

# **GE\_GERICHTE ATAS/41/2019 vom 22. Januar 2019**

GE Cour de justice, 2019-01-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_41\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_41_2019)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/41/2019 du 22 janvier 2019

IT: GE\_GERICHTE ATAS/41/2019 del 22 gennaio 2019

## **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**

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. 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**

Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Le délai de recours court dès le lendemain de la notification de la décision (art. 62 al. 3 LPA et dans le même sens art. 38 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 89B LPA).

### **E. 4**

Est litigieux le taux d'invalidité de la recourante et plus particulièrement sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

### **E. 5**

septembre 2017 dès lors qu'il ne produit aucune preuve de la réception de celui-ci par la recourante et qu'il n'existe aucun indice d'une telle réception dans la correspondance échangée ou l'attitude de la recourante. Or, le fardeau de la preuve de la notification du préavis incombe à l'autorité administrative. Par conséquent, il faut admettre que l'intimé a violé le droit d'être entendu de la recourante en ne lui permettant pas de s'exprimer sur des mesures d'instruction complémentaire avant d'émettre une décision. Cependant, au vu des circonstances de la cause, force est de conclure qu'une telle violation n'est pas d'une gravité particulière puisque la recourante a pu produire dans la procédure une expertise privée complémentaire, aux conclusions de laquelle l'intimé ne s'est pas rallié. Par conséquent, même si le droit d'être entendu de la recourante avait été respecté, cela n'aurait rien changé

à la position de l'intimé, respectivement à la nécessité pour la recourante d'interjeter un recours pour faire valoir son point de vue quant à sa capacité de travail et ses limitations fonctionnelles. Au demeurant, dans la mesure où la recourante a pu s'exprimer devant la chambre de céans qui jouit d'un pouvoir de cognition entier, un renvoi de la cause à l'intimé pour notification du préavis ne pourrait qu'entraîner un ralentissement inutile de la procédure et des retards indus qui violent le principe de célérité de la procédure prévu à l'art. 61 let. a LPGA (cf. ATF 133 I 201 consid. 2.2 et ATF 132 V 387 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_607/2011 du 16 mars 2012 consid. 4.1).

## **E. 6**

a. 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence

A/4564/2017 - 11/17 - 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 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 et art. 28a al. 1 LAI). b. Il y a lieu de préciser que 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 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). c. 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 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) 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 LPGA.

## **E. 7**

a. 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). 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 importe que les points

A/4564/2017 - 12/17 - 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). 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. c. 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). 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/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). e. Une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve. Le juge est donc tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal, l'assureur-accidents ou un office AI (ATF 125 V 351 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_658/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.3.1).

## **E. 8**

a. Dans un second grief, la recourante conteste la valeur probante de l'expertise du Dr E\_\_\_\_\_ s'agissant de l'appréciation de sa capacité de travail et de ses limitations fonctionnelles, au motif que les conclusions de ce neurologue ne sont pas motivées et qu'il s'agit de l'avis isolé d'un médecin mandaté par un assureur tiers. Contrairement à ce que soutient la recourante, le fait que l'expertise ait été mise en œuvre par l'assurance-maladie perte de gain n'a aucune incidence sur sa valeur probante. En effet, cet élément ne change rien au contenu des conclusions du Dr E\_\_\_\_\_ et au fait que, dans le cadre de la procédure de l'assurance-invalidité, son rapport est un document médical comme les autres (cf. arrêt

du Tribunal fédéral

A/4564/2017 - 13/17 - 9C\_639/2016 du 6 avril 2017 consid. 4.2), dont la valeur probante doit être examinée au regard des critères jurisprudentiels susmentionnés. La recourante produit dans la procédure un rapport d'expertise privée daté du 2 mars 2018 qui est postérieur à la décision litigieuse, de sorte qu'il convient d'examiner s'il peut être pris en compte dans le cadre de la présente procédure. De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2 ; ATF 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_537/2009 du 1er mars 2010 consid. 3.2). En l'occurrence, même si le rapport du Dr G\_\_\_\_\_ est postérieur à la décision litigieuse, il doit être pris en considération pour apprécier la situation médicale jusqu'à la date de la décision litigieuse puisqu'il a trait à la question de l'incidence du traitement sur la capacité de travail et sur l'évaluation de celle-ci depuis l'examen du Dr E\_\_\_\_\_. b. Les parties s'accordent sur le diagnostic de coccygodynie (douleurs sacro-coccygiennes) que le Dr E\_\_\_\_\_ a posé. Ce dernier soutient que le traitement de choix de la coccygodynie est « noli me tangere » et consiste à écarter tout contact du coccyx avec l'extérieur, ce qui permet à la coccygodynie de guérir spontanément après quelques semaines. Il considère que l'état pathologique a été entretenu par les mesures thérapeutiques consistant en physiothérapie ainsi qu'en ostéopathie et qu'une reprise du travail n'était pas possible à cause de la douleur. En revanche, après l'arrêt des traitements contre-indiqués, il prévoit une amélioration relativement rapide de l'état de santé de la recourante en précisant qu'une chronicisation des douleurs est possible mais ne devrait pas se concrétiser. Les conclusions du Dr E\_\_\_\_\_ font suite à son examen du 30 juin 2016, qui est antérieur à la décision litigieuse du 16 octobre 2017. Or, ses conclusions partent de l'hypothèse que la recourante ne présente pas de chronicisation de ses douleurs, soit une hypothèse qui est contestée par l'expertise privée du Dr G\_\_\_\_\_. En effet, dans son rapport du 2 mars 2018, ce dernier conclut à une incontestable chronicisation des plaintes et à une capacité de travail exigible actuelle de 50 % dans une activité adaptée libre en termes de position (travail couché et pupitre réglable en hauteur) pouvant évoluer jusqu'à 80 % dans un délai de vingt-quatre mois. Par conséquent, l'hypothèse sur laquelle le Dr E\_\_\_\_\_ fonde son appréciation d'une pleine capacité de travail est erronée, de sorte que ladite appréciation n'a pas de valeur probante pour cette première raison. Par ailleurs, avant de rendre la décision litigieuse, au vu de l'écoulement de plus de quinze mois entre celle-ci et l'examen du Dr E\_\_\_\_\_, l'intimé aurait dû vérifier

A/4564/2017 - 14/17 - l'absence de chronicisation en procédant à une instruction complémentaire sur le plan médical ce qu'il n'a pas fait. c. Dans son rapport du 2 mars 2018, le Dr G\_\_\_\_\_ recommande la poursuite des traitements médical, ostéopathique, physiothérapeutique et manuel effectués jusqu'ici et qui ont permis l'amélioration partielle obtenue à ce stade. Il recommande également l'usage d'antidouleurs et de neurostimulation électrique transcutanée (Tens). Par conséquent, en tant qu'il préconise la poursuite des traitements effectués jusqu'ici afin d'éviter une aggravation de l'état de santé, respectivement d'entretenir l'amélioration partielle obtenue jusqu'ici, il reconnaît

implicitement que ces traitements ont été utiles et ne sont pas à l'origine de la persistance de l'état douloureux, respectivement de l'incapacité de travail comme le retient le Dr E\_\_\_\_\_. Au demeurant, dans son article du 29 janvier 2014, le docteur H\_\_\_\_\_, unité de proctologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), considère que le traitement des coccygodynies repose sur des mesures locales et générales, à savoir hygiène posturale et physiothérapie, anti-inflammatoires et myorelaxants, infiltration et massage (Revue Médicale Suisse 2014, volume 10, p. 235). Il conclut son article en relevant que la coccygodynie peut faire l'objet d'une thérapeutique précise et efficace, parfois chirurgicale (p. 236), ce qui contredit également la thèse du Dr E\_\_\_\_\_, respectivement ses conclusions quant à la capacité de travail de la recourante. Par ailleurs, dans son rapport du 3 août 2016, le Dr B\_\_\_\_\_ estime qu'au vu des radiographies de mars 2016 mettant en évidence une instabilité coccygienne, un traitement actif est approprié ainsi que le recommande également un éminent spécialiste français du coccyx dans ses publications. Au demeurant, l'amélioration significative sous traitement, constatée par le physiothérapeute et le gynécologue, le conforte dans son attitude. Enfin, dans son rapport du 3 août 2016, la Dresse D\_\_\_\_\_ relève qu'elle a constaté que l'interruption du traitement pendant deux mois a entraîné une péjoration de la symptomatologie. d. Enfin, étant donné que la recourante a consulté pour la première fois un médecin en raison de ses douleurs au coccyx le 21 août 2015 et que son incapacité de travail a débuté le 2 septembre 2015, de sorte qu'un traitement a été instauré au plus tôt à ce moment-là, on voit difficilement comment une reprise du travail aurait pu être exigible dès le 2 septembre 2015, soit le premier jour de l'incapacité de travail. e. Ces divers avis médicaux jettent des doutes suffisants sur les explications du Dr E\_\_\_\_\_ quant à la persistance des douleurs chez la recourante et sur son appréciation de la capacité de travail résiduelle de la recourante, de sorte que son rapport n'a pas de valeur probante pour ce second motif.

## **E. 9**

a. Au vu de ce qui précède, il y a lieu d'examiner si d'autres rapports médicaux au dossier ont une valeur probante permettant de trancher la question de la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée tenant compte de ses limitations fonctionnelles.

A/4564/2017 - 15/17 - b. Dans son rapport du 2 mars 2018, même s'il fait état d'une symptomatologie extrêmement invalidante dont l'ampleur et la persistance sont exceptionnellement importantes, le Dr G\_\_\_\_\_ souhaite se distancer de l'arrêt de travail à 100 % retenu par les médecins traitants de façon prolongée chez une jeune patiente et conclut à un taux de capacité de travail de 50 % potentiellement à étendre à 80 % dans les vingt-quatre prochains mois. Même s'il conclut à une capacité de travail exigible de 50 % dans une activité adaptée au moment de l'expertise, il ne précise pas quel est le taux d'incapacité de travail dans une activité adaptée depuis l'apparition de l'atteinte à la santé jusqu'au jour de l'expertise, et ainsi ne répond pas complètement à la question posée. De plus, il n'explique pas clairement si une telle activité adaptée, à savoir libre en termes de positions et exercée grâce à l'éventuelle adaptation du lieu de travail ainsi qu'à des mesures d'assistance, nécessite un travail couché et un pupitre réglable en hauteur, ou seulement une seule des deux mesures d'assistance. On peut d'ailleurs se demander si la condition du travail couché existe dans l'économie ouverte. Dès lors, son appréciation ne permet pas de trancher la question de la capacité de travail de la recourante. c. Quant à l'avis du SMR du 4 août 2016, il considère qu'il y a lieu de suivre les conclusions du Dr E\_\_\_\_\_ et conclut à une capacité de travail entière depuis le 30 mai 2016 tant dans l'activité habituelle que dans

une activité adaptée. Or, le Dr E\_\_\_\_\_ ne conclut pas à une telle capacité de travail entière dès son examen, mais escompte une amélioration relativement rapide de l'état de santé après l'arrêt des traitements contre-indiqués. Étant donné qu'il considère qu'une reprise du travail médico-théorique aurait pu être exigible à 100 % dès le début septembre 2015, soit un mois après le vol en avion, l'amélioration escomptée après l'arrêt du traitement ne pouvait pas débuter avant le début juillet 2016. Ainsi, ledit avis du SMR n'a pas de valeur probante et l'intimé aurait dû se rendre compte des inexactitudes qu'il comporte et lui demander des précisions à ce sujet au lieu de reprendre telles quelles dans sa décision les conclusions erronées du SMR. d. Par conséquent, la chambre de céans n'est pas en mesure de se baser sur les rapports médicaux au dossier pour trancher la question de la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis l'apparition de l'état douloureux jusqu'à la date de la décision.

### **E. 10**

a. 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

A/4564/2017 - 16/17 - 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). b. En l'espèce, au vu de l'absence de valeur probante des rapports du SMR, du Dr E\_\_\_\_\_ et des médecins traitants, l'intimé aurait dû procéder à une instruction médicale complémentaire du cas, ce qu'il n'a pas fait, de sorte que son instruction de l'état de fait est lacunaire. Par ailleurs, selon le rapport du Dr G\_\_\_\_\_, le Dr E\_\_\_\_\_ a établi le 22 août 2016 un rapport complémentaire qui ne se trouve pas dans le dossier de l'intimé, de sorte que celui-ci est incomplet. Faute d'instruction complémentaire sur l'évolution de l'état de santé de la recourante jusqu'à la date de la décision litigieuse, sur la chronicisation de son état de santé, sur le lien entre le traitement entrepris et sa capacité de travail, sur sa capacité de travail dans une activité adaptée et ses limitations fonctionnelles, la cause doit être renvoyée à l'intimé pour qu'il complète l'instruction sur les points précités, soit en demandant au Dr G\_\_\_\_\_ de compléter son rapport d'expertise, soit en mettant en œuvre une expertise neurologique auprès d'un autre spécialiste ayant de l'expérience en matière de coccygodynies. Par la même occasion, il éclaircira l'évolution du statut professionnel de la recourante depuis le dernier entretien auprès de son service de réadaptation et examinera si ladite évolution ainsi que celle de l'état de santé de la recourante nécessitent l'octroi de mesures professionnelles.

## **E. 11**

Il se justifie, en conséquence, d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision du 16 octobre 2017 et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision. La recourante étant représentée par un avocat et obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Etant donné que depuis le 1er juillet 2006 la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 300.-. \*\*\*\*\*

A/4564/2017 - 17/17 - 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.