

GE_GERICHTE ATAS/398/2021 vom 30. April 2021

GE Cour de justice, 2021-04-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_398_2021

FR: GE_GERICHTE ATAS/398/2021 du 30 avril 2021

IT: GE_GERICHTE ATAS/398/2021 del 30 aprile 2021

Erwägungen

E. 29

Par courrier du 12 mars 2021, la chambre de céans a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise rhumatologique et gastroentérologique et leur a communiqué le nom des experts pressentis, ainsi que les questions qu'elle avait l'intention de leur poser, en leur impartissant un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées.

E. 30

L'intimé a demandé l'ajout à la mission d'expertise de la question suivante : « en cas de diagnostic de fibromyalgie ou de trouble somatoforme douloureux, demander une expertise psychiatrique et évaluer les indicateurs standards jurisprudentiels de gravité ».

E. 31

La recourante a requis deux compléments à la liste des questions. Elle demandait que la question 7.2 soit ainsi libellée : « Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets, - à court, moyen et long cours -, sur la capacité de travail de l'assurée ». S'agissant des questions 8.1, 8.2, 8.3 et 8.4, elle souhaitait l'ajout suivant : « Dans quelle mesure et pour quel(s) motif(s) ? ». EN DROIT 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. 2. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 3. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité. 4. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des

A/807/2020 - 15/21 - 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). 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). En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, 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. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance. 5. Dans un arrêt du 3 novembre 2015 (9C_153/2015), le Tribunal fédéral a jugé, s'agissant d'une personne souffrant d'un rhumatisme psoriasique, que lorsqu'il s'agissait 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. L'expert doit se prononcer sur l'évolution chronologique de la pathologie et apprécier, dans une perspective à long terme, le retentissement global que celle-ci a sur la capacité de travail du recourant. 6. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, le juge 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 LPGGA), 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

A/807/2020 - 16/21 - 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 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). 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). 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

A/807/2020 - 17/21 - 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). 7. 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). 8. 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. 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 quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, 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). 9. En l'espèce, selon l'évaluation consensuelle

de l'expertise du 19 août 2019, la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée était de 100% avec une baisse de rendement de 20% depuis 2013, pour tenir compte de l'asthénie secondaire à la pathologie inflammatoire et aux troubles digestifs. Les experts ont ensuite relevé que l'assurée pourrait avoir des interruptions de travail si la maladie était en poussée et qu'on assistait depuis le début de l'année 2019 à une péjoration de l'état de santé de la recourante, mais sans en tenir compte dans l'appréciation de la capacité de travail. L'expertise souffre ainsi d'un défaut important, de sorte

A/807/2020 - 18/21 - qu'elle ne peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il se justifie en conséquence de faire procéder à une nouvelle expertise gastroentérologique et rhumatologique. Il n'apparaît pas d'emblée nécessaire de faire procéder également à une expertise psychiatrique. Si nécessaire, en particulier si les diagnostics de fibromyalgie ou de troubles somatoformes sont posés ou évoqués par les experts, une telle expertise sera ordonnée en complément, afin notamment que soient examinés les indicateurs jurisprudentiels de gravité.

A/807/2020 - 19/21 -

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement : I. Ordonne une expertise gastroentérologique et rhumatologique de Madame A_____. II. Commet à ces fins le docteur I_____, sous la supervision du professeur J_____, spécialistes FMH en rhumatologie et le docteur K_____, sous la supervision du professeur L_____, spécialiste FMH en gastroentérologie. III. Dit que la mission d'expertise sera la suivante : A. Prendre connaissance du dossier de la cause. B. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assurée. C. Examiner l'assurée et, si nécessaire, ordonner d'autres examens. IV. Charge chacun des experts d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes : 1. Anamnèse détaillée 2. Plaintes de l'assurée 3. Status et constatations objectives 4. Diagnostics 4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail 4.1.1 Dates d'apparition 4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail 4.2.2 Dates d'apparition 5. Limitations fonctionnelles 5.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic 5.1.2 Date d'apparition 6. Capacité de travail 6.1 L'assurée est-elle capable d'exercer son ancienne activité lucrative ? 6.1.2 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

A/807/2020 - 20/21 - 6.1.3 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite/ nulle ? (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. L'expert doit se prononcer sur l'évolution chronologique de la pathologie et apprécier, dans une perspective à long terme, le retentissement global que celle-ci a sur la capacité de travail du recourant selon la jurisprudence.) 6.2 L'assurée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ? 6.2.1 Si non ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? 6.2.2 Si oui, quelle activité lucrative ? À quel taux ? Depuis quelle date ? 6.3 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ? 6.4 Comment la capacité de travail de l'assurée a-t-elle évolué depuis décembre 2016? 6.5 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ? 7. Traitement 7.1 Examen du traitement suivi par l'assurée et analyse de son adéquation. 7.2 Propositions

thérapeutiques et analyse de leurs effets – à court, moyen et long cours - sur la capacité de travail de l'assurée. 8. Appréciation d'avis médicaux du dossier 8.1 Êtes-vous d'accord avec le rapport du CEMEDEX du 19 août 2019 ? 8.2 Êtes-vous d'accord les rapports établis les 29 mai 2017 et 28 janvier 2020 par la Dresse B _____ ? Dans quelle mesure et pour quel(s) motif(s) ? 8.3 Êtes-vous d'accord les rapports établis les 26 avril 2018 et 28 janvier 2020 par la Dresse D _____ ? Dans quelle mesure et pour quel(s) motif(s) ? 8.4 Êtes-vous d'accord les rapports établis les 10 janvier 2017, 29 mai 2017 et 5 février 2020 par la Dresse C _____ ? Dans quelle mesure et pour quel(s) motif(s) ? 9. Quel est le pronostic ? 10. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

A/807/2020 - 21/21 - 11. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles, en particulier estimez-vous qu'une expertise complémentaire devrait être ordonnée sur le plan rhumatologique, notamment ? V. Invite les experts à faire une appréciation consensuelle du cas s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle. VI. Invite les experts à déposer, dans les meilleurs délais, un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans. VII. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

Isabelle CASTILLO

La présidente

Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme de la présente ordonnance est notifiée aux parties par le greffe le

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