

GE_GERICHTE ATAS/22/2015 vom 19. Januar 2015

GE Cour de justice, 2015-01-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_22_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/22/2015 du 19 janvier 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/22/2015 del 19 gennaio 2015

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; RS 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

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, en vertu des art. 56ss LPGA.

E. 4

Le litige porte sur le droit de la courante à une rente de l'assurance-invalidité limitée dans le temps.

E. 5

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).

E. 6

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

A/612/2014 - 15/22 - 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. 7

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). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

E. 8

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

A/612/2014 - 16/22 - 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 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 125 V 351 consid. 3).

E. 9

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). 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 donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

A/612/2014 - 17/22 - 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 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

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. 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). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

E. 12

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante

A/612/2014 - 18/22 - et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 13

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins, mais 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. 1 LPGGA.

E. 14

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en 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 29 consid. 1; ATF 104 V 135 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 survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2).

E. 15

Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RS 831.201 ; RAI), si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

E. 16

a) En l'espèce, l'OAI a retenu, dans sa décision du 28 janvier 2014, une incapacité de travail totale de la recourante du 1er décembre 2010 au 31 mars 2011, selon l'avis

A/612/2014 - 19/22 - du SMR du 1er juillet 2013, lequel fait référence au rapport du CEMed du 27 septembre 2013.

La recourante invoque une incapacité de travail totale dès l'accident du 1er juin 2010 et conteste avoir recouvré une capacité de travail au 1er avril 2011, en faisant valoir qu'elle souffrait de maux de dos, d'épaule, de tête, de problèmes de concentration, auditifs, olfactifs, gustatifs, d'étourdissement, de fatigabilité, de stress post-traumatique et d'une déviation de la paroi nasale; elle indique en outre, dès l'accident du 7 décembre 2011, une incapacité de travail totale jusqu'au 31 mars 2014, en raison de maux de tête, céphalées, vertiges, malaises, douleurs dans tout le corps, faiblesse des mains, des jambes, problèmes de concentrations, troubles de la mémoire, des peurs, troubles du sommeil et, après son accident du 8 novembre 2012, d'une déviation de la cloison nasale. La recourante se prévaut ainsi d'une incapacité de travail totale entre le 1er juin 2010 et le 31 mars 2014.

b) Le rapport du CEMed du 27 septembre 2013 et le complément du 6 octobre 2014 du Dr M_____, rendu à la demande de la chambre de céans, remplissent les critères jurisprudentiels précités pour qu'il leur soit reconnu une pleine valeur probante en ce qui concerne les diagnostics posés et l'évaluation de la capacité de travail de la recourante au jour de l'expertise, laquelle a été reconnue comme pleine et entière. Il convient à cet égard de retenir non pas la date du rapport d'expertise, le 27 septembre 2013, mais celle du 18 juin 2013, date du dernier examen de la recourante, dès lors que la capacité de travail a été fixée

par une appréciation interdisciplinaire postérieure en fonction des constatations faites en juin 2013.

En revanche, la chambre de céans constate que le CEMed n'a pas clairement établi la capacité de travail de la recourante entre le 1er juin 2010 et le 18 juin 2013. Celle-ci peut cependant être évaluée en fonction de toutes les pièces du dossier.

En effet, il ressort de cette expertise que la recourante présente, au jour de son examen, une capacité de travail complète en temps et rendement dans toute activité hors ambiance sonore élevée depuis la fin des traitements inhérents aux séquelles des accidents. Or, la date de la fin des traitements n'a pas été spécifiée par les experts. Questionné par la chambre de céans, le Dr M_____, du CEMed, a précisé le 6 octobre 2014 que l'incapacité totale de travail de la recourante avait duré du 1er juin 2010 au 11 janvier 2011. Il a relevé que dès l'accident du 7 décembre 2011, une incapacité de travail initiale de cinq jours avait été prolongée par le médecin-traitant et que l'incapacité de travail qui avait suivi l'accident du 8 novembre 2012 entraînait possiblement dans celle, non terminée, de l'accident du 7 décembre 2011; enfin, il n'était pas possible de justifier ou de réfuter les incapacités de travail octroyées par les médecins-traitants à la suite des divers accidents.

Il est ainsi établi que la recourante a été en incapacité de travail totale depuis le 1er juin 2010, date de son premier accident, et non pas seulement depuis le 1er décembre 2010, comme retenu par le SMR. S'agissant de la date à laquelle la

A/612/2014 - 20/22 - recourante a recouvré une capacité de travail totale, l'expertise n'indique tout d'abord pas pour quelle raison la capacité de travail serait rétablie dès le 11 janvier 2011. Il semble que cette position se fonde sur le premier avis du 21 décembre 2010 de la Dresse E_____ établissant une reprise de travail au 9 janvier 2011. Cependant, la Dresse E_____ a certifié ensuite, soit le 21 février 2011, une incapacité totale de travail de la recourante. Cette incapacité de travail a également été attestée par les Drs D_____ et F_____ les 18 et 14 janvier 2011.

Ensuite, l'expertise admet qu'au jour de l'accident du 7 décembre 2011, une reprise de travail était programmée, laquelle a été impossible en raison de la survenance de cet accident (rapport d'expertise, p. 13), ce qui laisse supposer que l'incapacité de travail a perduré entre l'accident du 1er juin 2010 et celui du 7 décembre 2011. Il en est de même de la période entre le 7 décembre 2011 et le 8 novembre 2012, le Dr M_____ ayant estimé qu'il était possible que l'incapacité de travail due à l'accident du 8 novembre 2012 entre dans celle, non terminée, du 7 décembre 2011.

Il est, à ce stade, établi que la recourante a été en incapacité de travail depuis le 1er juin 2010 et en pleine capacité de travail dès le 18 juin 2013.

S'agissant de la période entre ces deux dates, force est de constater que l'expertise du CEMed et le complément du Dr M_____ s'en remettent finalement à l'appréciation des médecins-traitants, lesquels ont attesté d'une incapacité de travail totale et continue de la recourante, à la suite des divers accidents dont elle a été victime, à tout le moins du 1er juin 2010 au 18 juin 2013 (Dr E_____, Dr F_____, Dr D_____, Dr G_____). Cette incapacité de travail était principalement motivée par des troubles mnésiques (Dr G_____, avis du 14 mai 2014) et un syndrome post-commotionnel et post-traumatique (Dr D_____, avis du 28 avril 2014). A cet égard, aucun document médical ne permet de remettre en cause ces avis, lesquels sont au surplus corroborés par les experts du CEMed, de sorte qu'au

degré de la vraisemblance prépondérante, il est établi que la recourante a présenté une incapacité de travail totale entre le 1er juin 2010 et le 18 juin 2013, date de son dernier examen au CEMed, dont le rapport a attesté d'une capacité de travail totale recouvrée à cette date. c) Enfin, il est à relever que, par décision du 12 mars 2014, la SUVA a mis un terme à ses prestations au 31 mars 2014, à la suite des accidents des 7 novembre 2011 et 8 novembre 2012 et que, par arrêt de ce jour, la chambre de céans a constaté que la recourante ne présentait pas d'atteinte psychiatrique ou neuropsychologique au-delà du 31 mars 2014, mais renvoyé la cause à la SUVA pour que celle-ci instruisse la question de l'atteinte à l'épaule droite de la recourante.

Cet arrêt, qui concerne le droit aux prestations LAA de la recourante, en particulier la prise en charge des frais médicaux et l'octroi d'une IPAI au-delà du 31 mars 2014, n'a pas d'incidence sur la présente procédure, laquelle porte sur la

A/612/2014 - 21/22 - question de la capacité de travail de la recourante entre le 1er juin 2010 et le 31 mars 2014.

E. 17

En conclusion, la recourante a présenté une incapacité de travail de longue durée depuis le 1er juin 2010 jusqu'au 18 juin 2013. Dès le 1er juin 2011, elle a droit à une rente entière de l'assurance invalidité, jusqu'au 30 septembre 2013 (art. 28, 29 LAI et 88a al. 1 RAI).

La demande de prestations ayant été déposée le 18 novembre 2010, la recourante a droit aux prestations depuis le 1er juin 2011.

E. 18

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 28 janvier 2014 sera annulée. Il sera dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1er juin 2011 au 30 septembre 2013. Etant 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 200.-.

A/612/2014 - 22/22 - 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.