

GE_GERICHTE ATAS/448/2017 vom 6. Juni 2017

GE Cour de justice, 2017-06-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_448_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/448/2017 du 6 juin 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/448/2017 del 6 giugno 2017

Erwägungen

E. 1

a. 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

E. 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, la décision attaquée ayant été rendue en application de la LAI. b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI; cf. notamment art. 69 LAI). Le recours, interjeté le 29 février 2016 contre la décision litigieuse du 25 janvier 2016, reçue par la recourante le 30 janvier 2016, a été formé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). Touchée par ladite décision, et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou à sa modification, la recourante a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). c. Le présent recours sera donc déclaré recevable. 2. a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve. b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties; il n'est pas lié par les faits allégués et les preuves offertes par les parties; il doit s'attacher à établir le faits de manière correcte, complète et objective (art. 43 et 61 let. c LPGA; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss; Ueli KIESER, ATSG Kommentar, 3ème éd., 2015, n. 13 ss ad art. 43, n. 95 ss ad art. 61; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance- invalidité, Commentaire thématique, 2011, n. 2623 et 2862 ss). 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

A/704/2016 - 16/27 - 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; 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 (RS 101 - Cst.; SVR 2001 IV n. 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; 122 V 157 consid. 1d). c. Quant au degré de preuve requis, 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 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; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss). 3. a. À titre préalable, la recourante fait valoir une violation de son droit d'être entendue, au motif qu'elle n'aurait pas reçu un projet de décision avant la notification de la décision litigieuse. b. Ce grief, de nature formelle, doit être examiné en premier lieu (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa; 124 V 90 consid. 2 notamment). Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 135 I 279 consid. 2.6.1; 133 III 235 consid. 5.3). La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse, du 18 avril 1999 [Cst. – RS 101]), notamment, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 138 II 252 consid. 2.2; 135 I 279 consid. 2.3; 135 II 286 consid. 5.1; ATF 132 V 368 consid. 3.1). c. Par la notification d'un projet de décision prévu à l'art. 73bis du règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201) dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 et à l'art. 57a LAI en vigueur depuis le 1er juillet 2006, l'administration informe l'assuré de la suite qu'elle entend donner à sa requête, généralement sur le fond, et lui permet de se prononcer sur les éléments retenus (garantie du droit d'être entendu dans le cadre de la procédure préalable;

A/704/2016 - 17/27 - art. 73bis al. 1 RAI repris à l'art. 42 LPGa; arrêt du Tribunal fédéral 9C_115/2007 du 22 janvier 2008 consid. 5.2 et les références). La procédure de préavis est impérative. Son omission constitue une violation du droit d'être entendu (Michel VALTERIO, op. cit., n. 2954 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_577/2008 du

E. 7

a. L'octroi d'une rente d'invalidité suppose que la capacité de l'assuré de réaliser un gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, et qu'au terme de cette année il soit invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI), la rente d'invalidité alors allouée étant un quart de rente, une demie rente, un trois quarts de rente ou une rente entière selon que le taux d'invalidité est, respectivement, de 40 à 49 %,

de 50 à 59 %, de 60 à 69 % ou de 70 % ou plus (art. 28 al. 2 LAI). b. 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), soit en supposant de manière abstraite qu'il existe sur ce marché de travail une offre suffisante quant à l'activité ou aux activités que l'assuré est à même d'exercer malgré son atteinte à la santé (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_346/2007 du 23 janvier 2008 consid. 6.3). c. 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 I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 8

a. Si l'invalidité est une notion juridique mettant l'accent sur les conséquences économiques d'une atteinte à la santé, elle n'en comprend pas moins un aspect médical important, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Aussi est-il indispensable, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, que l'administration ou le juge, sur recours, disposent de documents que des médecins, éventuellement d'autres spécialistes, doivent leur fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et à indiquer si, dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, du fait de ses atteintes à sa santé, incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

A/704/2016 - 20/27 - 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 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; 133 V 450 consid. 11.1.3; 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. c/aa. 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). c/bb.

Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

A/704/2016 - 21/27 - c/cc. 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). Ce principe s'applique tant à l'égard du médecin de famille généraliste que du médecin spécialiste (arrêt du Tribunal fédéral I.803/05 du 6 avril 2006 consid. 5.5). c/dd. 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. À 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 n. 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

E. 9

En l'occurrence, l'intimé, se fondant sur le rapport d'expertise du Dr I_____ du

E. 11

a. Reste à examiner si la contre-expertise et les rapports des médecins traitants discréditent le rapport d'expertise. À cet égard, sur demande de la chambre de céans, dans son rapport du 8 janvier 2016, le Dr I_____ a commenté lesdits documents. b. S'agissant de la note du 29 juin 2016 du Dr H_____, ce médecin se contente d'indiquer que l'épuisement en lien avec la cholangite biliaire primitive justifiait l'incapacité de travail totale. Force est de constater que cette affirmation est sommaire et que le praticien n'a pas tenu compte de la bonne qualité de vie de la recourante, démontrant que la fatigue dont elle est atteinte ne l'entrave pas au quotidien à effectuer diverses activités variées, notamment la lecture intense (elle lisait « beaucoup »), activité qui fait notamment partie de sa profession :

l'enseignement des langues allemande et anglaise. En ce qui concerne le rapport du 26 septembre 2016 du Dr D_____, ce spécialiste écrit que, depuis le 29 novembre 2013, des certificats d'arrêt de travail à 100% étaient régulièrement établis, les tests hépatiques étant de plus en plus perturbés. Ainsi que le relève le Dr I_____, le Dr D_____ n'a pas documenté l'aggravation des tests hépatiques. Or, dans son rapport du 22 octobre 2013, le Dr E_____ note que le traitement par acide ursodésoxycholique a permis une évolution stable. La sonographie abdominale du 14 août 2013 n'a pas relevé d'anomalies, hormis quatre hémangiomes ne dépassant pas 3 cm. La sonographie du 2 juillet 2014 confirme le même résultat. Lors de l'expertise, le Dr I_____ a également constaté que les tests hépatiques étaient redevenus proches de la norme. Ensuite, le Dr D_____ mentionne que l'asthénie progressive est devenue totalement invalidante. Cependant, ce médecin n'a pas non plus tenu compte des activités quotidiennes de la recourante, de sorte qu'on ne saurait suivre sa conclusion. Pour ce qui est du rapport du 26 septembre 2016 du Dr E_____, ce dernier explique que la fatigue chronique chez la recourante est due à la cholangite biliaire primitive, ce que le Dr I_____ ne conteste pas. Alors que le Dr E_____ note que la fatigue chronique constitue la cause « potentielle » d'une incapacité de travail et qu'elle réduit nettement la qualité de vie des patients, ce praticien n'étaye pas les motifs pour lesquels la recourante, qui présente une bonne qualité de vie au quotidien, serait totalement inapte à travailler. Dans son rapport du 10 janvier 2017, le Dr E_____ reproche au Dr I_____ de ne pas avoir investigué s'il considérait le syndrome de fatigue chronique comme vérifiable ou non en plus de la pathologie hépatique établie, s'il estimait la gravité dudit syndrome si peu importante qu'elle

A/704/2016 - 25/27 - n'affectait en rien la pleine capacité de gain ou de travail et s'il pensait que la recourante pouvait conserver sa pleine capacité de travail en suivant un traitement médicamenteux (s'il tenait le syndrome de fatigue chronique pour acquis). À cet égard, on peine à comprendre pourquoi le Dr E_____ n'a pas répondu à ses interrogations, alors qu'il aurait pu examiner l'intensité de la fatigue chronique de la recourante (s'il avait estimé ce test nécessaire). Par ailleurs, les termes employés par ce praticien, tels que « la recourante présentait "possiblement" un syndrome de fatigue chronique » et « " si " [le Dr I_____] tenait le syndrome de fatigue chronique pour " acquis " » laissent à penser que, selon le médecin traitant, la recourante n'est pas objectivement atteinte d'une fatigue chronique grave, ce que démontrent ses activités quotidiennes. Quant à la contre-expertise du 21 juin 2016 du Dr J_____, ce médecin conclut (après avoir indiqué que la fatigue, les anomalies du sommeil et la somnolence sont fréquentes en cas de cholangite biliaire primitive) qu'il lui semble possible que la fatigue dont se plaint la recourante soit importante au point de l'empêcher d'exercer une activité professionnelle normale. Or, le praticien n'a pas non plus évalué l'intensité de la fatigue de la recourante. Il s'ensuit que la conclusion du Dr J_____, qui n'a pas procédé à une étude fouillée du cas, n'est pas convaincante. Son rapport médical est au demeurant qualifié abusivement de « contre-expertise ». c. Sur le vu de ce qui précède, force est de constater que ni les médecins traitants ni le Dr J_____, dont les explications et investigations sont laconiques, n'ont mis en exergue d'éléments nouveaux ou qui auraient été ignorés par l'expert. Les conclusions bien motivées de ce dernier s'appuient sur une étude complète du cas, de sorte qu'il y a lieu de retenir que la recourante, qui a présenté une incapacité de travail total depuis le 29 octobre 2013, dispose d'une capacité de travail entière dès le 1er mars 2014 tant dans l'activité habituelle d'enseignante que dans une activité adaptée, de type administratif, avec une baisse de rendement de 20% (dans toute activité).

E. 12

Ainsi, à l'échéance du délai annuel d'attente le 29 octobre 2014, la recourante n'a pas présenté une incapacité de travail de 40% au moins (art. 28 al. 1 let. b LAI), si bien que c'est à bon droit que l'intimé a rejeté la demande de prestations. De toute manière, à l'échéance dudit délai, dès lors que la recourante présentait une capacité de travail entière dans son activité habituelle, avec une diminution de rendement de 20%, force est de constater qu'elle n'est pas invalide. En effet, elle percevait en 2013 un salaire mensuel brut de CHF 11'681.95, complété par un treizième salaire. Le salaire annuel s'élève donc à CHF 151'865.35. Réactualisé en 2014 selon l'indice suisse des salaires nominaux pour les femmes (ISS ; en 2013 : 2648 et en 2014 : 2673), ce revenu se monte à CHF 153'299.12 ($151'865.35 \times 2673 / 2648$). Compte tenu de la diminution de rendement de 20%, le montant déterminant est de CHF 122'633.29, soit une perte de gain de 20% ($[153'299.12 - 122'633.29] \times 100 / 153'299.12$), inférieure au degré d'invalidité de 40% (art. 28 al. 1 let. c LAI).

E. 13

En conséquence, le recours sera rejeté.

A/704/2016 - 26/27 -

E. 14

L'audition des médecins traitants et la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, demandées par la recourante, sont, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; 122 III 219 consid. 3c), inutiles, de sorte que la chambre de céans n'y donnera pas suite.

E. 15

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI; art. 89H al. 4 LPA) depuis le 1er juillet 2006, au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à CHF 200.-.

E. 16

La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et art. 89H al. 3 a contrario). * * * * *

A/704/2016 - 27/27 - 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.