 - l'assurée y sont relatées. L'expert a procédé ensuite à une anamnèse systématique, a décrit les activités de la vie quotidienne, les habitudes, le traitement actuel et les médicaments prescrits. Il expose les données objectives ressortant du status clinique et, enfin, procède à l'appréciation du cas. Dans ce cadre, il explique, en se référant aux rapports médicaux et aux expertises déjà réalisées, que l'assurée ne signale rien de nouveau sur le plan psychiatrique de sorte que la capacité de travail est totale sur ce plan. Du point de vue ORL, le Dr J_____ indique que la surdité altere la qualité de vie en altérant la vie sociale. Il n'est cependant pas démontré que cette diminution représente une diminution de la capacité de travail dans l'activité exercée et surtout dans une activité adaptée. Néanmoins, il admet une discrète diminution de rendement du fait des traitements répétés, qu'il estime à deux heures par semaine en raison des visites médicales, ce qui correspond sur 48 semaines d'activité, à une perte de rendement d'environ 5% (96 heures/an sur 2001.6 heures de travail). L'évolution de la cure d'éventration est favorable. Sur le plan cardiologique, la situation est stable sous traitement médical ainsi que le Dr I_____ le confirme, ce qui est en accord avec le diagnostic posé. La tachycardie ventriculaire non soutenue en salves est bénigne. Il n'y a pas de répercussion sur la capacité de travail. Concernant le déficit immunitaire avec carence sélective en IgG1 diagnostiqué en 2005, l'expert relève que le Prof. M_____ indique dans son rapport du 13 octobre 2014 que la valeur d'IgG1 est à la limite inférieure, mais que la cure d'immunoglobulines n'améliore pas l'aspect local de l'oreille. La recourante n'a ainsi plus d'immunoglobulines depuis juin 2014, si bien que le problème lié à l'intolérance éventuelle des immunoglobulines ne se pose plus. Enfin, la spirométrie montrait un résultat à la limite légèrement inférieure à la norme. L'expert ne retient aucune diminution de rendement ou de la capacité de travail. Sur le plan pulmonaire, l'expert indique avoir tenté de refaire une spirométrie sans succès, les valeurs étant non reproductives par défaut de collaboration. La capacité à l'effort est vraisemblablement limitée et seules des activités légères, avec port de charges au maximum

de 5 kg sont possibles. L'expert retient une diminution de rendement de 8%. Enfin, sur le plan du syndrome douloureux chronique avec cervicobrachialgies, lombalgies et pygalgies, la situation est objectivement superposable à ce que le Dr F_____ observait en 2010. L'IRM du 20 décembre 2012 était superposable à celle de 2010. Enfin, un bilan par IRM lombaire du 1er avril 2015 ne montrait toujours pas d'hernie discale, ni de conflit radiculaire. Les limitations fonctionnelles n'ont pas subi de modification depuis l'expertise du Dr F_____, à savoir : activité uniquement légères (port de charges limité à 5 kg, non répétitif), pas de mouvements en porte-à-faux, pas de position immobile, assise ou debout prolongée. En définitive, l'expert conclut que compte tenu de l'ensemble des atteintes à la santé, la capacité de travail dans une activité de femme de ménage

A/1371/2016 - 14/16 - est de 80%, compte tenu d'une diminution de rendement de 13 %. Dans une activité adaptée, la capacité de travail est totale, avec une diminution de rendement de 15% au maximum. La chambre de céans constate que l'expertise repose sur la base de l'entier du dossier médical et sur un examen clinique complet, que toutes les atteintes à la santé y sont relevées, que l'expert a pris en compte les plaintes de la recourante, que son appréciation du cas fait l'objet d'une analyse détaillée et que ses conclusions sont claires et convaincantes. Partant, l'expertise du Dr J_____ remplit tous les réquisits permettant de lui attribuer pleine valeur probante. La recourante n'apporte aucun élément médical nouveau qui n'aurait pas été connu de l'expert. Les rapports des Drs E_____ et H_____ notamment ont été portés à la connaissance de l'expert ; ils ne permettent pas à la chambre de céans de s'écarter des conclusions de l'expert. Partant, il convient d'admettre que la capacité de travail dans l'activité de femme de ménagère est de 80% et de 100 % dans une activité adaptée, mais avec une diminution de rendement de 15%. 11. En ce qui concerne la part consacrée au ménage (40%), l'enquête économique sur le ménage effectuée au domicile de la recourante révèle des empêchements de 10.80 % ; toutefois, une exigibilité de 10.80 % a été retenue pour le mari, de sorte qu'en définitive il n'y a pas d'invalidité dans la sphère ménagère. La recourante conteste les conclusions de l'enquête ménagère, notamment l'exigibilité retenue pour son mari. La chambre de céans relève que l'enquêtrice a pris connaissance de l'ensemble du dossier médical, en particulier des diagnostics et des limitations fonctionnelles, que les descriptions des empêchements rencontrés par la recourante dans les divers postes sont consignées et qu'elles tiennent compte des explications de la recourante. L'évaluation des empêchements faite par l'enquêtrice est par ailleurs dûment détaillée et motivée pour chaque poste. Quant à l'aide retenue pour le mari de la recourante, il convient de constater qu'elle est conforme à ce que l'on peut exiger du conjoint d'une assurée atteinte dans sa santé, en vertu de son obligation de diminuer le dommage. L'enquête économique sur le ménage ne prête en l'occurrence pas flanc à la critique. En présence d'un rapport d'enquête qui revêt pleine valeur probante, la chambre de céans ne saurait s'en écarter. 12. Compte tenu de la part d'activité de 60% et de la part d'activité ménagère de 40%, le calcul du degré d'invalidité selon la méthode mixte s'effectue selon la formule suivante (cf. ch. 3101 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité – CCAI, valable à partir du 1er janvier 2015) :

$E \times IE + [(EZ - E) \times H] = \text{taux d'invalidité en \%}$

A/1371/2016 - 15/16 - EZ E = travail fourni par l'assuré en tant que personne non invalide exerçant une activité lucrative, en heures par semaine IE = handicap rencontré par la personne exerçant une activité lucrative, en % EZ = durée de travail normale des personnes exerçant une activité lucrative à plein temps dans la branche d'activité concernée, en heures

par semaine H = handicap rencontré dans le ménage, en %

soit : $23 \text{ h} \times 15 \% + ([42 \text{ h} - 23 \text{ h}] \times 0 \% = 8,21\%$.

42 Force est de constater que le degré d'invalidité présenté par la recourante est insuffisant pour ouvrir droit à une rente. 13. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté. 14. Depuis le 1er juillet 2006, la procédure de recours en matière d'octroi ou de refus prestations n'est plus gratuite. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre CHF 200.- et CHF 1'000.- (cf. art. 69 al. 1bis LAI). Au vu de l'issue du litige, il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/1371/2016 - 16/16 - 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.