

GE_GERICHTE ATAS/193/2011 vom 17. Februar 2011

GE Cour de justice, 2011-02-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_193_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/193/2011 du 17 février 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/193/2011 del 17 febbraio 2011

Erwägungen

E. 26

Le Dr. E_____ s'est prononcé sur l'expertise le 12 juin 2009. Il considérait l'estimation de la capacité de travail dans une activité adaptée comme surévaluée. Madame M_____ avait déjà travaillé à plus de 50 % dans le secrétariat médical, ce qui avait eu comme résultat une décompensation de son état de santé à plus ou moins longue échéance, rendant sa fiabilité sur place de travail médiocre. Selon les exigences sur le marché du travail actuel et dans la mesure où il bénéficiait d'une certaine expérience en la matière en tant

A/3197/2009 - 7/13 - que médecin-conseil de l'Etat de Genève depuis 1996, le Dr. E_____ pensait que Madame M_____ ne pourrait pas tenir une activité sédentaire à 75 % ou plus, faute de devoir s'absenter et d'être licenciée à terme.

E. 27

Le médecin du SMR s'est prononcé sur les différents rapports précités le 3 juillet 2009, considérant que l'assurance invalidité n'avait pas pour mission de s'occuper des problèmes sociaux qui étaient du ressort de l'Hospice Général sur le Canton de Genève et que par ailleurs, en présence d'une évaluation différente de la même situation, il convenait de favoriser le diagnostic de l'expert, neutre par définition.

E. 28

Par décision du 13 juillet 2009, l'OCAI a refusé d'octroyer une rente d'invalidité et des mesures de reclassement professionnel à Madame M_____, se fondant sur le rapport d'examen clinique orthopédique et l'avis du SMR, à savoir que l'activité professionnelle de secrétaire médicale était adaptée à sa situation et pouvait être exercée à un taux de 75 % depuis le mois de juillet 2006.

E. 29

En date du 3 septembre 2009, Madame M_____ a formé recours contre cette décision. Elle a fait valoir qu'elle connaissait des problèmes de santé depuis 1998, ayant été suivie depuis lors médicalement. De nombreux arrêts de travail avaient été imposés par d'importantes douleurs dorsales récidivantes diagnostiquées unanimement par les médecins, comme un « failed back syndrome ». Elle avait consultés plusieurs neurochirurgiens et souffrait d'un très lourd passé chirurgical relatif à sa colonne vertébrale, ayant subi quatre interventions en raison d'hernies discales. Par ailleurs, elle avait toujours manifesté un esprit volontaire et positif, entreprenant toutes les mesures thérapeutiques préconisées contre ses douleurs. Lors du dépôt de sa première demande de prestations AI, elle ne sollicitait qu'une reconversion professionnelle. Même après l'octroi d'une rente entière, elle avait essayé de reprendre une formation professionnelle. Son parcours avait

malheureusement été semé de problèmes de santé touchant sa colonne vertébrale et avait été contrainte d'interrompre ses formations professionnelles les unes après les autres pour parvenir enfin à terminer une formation de secrétaire médicale. L'intimé ne s'était fondé que sur l'avis médical du SMR, lequel ne l'avait jamais auscultée, pour refuser le bénéfice de prestations AI. Seule une expertise orthopédique avait été conduite en 2009, laquelle ne saurait fonder à elle seule la décision de refus. Il n'avait pas discuté pleinement du fond des conclusions prises par les médecins qui la suivaient depuis plusieurs années, alors qu'il ressortait clairement des rapports médicaux établis par ces derniers que si son état de santé s'était dans un premier temps amélioré, et qu'elle avait pu travailler quelques temps à 100%, son état s'était à nouveau aggravé et les douleurs se manifestaient de façon

A/3197/2009 - 8/13 - récurrente. Aussi, ces derniers avaient justifié d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. A titre principal, Madame M_____ a conclu à l'octroi d'une demi-rente AI et à titre subsidiaire, à la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire judiciaire.

E. 30

Dans sa réponse du 14 octobre 2009, l'intimé a maintenu la position adoptée dans la décision attaquée, à laquelle il renvoie. Il s'est référé également à l'avis médical du Dr. G_____, médecin référent auprès du SMR, du 5 octobre 2009, qu'il produit en annexe. Selon cet avis, le médecin du SMR s'est rapporté à un précédent avis médical du SMR, établi le 1er avril 2009, dont il ressort qu'il a été tenu compte de l'évolution neurochirurgicale et des traitements divers mis en place (neurostimulateur, infiltrations de corticostéroïdes) ainsi que du type de travail exercé (formation d'assistante médicale avec formation de secrétaire médicale aux frais de l'AI). Faute de fait nouveau sur le plan médical, les conclusions de ces avis demeuraient valables. Enfin, dans la mesure où la situation avait été établie de manière incontestable sur le plan médical, l'expertise multidisciplinaire n'était pas requise dans le cas d'espèce.

E. 31

décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Tant la LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité, que les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2006 (5ème révision AI), modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1er janvier 2008 (RO 2007 5147), sont applicables en l'espèce dès lors que les faits juridiquement déterminants

A/3197/2009 - 9/13 - sont postérieurs à leur entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 et ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). 3. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al.1 LPGA). Envoyée par courrier non prioritaire, la décision du 13 juillet 2009 a été reçue par la recourante au plus tôt le 14 juillet 2009, le délai de recours ayant commencé à courir le lendemain (art. 38 al. 1 LPGA). Vu la suspension des délais, prévue par l'art. 38 al. 4 litt. b LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA, le recours du 3 septembre 2009 a été

formé en temps utile. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en application des art. 56 et ss LPGA. 4. Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité de la recourante et sur son droit à une demi-rente AI. A noter qu'il ne s'agit pas d'une procédure de révision au sens de l'art. 17 LPGA. 4.1. 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). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gains 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 (art. 7 LPGA). 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 LAI).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quart 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. 4.2. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. Les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261, consid. 4.). Selon le principe de la libre-appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et

A/3197/2009 - 10/13 - 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves.

Lorsque, 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 bienfondé (ATF 125 V 351 consid.3b/bb).

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 celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

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. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité

administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, IVème éd., Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, IIème éd., ch.5., p. 278). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf disposition contraire de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qu'ils 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et réf. ; ATF 120 III 324 et ss, consid. 3.2. et 3.3.). 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 322, consid. 5a). Par ailleurs, 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 le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est

A/3197/2009 - 11/13 - restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (ATF 125 V 195 consid. 2 et réf. ; cf. ATF 130 I 183, consid. 3.2.) 4.3. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et ne les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 30, consid. 1 ; 104 V 136, consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenu jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et 128 V 174). 4.4. En l'espèce, les conclusions de l'expertise du Dr. F _____ portant sur l'appréciation médicale de la recourante ne sont pas contestées. Les différents médecins traitants de Madame M _____ les ont confirmées.

Ces derniers ont également souscrits à la procédure d'examen effectué par l'expert antérieurement à l'établissement de son rapport.

La seule contestation porte sur la question de la capacité de travail de la recourante dans l'activité adaptée de secrétaire médicale, le taux retenu par l'expert ayant été considéré comme surévalué par deux des médecins qui suivent Madame M _____ depuis 2001. Le troisième médecin qui s'est prononcé sur l'expertise, le Dr. D _____, a précisé n'être pas compétent pour évaluer la capacité de travail de sa patiente, position qu'il avait déjà adoptée lorsqu'il avait été sollicité sur ce point avant la mise en place de l'expertise orthopédique.

L'expertise ne contient aucun développement au sujet de l'évaluation de la capacité de travail retenue à hauteur de 75%.

L'expert n'a pas mentionné de discrédance entre les plaintes formulées par Madame M_____, en relation avec les constatations médicales. Au contraire, l'expert retient que toutes les tentatives thérapeutiques ont été entreprises

A/3197/2009 - 12/13 - par cette dernière, sans toutefois réussir à supprimer ses douleurs lombosciatiques récidivantes.

Ceci a été relevé de manière unanime par les médecins.

L'examen du Tribunal, comme celui des médecins de la recourante d'ailleurs, doit porter également sur le contenu du dossier s'agissant du comportement de cette dernière, depuis la première demande de prestations AI qui date de novembre 2000.

Après avoir été mise au bénéfice d'une rente à 100%, Madame M_____ a mené à bien une nouvelle formation professionnelle, dans le cadre d'un reclassement aux frais de l'AI, malgré les nombreuses difficultés auxquelles elle a été confrontée du fait des atteintes à sa santé. Elle a notamment dû subir plusieurs périodes d'incapacité, des interventions chirurgicales, des reports de stages, enfin l'échec d'un premier cursus de formation comme assistante médicale, pour pouvoir terminer une autre reconversion professionnelle que la première considérée, en tant que secrétaire médicale.

Suite à au reclassement, elle a cherché du travail à 100% et exercé plusieurs missions de secrétaire dans ce taux d'activité, avant de se trouver à nouveau en incapacité de travail à 50%, dès le mois de mars 2009.

Sur le plan somatique, une nouvelle hernie discale L4-L5 droite a été diagnostiquée en avril 2008. Les médecins ont déconseillé une nouvelle opération, ce qui n'a pas été remis en question par l'expert.

Dès lors, il ne saurait être considéré que des considérations d'ordre socio- économiques soient à la base de la demande de rente du 25 septembre 2008.

Vu les circonstances, les doutes quant au favoritisme qui aurait pu être opéré par les médecins traitants dans leur appréciation de la capacité de travail peuvent être écartés. Au vu de toutes les considérations qui précèdent, la capacité de travail de 50% certifiée par les Dr. E_____ et A_____ emporte la conviction le Tribunal sur celle de 75% évaluée sans motivation par l'expert. A noter que dans le respect des limitations fonctionnelles, aucune diminution de rendement n'a été relevée par les médecins. Le recours sera ainsi admis. 5. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 2'500 fr. lui est octroyée à titre de dépens. 6. L'émolument de justice, fixé à 200 fr., est mis à la charge de l'intimé.

A/3197/2009 - 13/13 - 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.