

GE_GERICHTE ATAS/360/2010 vom 12. April 2010

GE Cour de justice, 2010-04-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_360_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/360/2010 du 12 avril 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/360/2010 del 12 aprile 2010

Erwägungen

E. 29

Par arrêt du 8 mai 2008, le Tribunal fédéral a rejeté le recours de l'assurée interjeté à l'encontre de l'arrêt du Tribunal de céans du 26 mars 2007.

E. 30

Le 6 avril 2009, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestation de l'assurance-invalidité en invoquant une péjoration générale depuis 2008 (et des douleurs aux épaules et à la tête).

E. 31

Le 22 avril 2009, le Dr K_____ a attesté d'une aggravation en 2008 avec la nécessité d'une réintervention chirurgicale au niveau du pied droit le 23 septembre 2008. La patiente souffrait aussi de lombalgies, scapulalgies et cervicalgies invalidantes ayant entraîné un état dépressif.

E. 32

Le 19 mai 2009, la Dresse B_____ a attesté d'une aggravation courant 2008 et la persistance des douleurs aux pieds dont au pied droit malgré l'intervention de A/3827/2009 - 8/17 - septembre 2008, et d'un syndrome vertébral, cervical et lombaire chronique, entraînant une impossibilité de travailler à 100 %.

E. 33

Le 27 mai 2009, la Dresse I_____ a attesté de persistance des douleurs aux pieds, malgré l'intervention du 23 septembre 2008 ainsi que des douleurs cervico- dorso-lombaires chroniques, la présence d'un syndrome vertébral cervico-lombaire, un canal rachidien rétréci avec diminution des trous de conjugaison bilatérale (selon examens complémentaires récents), expliquant les douleurs du membre inférieur gauche. La patiente ne pouvait travailler à 100 %. Elle présentait aussi un état dépressivo-anxieux réactionnel.

E. 34

Le 10 juin 2009, le Dr K_____ a relevé qu'il n'était pas entré en matière avec la patiente concernant sa capacité de travail. Il a transmis un rapport opératoire du 23 septembre 2008 attestant d'une intervention "AMO de la prothèse MTP1 droite et plastic capsulaire selon Brandès Keller".

E. 35

Le 22 juin 2009, la Dresse I_____ a rempli un rapport médical AI dans lequel elle a indiqué qu'elle suivait la patiente de juin 2006 à avril 2007 et depuis mars 2009. Un travail à 50 % dans une activité adaptée était à évaluer dans un stage de réadaptation professionnelle.

Il fallait éviter les positions assises ou debout prolongées et le port de charges. Elle a posé les diagnostics de douleurs chroniques sévères des deux pieds sur status après nombreuses interventions chirurgicales, ré- intervention récente (23.09.2008) pour ablation du matériel d'ostéosynthèse à droite; cervico-dorsolombalgies chroniques sur troubles statiques (rectitude cervicale et scoliose lombaire à convexité G sévère) et dégénératifs (discarthrose importante L5-S1 avec diminution des trous de conjugaison, en particulier à G, canal rachidien rétréci et arthrose articulaire postérieure bilatérale); depuis de nombreuses années; état dépressivo-anxieux réactionnel. Il y avait persistance de cervicalgies irradiant dans les épaules et de dorso-lombalgies avec sciatalgie gauche, en augmentation depuis 2006.

E. 36

Le 6 juillet 2009, la Dresse B_____ a rempli un rapport médical AI dans lequel elle a indiqué suivre la patiente depuis 1997. Elle a posé les diagnostics de "déformation permanente des deux pieds suite à plusieurs opérations. Aggravation de son état en 2008, nouvelle opération (pied droit) n'ayant pas permis d'amélioration avec douleurs permanentes des deux pieds malgré chaussures orthopédiques. Syndromes cervicaux et lombaires à répétition sur troubles statiques et sciatalgies L5/S1 gauche à répétition sur canal rachidien rétréci entraînant une irritation radiculaire L5 gauche". La patiente présentait des douleurs permanentes des deux pieds, en aggravation et de la colonne cervicale et lombaire. L'incapacité de travail était totale depuis octobre 2004. Le pronostic était mauvais. On pourrait tenter une reprise à 40 % dans un emploi adapté c'est-à-dire en pouvant notamment changer régulièrement de

A/3827/2009 - 9/17 - position (assise/debout, sans rotation du tronc, sans port de charges de plus de 2 kilos comme secrétaire à raison de deux heures par jour au maximum). La patiente était prête à tenter une activité à un taux inférieur à 100 %.

E. 37

Le 14 juillet 2009, la Dresse L_____ du SMR a estimé que la situation était toujours la même et que la conclusion du rapport du SMR du 21 août 2006 était toujours valable.

E. 38

Par projet de décision du 27 juillet 2009, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations.

E. 39

Par décision du 21 septembre 2009, l'OAI a confirmé son projet de décision.

E. 40

Le 26 octobre 2009, l'assurée, représentée par une avocate, a recouru à l'encontre de la décision précitée auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité. Dans un complément du 4 décembre 2009 elle a conclu à l'octroi de mesures de réadaptation, vu son degré d'invalidité de 29 %. Les certificats médicaux récents de ses médecins attestaient d'une aggravation de son état de santé. Elle sollicitait la mise en place des mesures de réadaptation professionnelle.

E. 41

le 17 décembre 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours en constatant que le taux d'invalidité de 29 % calculé par le Tribunal cantonal des assurances sociales était erroné, la recourante jouissant d'une pleine capacité de travail dans toute activité.

E. 42

Le 22 janvier 2010, la recourante a répliqué en indiquant qu'elle avait produit des certificats médicaux attestant de l'aggravation de son cas médical et qu'elle maintenait ses conclusions du 4 décembre 2009.

E. 43

Le 11 février 2010, elle a requis l'audition de l'ensemble de ses médecins-traitants.

E. 44

Le 8 mars 2010, le Tribunal de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. La recourante a déclaré qu'elle souhaitait en priorité une réinsertion professionnelle. Son état de santé s'était aggravé. Elle avait encore été opérée au pied en septembre 2008. elle avait régulièrement de tendinites, sciatiques et blocages.

E. 45

Le 29 mars 2010, l'OAI approuvé la mission d'expertise. La recourante n'a pas fait d'observations.

E. 46

Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant

A/3827/2009 - 10/17 - conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, la nouvelle demande de prestations a été déposée le 6 avril 2009 et se fonde sur une aggravation de l'état de santé en 2008. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003 s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852) et de celles de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008. 3. a) L'art. 69 al. 1 LAI prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision. b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 27 juillet 2009, qui a été confirmé par la décision du 21 septembre 2009, contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 26 octobre 2009. c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA). 4. L'objet du litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance- invalidité, en particulier sur la question d'une aggravation de son état de santé depuis le 8 mai 2008. 5. a) 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 (art. 6 LPGGA). 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 A/3827/2009 - 11/17 - traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA). b) Depuis l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.». c) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, 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, LPGGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré. 6. Selon l'art. 17 LPGGA, 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. 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 LPGGA. 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 p. 349, 113 V 273 consid. 1a p. 275; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b p. 372 et 387 consid. 1b p. 390). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108). 7. 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 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 LPGGA; depuis le 1er janvier 2004:

A/3827/2009 - 12/17 - art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGGA). 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). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a). 8. a) En ce qui concerne la preuve, 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 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit

A/3827/2009 - 13/17 - 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 322 consid. 5a). 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 LPG), 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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3). b) Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

A/3827/2009 - 14/17 - d) 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/bb et cc). e) Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a 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. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). 9. En l'espèce, la recourante a fourni, postérieurement à l'arrêt du Tribunal de céans du 26 mars 2007 et à celui du Tribunal fédéral du 8 mai 2008 des avis médicaux attestant d'une aggravation de son état de santé (Dr K _____ du 22 avril 2009, Dresse B _____ des 19 mai et 6 juillet 2009, Dresse I _____ des 27 mai et 22 juin 2009) de sorte qu'il convient d'instruire médicalement le cas par le biais d'une expertise rhumatologique et orthopédique. 10. En conséquence, il convient d'ordonner une expertise bidisciplinaire, laquelle sera confiée au Dr M _____, spécialiste FMH chirurgie orthopédique, à Genève et au Dr N _____, FMH rhumatologie, à 1201 Genève.

A/3827/2009 - 15/17 -

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.