

GE_GERICHTE ATAS/219/2016 vom 16. März 2016

GE Cour de justice, 2016-03-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_219_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/219/2016 du 16 mars 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/219/2016 del 16 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

À 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

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 entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

E. 4

Interjeté dans la forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.

E. 5

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité au-delà du 29 février 2012.

A/927/2015 - 13/19 -

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 et 125 V 413 consid. 2d ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 520/05 du 28 décembre 2006, et I 554/06 du 21 août 2006). 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'art. 17 LPGA. 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). 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 372 consid. 2b et 390 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 arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique 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 en vigueur dès le 1er janvier 2008). 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). 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

A/927/2015 - 14/19 - 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. 8

a. 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). 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 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). c. 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). c/aa. 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 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

A/927/2015 - 15/19 - 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). c/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 ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). c/cc. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer

quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

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).

E. 10

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut 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). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p.

A/927/2015 - 16/19 - 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). 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. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment 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. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

E. 11

En l'espèce, l'intimé a limité le droit de la recourante à la rente au 29 février 2012. Il a admis le droit de la recourante à une rente entière du 1er décembre 2010 – terme du délai d'attente d'une année – au 29 février 2012. Il a considéré que dès le 1er mars 2012, le degré d'invalidité était de 17%, soit un degré insuffisant pour maintenir le droit à la rente. L'intimé s'est fondé sur les avis du SMR du 8 août 2014 et du 23 novembre 2012, selon lesquels la recourante avait recouvré une capacité de travail entière dès le 15 novembre 2011, ce dans une activité adaptée. Le SMR s'est lui-même référé aux conclusions du Dr G _____ du 14 novembre 2012. Il sied de rappeler que selon le Dr G _____, la recourante présentait une incapacité de travail complète du 22 décembre 2009 – date de la consultation auprès du Dr J _____, lequel avait retenu une spondylarthropathie – au 14 novembre 2011. À partir du 15 novembre 2011, il convenait de considérer que le cas était stabilisé sous

anti-inflammatoires seuls et l'exigibilité complète dans une activité adaptée à traduire en termes de métier par un spécialiste de la réadaptation. L'intimé n'a toutefois pas donné suite aux recommandations du Dr G_____. Il a suivi l'avis de sa conseillère en réadaptation. Celle-ci a considéré qu'il n'y avait pas lieu d'organiser une mesure d'orientation et d'aide au placement (projet IPT). La recourante avait déjà bénéficié d'une telle mesure dans le cadre de l'assurance- chômage en 2011, avec un stage comme assistante de direction des ressources humaines. Au vu de son incidence « catastrophique sur le plan physique », celui-ci avait dû être interrompu au bout de dix jours. De plus, la recourante était persuadée qu'elle ne pourrait pas tenir professionnellement en cas de reconduction du projet IPT dont elle avait déjà suivi les modules théoriques il y a deux ans. La recourante conteste le rapport du Dr G_____, selon lequel elle disposerait d'une capacité de travail exigible de 100% dans une activité adaptée après le 29 février 2012. Elle met en avant les limitations fonctionnelles importantes retenues par le Dr G_____, la tentative de stage non concluante effectuée en 2011 ainsi que l'incapacité de travail entière dans toute activité retenue en dernier lieu par les Drs C_____, F_____ et L_____. Elle pointe également du doigt une instruction lacunaire du dossier d'un point de vue psychiatrique et neurologique.

A/927/2015 - 17/19 - Pour sa part, l'intimé est d'avis que la cause est suffisamment instruite et les conclusions du Dr G_____ sans équivoque. De plus, une expertise psychiatrique ne se justifie pas puisque le Dr I_____, psychiatre traitant de la recourante, indique que les arrêts de travail et les restrictions sont motivés par des problèmes somatiques. Le point de vue de l'intimé ne saurait être suivi. Premièrement, en affirmant qu'on observe une stabilisation de l'état de santé sous anti-inflammatoires à partir du

E. 15

novembre 2011, le Dr G_____ ne se prononce pas sur l'aggravation de l'état de santé – attestée par la Dresse F_____ le 2 avril 2011 – qui a précédé son appréciation. Deuxièmement, l'état stabilisé retenu par le Dr G_____ ne tient pas compte du caractère fluctuant de la maladie rhumatismale dont la Dresse F_____ fait état en évoquant tantôt des limitations fonctionnelles dues au rachis, à la hanche et à la cheville variant « selon les jours » (cf. pièce 54 intimé, p. 1), tantôt une maladie paraissant « peu active au niveau inflammatoire » début décembre 2011 (cf. pièce 58 intimé p. 2). C'est le lieu de rappeler que lorsqu'il s'agit de déterminer la capacité résiduelle de travail d'une personne atteinte d'une maladie qui évolue par poussées, il convient d'intégrer dans le cadre de la réflexion la question de l'évolution dans le temps de la maladie, soit de tenir compte notamment de la fréquence et de l'intensité des poussées. Il n'est pas suffisant de se fonder sur une évaluation médicale qui ne reflète qu'une image instantanée de la situation; celle-ci doit bien au contraire tracer de manière précise l'évolution – passée et future – de la capacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_153/2015 du 3 novembre 2015 consid. 3.2). En l'espèce, le rapport du Dr G_____ n'intègre manifestement pas cette problématique. De plus, la stabilisation alléguée est sérieusement mise en doute par l'apparition de douleurs nouvelles aux deux mains, surtout au niveau des doigts ainsi qu'à la main gauche, rapportées par le Dr L_____ qui, le 14 avril 2014, en situe l'apparition à « quelques mois », sans plus de précisions sur leur étiologie. Ainsi, l'instruction du dossier apparaît lacunaire d'un point de vue rhumatologique. Elle l'est également d'un point de vue neurologique puisque l'intimé n'a pas jugé opportun d'interroger le Dr K_____, neurologue traitant – qui, en mai 2013, faisait état d'une tétanisation du système neurovégétatif, rapportée par le psychiatre traitant le 31 janvier 2014 – et qu'un phénomène de sensibilisation centrale, dont on ignore la date

d'apparition, a été évoqué par la Dresse M_____ sans faire l'objet d'investigations plus poussées à ce jour, quoi qu'en dise le SMR. En outre, l'intimé a beau relever que le psychiatre traitant, le Dr I_____, indique que les arrêts de travail sont motivés par des problèmes somatiques, il n'en reste pas moins que ce même médecin a posé, dans le même rapport du 14 janvier 2014, les diagnostics psychiatriques « avec effet sur la capacité de travail » de trouble panique (F41.0), trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, évoluant depuis au moins 2003 (F33.0) et de traits de personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31). De plus, le Dr I_____ mentionne que les douleurs chroniques A/927/2015 - 18/19 - entraînent un état d'anxiété, une tension permanente, une irritabilité, des troubles du sommeil, une limitation de ses capacités de gestion émotionnelle ainsi qu'une angoisse vis-à-vis de l'avenir. Enfin, ce médecin indique que sur le plan psychique, le pronostic est principalement lié à l'évolution de la maladie rhumatismale qui englobe à la fois l'intensité et le caractère continu des douleurs et limitations fonctionnelles. Sans se prononcer sur les limitations somatiques, il mentionne que les autres limitations se manifestent par une capacité de concentration et d'adaptation ainsi qu'une résistance limitée, ce qui souligne la nécessité d'une approche interdisciplinaire. Or, cette dernière fait précisément défaut. Dans la mesure où les conditions de la révision au sens de l'art. 17 LPGA s'appliquent à la décision par laquelle une rente échelonnée ou limitée dans le temps est accordée à la personne assurée, la modification du droit à la rente entière – réduction ou suppression – suppose une modification des circonstances, soit une amélioration de l'atteinte à la santé susceptible de rétablir la capacité de gain, force est de constater qu'au regard de l'aggravation de l'atteinte, notamment aux mains, et des limitations fonctionnelles supplémentaires retenues par le Dr L_____, des douleurs musculo-squelettiques diffuses relevées par la Dresse M_____ – en cours d'investigation –, des troubles psychiques – corrélatifs aux douleurs chroniques – évoqués par le Dr I_____ et des aspects neurologiques du cas, quasiment inexplorés à ce jour, on ne saurait retenir qu'il est établi en l'état, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'une amélioration au sens de l'art. 17 LPGA est véritablement intervenue. La situation demeure peu claire à cet égard. 12. En conséquence et vu la jurisprudence du Tribunal fédéral, il y a lieu d'admettre partiellement le recours et de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il complète l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise interdisciplinaire rhumatologique, neurologique et psychiatrique en sollicitant plus particulièrement l'avis des experts sur les éventuelles fluctuations de l'affection rhumatismale de la recourante, ses limitations effectives en situation réelle, sa capacité de travail et le type d'activité qu'elle serait, le cas échéant, à même d'exécuter. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Étant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (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 500.-.

A/927/2015 - 19/19 -

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.