

GE_GERICHTE ATAS/249/2012 vom 8. März 2012

GE Cour de justice, 2012-03-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_249_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/249/2012 du 8 mars 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/249/2012 del 8 marzo 2012

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

L'application de la LPGA et de la LAI a été traitée dans le cadre de l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du 29 avril 2010, aujourd'hui en force, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir.

E. 3

Le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de sa date incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique (ATF 124 V 402 consid. 2a, 122 I 100 consid. 3b, 114 III 53 consid. 3c et 4, 103 V 65 consid. 2a). En ce qui concerne plus particulièrement la notification d'une décision ou d'une communication de l'administration adressée par courrier ordinaire, elle doit au moins être établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurance sociale (ATF 124 V 402 consid. 2b, 121 V 6 consid. 3b). L'autorité supporte donc les conséquences de l'absence de preuve (ou de vraisemblance prépondérante) en ce sens que si la notification ou sa date sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF non publié du 5 mai 2008, 8C_621/2007; consid. 4.2). En l'espèce, la recourante allègue, sans être contredite, avoir reçu la décision du 16 novembre 2011, le 18 novembre 2011. Ainsi, le recours adressé au greffe de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice par pli postal du 30 décembre 2011 intervient en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA), compte tenu de la période de suspension des délais du 18 décembre au 2

A/4509/2011 - 10/14 - janvier inclus (art. 38 al. 4 lit. c LPGA). Les autres conditions prévues par les art. 56 et ss LPGA étant réalisées, le recours est recevable.

E. 4

Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance- invalidité. La recourante remet en cause l'instruction médicale, considérant qu'une expertise rhumatologique devait être mise sur pied.

E. 5

Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 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 sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid. 1; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01). 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. 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

A/4509/2011 - 11/14 - revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). 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 223 consid. 4.1, 128 V 174). Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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.

E. 6

En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement

tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). S'agissant du médecin traitant, 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 353, consid. 3b/cc et les références). 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 p. 352) 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

A/4509/2011 - 12/14 - thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; arrêt 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.

E. 7

a) En l'espèce, la recourante fonde son recours sur le seul argument qu'une expertise rhumatologique serait indispensable. Elle ne motive toutefois pas sa position, si ce n'est en faisant référence aux arrêts du Tribunal fédéral du 23 février 2010 et du Tribunal cantonal des assurances sociales du 29 avril 2010, renvoyant auxdites décisions. L'arrêt précité du Tribunal fédéral se borne toutefois à constater que, par inadvertance liée à une erreur de classement des actes au dossier, le Tribunal cantonal des assurances sociales avait rendu sa première décision sur la base d'un dossier incomplet, et sans se prononcer sur l'ensemble des conclusions. Cet arrêt du Tribunal fédéral n'est ainsi d'aucun secours à la recourante, que ce soit quant au fond ou quant à l'instruction médicale du dossier. Quant à l'arrêt précité du Tribunal cantonal des assurances sociales, il a renvoyé le dossier à l'OAI, faisant droit aux conclusions en ce sens de ce dernier, qui estimait qu'il existait « de nombreuses incohérences manifestes sur le plan médical ainsi que des éléments nouveaux ». Le Tribunal cantonal des assurances sociales n'a ainsi ni examiné le fond, ni prescrit les mesures médicales à mettre en œuvre par l'OAI dans le cadre du renvoi. Cette décision n'est ainsi d'aucune utilité non plus à la recourante. b) Reste à examiner si une expertise rhumatologique s'imposait, afin d'élucider l'état de fait médical pertinent. Une fois le dossier retourné à l'OAI, le Dr S_____ du SMR reprit l'instruction médicale, interrogeant les différents médecins de la recourante. Au plan rhumatologique, l'avis du 8 août 2010 du Dr M_____, rhumatologue traitant, était que l'état de la recourante était

stationnaire. Le Dr S _____ prit encore contact téléphoniquement avec le Dr M _____, lequel confirma qu'un diagnostic de rhumatisme inflammatoire ne pouvait être posé, que les arthralgies avaient réagi au traitement et ne constituaient pas l'entier du problème, qu'il existait effectivement une discordance radio-clinique, qu'il ne s'expliquait pas les problèmes de sa patiente, qu'il n'y avait pas de fibromyalgie, qu'il n'avait pas l'impression qu'il s'agisse de simulation, et qu'il pourrait s'agir d'un problème psychiatrique.

A/4509/2011 - 13/14 - Dans ces conditions, et compte tenu du rapport d'examen rhumatologique au SMR le 29 juin 2007 par le Dr Q _____, détaillé, convainquant et ayant pleine valeur probante, il n'était nullement utile de mettre en œuvre une expertise rhumatologique. A ce stade, la Chambre des assurances sociales relèvera que l'avis du Dr Q _____ n'a pas été sérieusement remis en cause d'un point de vue médical. Seul le Dr L _____ l'a critiqué, mais en termes généraux et sans argumentation médicale pertinente. Le Dr S _____ a pris en compte l'avis du rhumatologue traitant en mettant en œuvre une expertise psychiatrique, puisque l'explication pouvait relever de cette spécialité. Il s'avère ainsi que l'instruction médicale menée par l'OAI, respectivement le SMR est complète et sérieuse, de sorte que les critiques de la recourante, d'ailleurs formulées en termes vagues et généraux sont dénuées de fondement. c) Enfin, la Chambre des assurances sociales constate que tant d'un point de vue rhumatologique (rapport d'examen du SMR du 29 juin 2007) que d'un point de vue psychiatrique (expertise du Dr T _____ du 13 mai 2011), la capacité de travail dans l'activité habituelle reste entière. Le Dr T _____ a certes diagnostiqué un trouble douloureux avec répercussion sur la capacité de travail, mais a conclu à l'absence de comorbidité psychiatrique majeure. De la sorte, son avis n'est pas contradictoire. L'avis du Dr T _____ n'est d'ailleurs remis en cause par aucun médecin et revêt une pleine valeur probante. Comme déjà indiqué, bien que le rhumatologue et le médecin traitant aient une appréciation différente du Dr Q _____ au sujet de la capacité de travail, l'avis de ce dernier n'a pas été sérieusement remis en cause et revêt une pleine valeur probante. Enfin, sur le plan neurologique, le Dr U _____ a écarté toute incapacité de travail liée aux migraines dont souffre la recourante. Ainsi, c'est à bon droit que l'OAI a rejeté la demande de prestations AI de la recourante.

E. 8

Le recours sera ainsi rejeté.

E. 9

Un émolument de 200 fr. est mis à charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

A/4509/2011 - 14/14 - 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.