

GE_GERICHTE ATAS/348/2017 vom 27. April 2017

GE Cour de justice, 2017-04-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_348_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/348/2017 du 27 avril 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/348/2017 del 27 aprile 2017

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), 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

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

E. 3

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).

E. 4

Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations d'invalidité, plus précisément sur la date à partir de laquelle le droit à une demi-rente d'invalidité est ouvert. Le montant de la demi-rente et les modalités de son calcul ne sont en revanche plus litigieux.

E. 5

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, 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 raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. 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. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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. 28 al. 2 LAI).

E. 6

En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas

être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que 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

A/1674/2016 - 21/26 - 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. L'art. 29 al. 1 LAI précise que le droit à la rente prend naissance 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, LPGA2, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré.

E. 7

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 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 ; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2). 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 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 (ATF 125 V 351 consid. 3 ; ATF 122 V 157 consid. 1c). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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

A/1674/2016 - 22/26 - écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). d) S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

E. 8

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 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait dans le doute statuer en faveur de l'assuré, et le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 339/03 du 19 novembre 2003 consid. 2).

E. 9

En l'espèce, il convient en premier lieu d'examiner l'expertise réalisée à la CRR à la lumière des principes dégagés ci-dessus. Force est d'admettre que ce rapport est en tous points conforme aux réquisits jurisprudentiels. Les experts ont en effet pris connaissance du dossier médical de la recourante, qu'ils ont complété par une anamnèse détaillée. Ils ont posé des diagnostics clairs à l'issue d'examens cliniques complets et leurs conclusions sont motivées. Au plan rhumatologique, la Dresse Q_____ a admis une diminution de rendement de 20% liée à la nécessité de changer fréquemment de position. Son appréciation, bien motivée, est convaincante. Aucun rapport médical ne permet de s'en écarter. Dans ses rapports du 26 janvier 2011 et du 11 mars 2012, la Dresse C_____ a certes attesté d'une incapacité de travail de 50%, justifiée par les difficultés de la recourante à rester assise. Au plan formel, ces rapports ne satisfont cependant pas aux exigences dégagées par le Tribunal fédéral. De plus, il paraît difficile

A/1674/2016 - 23/26 - d'admettre une diminution de 50% uniquement en lien avec les problèmes de maintien de la position assise - également admise par l'experte rhumatologue, qui a retenu 20% à ce titre. Les explications que la Dresse C_____ a données en mars 2012, au sujet de la différence de capacité de travail dans l'activité de comptable et dans une activité adaptée ne sont en outre guère compréhensibles. Les limitations fonctionnelles qu'elle a retenues en janvier 2011 ne sont en effet pas incompatibles avec une activité de comptable, dans laquelle la recourante est libre d'aménager ses horaires et de changer de position pour soulager ses douleurs. On rappellera à ce sujet que de telles mesures sont exigibles de la recourante en vertu de l'obligation de diminuer le dommage, généralement

applicable en assurances sociales (arrêt du Tribunal fédéral 9C_551/2011 du 10 février 2012 consid. 2.3). Il faut du reste noter que la Dresse C_____ a elle-même préconisé un examen médical complémentaire afin de déterminer la capacité de travail de la recourante dans son rapport du 15 août 2011, ce qui concourt à nier le caractère probant de ses propres conclusions. Quant à la Dresse J_____, elle n'a pas non plus motivé à satisfaction de droit sa conclusion selon laquelle la recourante disposait d'une capacité de travail de 50% en raison de ses lombalgies et de ses migraines, ressortant de son rapport du 3 octobre 2012. Cette conclusion est d'ailleurs en contradiction avec celle qui ressort de son rapport du 20 décembre 2012, où elle a admis une capacité de travail pouvant aller jusqu'à 70% dans une activité adaptée. Or, si l'on analyse les limitations fonctionnelles retenues par ce médecin - soit l'interdiction du port de charges et l'impossibilité de rester assise plus de trente minutes ou debout immobile plus de quelques minutes - force est de constater que l'activité de comptable indépendante est adaptée. Ce médecin a certes également fait état de troubles de la concentration. Il les a cependant mis en lien avec les troubles du sommeil et le trouble dépressif, pourtant qualifiés de stabilisés dans ce même rapport. Quant aux médecins du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG, ils ne se sont pas prononcés sur la capacité de travail de la recourante. Du point de vue psychiatrique, il n'existe pas non plus de rapport médical contredisant les conclusions du Dr R_____. L'intimé ne nie au demeurant pas sa valeur probante, et la recourante ne conteste pas les diagnostics posés par ce spécialiste et son évaluation de la capacité de travail, à tout le moins s'agissant de la période courant dès la réalisation de l'expertise. L'expert psychiatre n'a pu retenir de restriction de la capacité de travail avant son examen clinique, en raison de l'absence de certificats médicaux émis pour des motifs psychiatriques durant cette période. En effet, au plan psychique, un arrêt de travail de 50% puis 80% dès octobre 2010 a été établi. La Dresse F_____ a cependant signalé la rémission du trouble dépressif dès le 1er mai 2011, date à compter de laquelle elle a conclu à une capacité de travail complète du point de vue psychique. Cette évaluation correspond d'ailleurs aux indications de la recourante, qui annonçait une amélioration de son moral à l'OAI dans son courrier du 19 mai 2011. Cette amélioration a également

A/1674/2016 - 24/26 - été constatée par la Dresse C_____, qui évoquait une augmentation de l'endurance, survenue en avril 2011. On notera encore que si le Dr I_____ a mentionné dans son rapport du 22 mai 2012 que les symptômes de la lignée dépressive lui paraissaient encore très marqués, il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail à cette date et le score à l'échelle HAAD excluait un trouble dépressif ou anxieux à la date de la consultation. La Dresse J_____ considérait dans son rapport du 3 octobre 2012 que le trouble dépressif n'influaient pas sur la capacité de travail de la recourante. Les médecins du Centre de la douleur des HUG n'ont pas non plus évoqué de trouble psychique dans leurs diagnostics lors de la consultation de mai 2013. Il n'est certes pas impossible que les troubles psychiques se soient à nouveau aggravés entre la rémission constatée et l'expertise du Dr R_____, dans une mesure influant la capacité de travail. Cependant, à défaut de certificat médical ou d'autre indice en ce sens, cette simple éventualité n'atteint pas le degré de vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales, de sorte que la recourante supporte les conséquences de l'absence de preuve. Eu égard à ce qui précède, la chambre de céans ne s'écartera pas des conclusions des experts, auxquelles l'intimé s'est d'ailleurs également rallié.

La demande de prestations de la recourante remonte au 16 décembre 2010. Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente s'ouvre au plus tôt six mois plus tard, soit le 1er juin 2011. Or, à cette date, eu égard aux considérations qui précèdent, il faut considérer que la recourante ne subissait aucune incapacité de travail pour motifs psychiques. L'incapacité de travail pour motifs rhumatologiques de 20% admise par l'experte rhumatologue n'atteignait quant à elle pas le seuil ouvrant le droit à une rente. C'est donc au terme du délai de carence d'une année après le début de l'incapacité de travail de 40% au moins, prévu par l'art. 28 LAI, que s'est ouvert le droit à la rente. L'incapacité de travail de 50% ayant débuté en novembre 2014 selon le Dr R_____, c'est à juste titre que l'intimé a fixé le début du droit à la rente au 1er novembre 2015. Dès lors que l'activité de comptable indépendante de la recourante est adaptée à ses atteintes et à ses limitations fonctionnelles et qu'elle lui permet de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail, son incapacité de travail et son incapacité de gain se confondent. Bien que la recourante ne conteste plus les modalités de calcul des prestations qui lui sont dues, il convient de souligner que cela a pour conséquence que le revenu avec invalidité correspond à 50% du revenu avec invalidité, de sorte que le montant des revenus sans invalidité établi par l'intimé n'a en l'espèce pas d'incidence sur le degré d'invalidité. Le taux d'invalidité de la recourante est ainsi de 50% et l'octroi d'une demi-rente par l'intimé ne prête pas flanc à la critique. Eu égard à ce qui précède, la décision de l'intimé s'avère conforme au droit.

A/1674/2016 - 25/26 - Partant, le recours sera rejeté. La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), la recourante sera condamnée au paiement d'un émolument de CHF 200.-. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. g LPGA).

A/1674/2016 - 26/26 -

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.