

# **GE\_GERICHTE ATAS/208/2016 vom 14. März 2016**

GE Cour de justice, 2016-03-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_208\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_208_2016)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/208/2016 du 14 mars 2016

IT: GE\_GERICHTE ATAS/208/2016 del 14 marzo 2016

## **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**

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

### **E. 3**

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son

A/559/2015 - 10/17 - entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la décision litigieuse du 20 janvier 2015 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI citées supra. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4ème, 5ème et 6ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

#### **E. 4**

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). 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. 5**

Le litige porte sur le droit de l'intimé à mettre un terme au versement de la rente d'invalidité avec effet au 30 avril 2009, singulièrement sur l'existence d'une modification sensible de l'état de santé de la recourante et/ou de ses conséquences sur sa capacité de gain dès février 2009.

#### **E. 6**

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique

A/559/2015 - 11/17 - à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1).

#### **E. 7**

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).

#### **E. 8**

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. 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). 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. 9**

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

A/559/2015 - 12/17 - 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 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. 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). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier

2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). 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). 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

A/559/2015 - 13/17 - 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 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. 10**

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

## **E. 11**

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause

à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral U58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

A/559/2015 - 14/17 -

### **E. 12**

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).

### **E. 13**

En l'occurrence, la décision du 20 janvier 2015 octroie à la recourante une rente entière d'invalidité du 3 novembre 2007 au 30 avril 2009. Il convient donc d'examiner si l'intimé était fondé à supprimer la rente accordée avec effet rétroactif au motif que l'état de santé ou la capacité de gain de la recourante avait subi un changement notable en février 2009. L'intimé s'est basé sur les avis du SMR des 11 mai et 23 septembre 2010 qui concluent que l'incapacité de travail a été totale du 3 novembre 2006 au 31 janvier 2009, mais qu'une activité adaptée était exigible dès février 2009. Le SMR s'est lui-même fondé sur les conclusions du Dr F\_\_\_\_\_ suite à son examen du 25 février 2010, lequel a retenu que la situation était stationnaire depuis au moins une année, soit depuis février 2009, et que la recourante pouvait travailler à temps complet dans un métier adapté, soit une activité n'impliquant pas de marche ou de station debout prolongée, pas de marche en terrain inégal, pas de position accroupie, pas de montées ou descentes répétitives d'escaliers ou d'échelles.

### **E. 14**

a. La chambre de céans constate que si le rapport du 7 avril 2010 du Dr F\_\_\_\_\_ se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique, l'étude du dossier radiologique complet de la recourante et qu'il tient compte des plaintes de cette dernière, ses conclusions sont insuffisamment motivées et contredites par plusieurs pièces produites. b. En ce qui concerne la stabilité de l'état de santé de la recourante, l'appréciation du Dr F\_\_\_\_\_ est difficilement compréhensible, dès lors qu'il a signalé un début d'arthrose de l'articulation calcanéocuboïdienne, alors qu'une telle atteinte n'avait jusqu'alors pas été mentionnée. Il est en effet rappelé que le Dr D\_\_\_\_\_ a fait état, dans son rapport du 26 mars 2009, d'un début d'arthrose au niveau de l'articulation astragalo-calcanéenne et d'une potentielle arthrose sous-astragalienne. Il apparaît ainsi hautement vraisemblable que la recourante a développé de l'arthrose sur l'articulation calcanéocuboïdienne entre les examens de mars

2009 et de février 2010, ce qui permet d'exclure toute stabilisation de son état de santé durant cette même période. À cet égard, la chambre de céans relèvera encore que le Dr D\_\_\_\_\_ avait estimé en mars 2009 que l'état de santé n'était pas stabilisé et que l'évolution n'était pas terminée, ce qui aurait dû inciter le Dr F\_\_\_\_\_ à motiver les raisons pour lesquelles il s'écartait de cet avis.

A/559/2015 - 15/17 - De surcroît, contrairement à ce qui a été retenu par le SMR dans ses avis des

### **E. 19**

février et 11 août 2014, la chambre de céans considère que les faits de la cause démontrent que l'état de santé de la recourante a continué à s'aggraver depuis le rapport du Dr F\_\_\_\_\_, puisque l'arthrose calcanéocuboïdienne, qui était selon toute vraisemblance inexistante en 2009 et en train de se développer en février 2010, a été qualifiée de légère à moyenne au début de l'année 2012. En outre, une usure fémoro-patellaire du compartiment interne du genou droit a été constatée en février 2012, et un volumineux noyau d'ossification, une probable myo-aponévrosite et un petit fragment osseux libre ont été mis en évidence en avril 2014. On ne saurait considérer, comme l'a fait le SMR, qu'il s'agirait de simples descriptions anatomiques, ce d'autant plus que la recourante a subi une arthrodèse calcanéocuboïdienne et une fasciite plantaire le 22 janvier 2015, soit seulement deux jours après le prononcé de la décision litigieuse, et une quatrième intervention en 2016. Partant, il n'est pas contestable que l'état de santé de la recourante s'est aggravé depuis février 2009, de sorte que l'appréciation du Dr F\_\_\_\_\_ y relative ne saurait être suivie. c. S'agissant de la capacité de travail de la recourante, le Dr F\_\_\_\_\_ a considéré qu'elle était entière dans une activité adaptée. Il est toutefois rappelé que le Dr D\_\_\_\_\_ avait conclu, dans son rapport du 7 juillet 2009, que la reprise d'une activité adaptée serait possible dès la bonne adaptation des supports plantaires, à 50% dans un premier temps puis à 100% après deux à trois mois. Or, au jour de l'examen par le Dr F\_\_\_\_\_, la recourante ne bénéficiait toujours pas de semelles adaptées puisqu'il a été relevé qu'elle ne pouvait pas porter le support en carbone rigide qui lui avait été prescrit avec des chaussures normales et qu'il était totalement inutile sans des chaussures modifiées par une barre de déroulement. Compte tenu de l'avis divergent émis par son confrère, le Dr F\_\_\_\_\_ aurait dû développer les motifs qui lui permettaient de conclure que la capacité de travail résiduelle de la recourante ne dépendait pas du port de semelles adaptées. Dans ces conditions, son appréciation quant à la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée ne saurait être confirmée. 15. Il en va de même de l'estimation des autres médecins qui se sont prononcés sur la question, en particulier du Dr D\_\_\_\_\_ qui n'a pas expliqué les raisons pour lesquelles la reprise d'une activité sédentaire était subordonnée au port de supports plantaires adaptés, du Dr C\_\_\_\_\_ qui a uniquement mentionné qu'une capacité de travail à temps partiel pourrait être envisagée sans précision aucune quant aux taux d'activité et date de la reprise, de la Dresse H\_\_\_\_\_ qui a signé des arrêts de travail tout en ne retenant aucun diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail, ou encore du Dr K\_\_\_\_\_ qui a considéré que l'invalidité de sa patiente était totale, mais n'a livré aucune argumentation justifiant une impossibilité de travailler dans un poste sédentaire.

A/559/2015 - 16/17 - 16. Eu égard à tout ce qui précède, la chambre de céans n'est pas en mesure de statuer en l'état actuel du dossier, dès lors qu'il ne contient pas les éléments suffisants et probants permettant de se déterminer sur les répercussions des atteintes à la santé de la recourante sur sa capacité de travail dans une activité adaptée à compter de

février 2009, et partant sur son degré d'invalidité. La cause sera donc renvoyée à l'intimé afin qu'il ordonne une instruction sous la forme d'une expertise médicale indépendante auprès d'un spécialiste en orthopédie. Un tel renvoi se justifie à plus forte raison que l'intimé n'a sollicité aucun examen orthopédique et s'est limité à requérir des rapports de synthèse de la part du SMR, et qu'il a fondé sa décision de 2015 sur un rapport rendu en 2010, alors que de nombreuses pièces produites faisaient état de nouvelles atteintes à la santé de la recourante. Cette absence d'instruction est d'autant plus choquante que le Dr D\_\_\_\_\_ avait signalé en 2009 que la recourante avait été « ballotée » et que les suites de son accident avaient été traitées de manière « inhabituelle ». La prise en charge de la recourante ne semble d'ailleurs pas s'être optimisée par la suite puisqu'elle a été adressée à une rhumatologue qui a rendu des conclusions en méconnaissance de l'ensemble des interventions pratiquées, qu'elle n'a pas bénéficié de supports plantaires adaptés et que les séances de physiothérapie prescrites étaient mal ciblées. 17. Ainsi, le recours sera partiellement admis et la décision querellée annulée en tant qu'elle nie le droit de la recourante à des prestations au-delà du 30 avril 2009. Elle sera confirmée pour le surplus et le dossier renvoyé à l'autorité administrative afin qu'elle procède conformément aux considérants. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/559/2015 - 17/17 - 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.