

GE_GERICHTE ATAS/403/2016 vom 23. Mai 2016

GE Cour de justice, 2016-05-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_403_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/403/2016 du 23 mai 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/403/2016 del 23 maggio 2016

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) 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

À 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.

- 14/23-

A/2418/2015 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

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

E. 4

En l'espèce, les faits juridiquement déterminants remontent à 2012, voire à 2009. Par conséquent, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LPGA et des dispositions de la LAI consécutives à la 5ème révision de cette loi, puis dès le 1er janvier 2012, en fonction des modifications consécutives à la révision 6a de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

E. 5

Le délai de recours est de 30 jours. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

E. 6

Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité au-delà du 31 octobre 2012.

E. 7

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et ATF 125 V 413 consid. 2d ; ATF non publiés des 28 décembre 2006, I 520/05, et 21 août 2006, I 554/06). 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 LPGA. 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside

- 15/23-

A/2418/2015 uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1).

E. 8

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 (art. 7 LPGA). (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. 9

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 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; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux

d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

E. 10

Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les

- 16/23-

A/2418/2015 mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

E. 11

En l'espèce, l'OAI a à juste titre retenu pour l'assurée le statut de personne active, dès lors qu'il ressort de l'arrêt rendu par la chambre de céans le 13 septembre 2011 qu'elle aurait travaillé à 100% aux B_____ dès 2007-2008 si son état de santé le lui avait permis.

E. 12

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 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

- 17/23-

A/2418/2015 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). 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). 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). 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 (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

- 18/23-

A/2418/2015

E. 13

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). 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 œuvre 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; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela implique que les instances cantonales ne sauraient déléguer cette compétence à l'administration sans motif valable (même arrêt, consid. 4.4.1.1). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical ou lorsqu'il s'agit d'un éclaircissement ou d'une précision ou d'un complément d'une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 in fine et les références). 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 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 (Cst ; RS 101; SVR 2001 IV n.

- 19/23-

A/2418/2015 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. 14

En l'espèce, l'aggravation de l'état de santé dès octobre 2009 a été constatée par la chambre de céans dans son arrêt du 13 septembre 2011. Par décision du 5 juin 2015, l'OAI, auquel le dossier avait été renvoyé, a reconnu le droit de l'assurée aux prestations suivantes : - du 1er août 2010 au 31 octobre 2010, un quart de rente (degré d'invalidité 40%) ; - du 1er novembre 2010 au 30 septembre 2011, une rente entière (degré d'invalidité 75%) ; - du 1er octobre 2011 au 31 octobre 2012, une rente entière (degré d'invalidité 100%). Il a toutefois, sur la base de l'expertise de la Dresse G_____ du 19 avril 2013 et de son complément du

1er décembre 2014, considéré que dès le 1er novembre 2012, le degré d'invalidité était de 30%, soit un degré insuffisant pour maintenir le droit à la rente.

E. 15

décembre 2014, Monsieur M_____, ostéopathe, a certifié à cet égard que l'assuré présentait une dorsalgie aiguë D3-D4-D5 avec irradiation costale à gauche, douleur apparue à la suite de nombreux tests et examens physiques réalisés lors de l'expertise AI. L'assurée relève au surplus un certain nombre d'imprécisions et d'erreurs dans le rapport d'expertise. Par courrier du 14 avril 2014, le Dr F_____ a confirmé la présence d'inexactitudes et des erreurs d'interprétation dans ledit rapport.

E. 16

La Dresse G_____ a réalisé, sur demande de l'OAI, un complément d'expertise rhumatologique le 1er décembre 2014, aux termes duquel elle a considéré qu'aucune des critiques du Dr F_____ ne l'amenait à revoir la capacité de travail retenue dans son rapport du 19 avril 2013. Pourtant, la chambre de céans constate à son tour des inexactitudes, des erreurs d'interprétation, des jugements de valeur dans la mesure où la Dresse G_____ considère d'emblée que les plaintes de l'assurée sont nécessairement exagérées, mais également et surtout des conclusions incohérentes, contradictoires et/ou non motivées.

- 20/23-

A/2418/2015 Ainsi, s'agissant de l'activité habituelle, qu'elle considère comme étant adaptée à l'état de santé de l'assurée, la Dresse G_____ retient une capacité de travail de 100% de son 70%, d'abord sans diminution de rendement. Puis, quelques lignes plus bas, une capacité de travail de 100%, soit à raison de 8h00/jour dans une activité adaptée, avec cette fois-ci une diminution de rendement de 20%, ce sans la moindre motivation. Elle admet que l'état de santé s'est dégradé depuis l'automne 2009, et déclare que les incapacités de travail retenues par les médecins traitants sont plausibles. Ses conclusions sont toutefois diamétralement opposées à celles des médecins traitants. Le Dr F_____ évalue en effet l'incapacité de travail de sa patiente à 100% le 13 octobre 2012. Le 29 avril 2014, il confirme son précédent courrier et informe l'OAI que sa patiente présente, suite à l'opération du 2 novembre 2011, une série de complications (douleurs radiculaires neurogènes, complications urinaires et compressions cervicales osseuses C5-C6 avec une atteinte radiculaire C6 droite). Force est ainsi de considérer que l'expertise de la Dresse G_____ et son complément n'ont pas valeur probante, les reproches faits à l'experte ne reposant pas uniquement, au vu de ce qui précède, sur les seules impressions de l'assurée, mais sur des éléments objectifs. Aussi ne peut-on pas se fonder sur les taux d'incapacité de travail fixés par la Dresse G_____.

E. 17

La doctoresse I_____ a posé le diagnostic d'état dépressif, dans son rapport du 30 janvier 2015, et fixé l'incapacité de travail de sa patiente sur le plan psychiatrique à 50%, à compter du 14 novembre 2014 en tant qu'agente de voyage employée aux B_____, ainsi que dans toute autre activité adaptée à ses restrictions physiques. Elle mentionne plus particulièrement des troubles de la concentration et un ralentissement. Interrogée par l'OAI, elle a toutefois précisé, le 13 mars 2015, que « psychologiquement, dans une activité adaptée, il me semble que l'assurée serait apte à travailler au maximum à 80% dans un délai

d'un trimestre (besoin de reprise progressive). Elle n'a pas de limitations fonctionnelles du point de vue psychiatrique ». Le SMR reproche à la Dresse I_____ de mettre essentiellement les douleurs en avant et relève qu'elle se contente de renvoyer à l'avis des somaticiens pour la question de la capacité de travail. Il est vrai que l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes pour être prise en considération. Selon le Dr D_____ toutefois, dans un courrier du 24 juin 2010, « sa dernière IRM de contrôle remonte au mois de mai 2009, et montrait des lésions tout à fait cohérentes avec la symptomatologie présentée par la patiente ».

- 21/23-

A/2418/2015 Il serait dès lors utile de disposer d'un rapport plus précis et plus complet sur le plan psychiatrique.

E. 18

La chambre de céans considère, au vu de ce qui précède, qu'elle n'est pas en mesure de se prononcer sur la capacité de travail de la recourante et son évolution à compter d'octobre 2009 (cf. arrêt du 13 septembre 2011) et, partant, sur son éventuel droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Il se justifie dès lors d'ordonner une expertise judiciaire, laquelle sera confiée au Docteur K_____, rhumatologue, au Professeur J_____, psychiatre, et au Professeur L_____, urologue. ***

- 22/23-

A/2418/2015 PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :
Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise pluridisciplinaire (rhumatologie, psychiatrie et urologie), les experts ayant pour mission d'examiner et d'entendre Madame A_____, après s'être entourés de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'intimé, ainsi que du dossier de la présente procédure en s'entourant d'avis de tiers au besoin ; 2. Charge les experts de répondre aux questions suivantes : 1. Anamnèse détaillée. 2. Plaintes et données subjectives de l'assurée. 3. Status clinique et constatations objectives. 4. Quels sont les diagnostics ? 5. Quelles sont ses limitations en relation avec les troubles constatés ? 6. Quelle est l'évolution de la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée depuis octobre 2009 ? 7. L'état de santé de l'assurée s'est-il aggravé ? Depuis quelle date et pour quel(s) motif(s) le cas échéant ? 8. Y a-t-il une diminution de rendement ? Si oui, de combien ? 9. Si les experts s'écartent des conclusions des Drs G_____, I_____ et des avis du SMR, sur la question des diagnostics, des limitations et de la capacité de travail de l'assurée, dire pourquoi. 10. Quel est le pronostic ? 11. Toute remarque utile et proposition des experts. 12. Invite les experts à faire une appréciation consensuelle du cas s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre-elles. 3. Commet à ces fins le Docteur K_____, rhumatologue, le Professeur J_____, psychiatre, et le Professeur L_____. 4. 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.

- 23/23-

A/2418/2015 5. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans ; 6. Réserve le fond ;

La greffière

Nathalie LOCHER

La présidente

Doris GALEAZZI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

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