

GE_GERICHTE ATAS/493/2014 vom 9. April 2014

GE Cour de justice, 2014-04-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_493_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/493/2014 du 9 avril 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/493/2014 del 9 aprile 2014

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; RS 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

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

E. 3

Le litige porte sur le droit de la recourante à de nouvelles mesures d'ordre professionnel, en particulier sur son droit à une mesure d'orientation professionnelle et à une mesure de reclassement supplémentaire, ainsi que sur son droit à une rente au-delà d'octobre 2011.

E. 4

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente 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). L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que 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. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). 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

A/3764/2013 - 12/24 - 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 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. 5

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 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). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

E. 6

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

A/3764/2013 - 13/24 - 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 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 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). S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). 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

A/3764/2013 - 14/24 - 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). Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

E. 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). 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 (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, ATF 122 V 157 consid. 1d).

A/3764/2013 - 15/24 -

E. 8

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5).

E. 9

a) En l'espèce, la décision attaquée est fondée en substance sur l'expertise rhumatologique réalisée par le Dr N_____. Elle se base sur une anamnèse familiale, médicale et socioprofessionnelle détaillée de la recourante, sur l'étude de son dossier médical, et en particulier sur son dossier radiologique, ainsi que sur un examen clinique et sur les plaintes de la recourante. L'expert a également exposé clairement les diagnostics et ses constatations objectives et les conclusions sont suffisamment motivées. En effet, il a retenu des cervico-omalgies droites chroniques, ayant une incidence sur la capacité de travail, un status après une acromioplastie de l'épaule droite le 13 avril 2007 et une insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs. Les limitations fonctionnelles retenues – travaux lourds, ports de charges au-delà de 2 à 3 kg de manière répétitive avec le membre supérieur droit, travail sur un ordinateur plus d'une heure en continu, positions statiques – étaient toutes en lien avec les diagnostics précités. On comprend également que dans la mesure où l'examen clinique était relativement rassurant – pas d'altération de la mobilité du squelette axial, ni arthrite ni synovite, discrète altération de la mobilité de l'épaule droite, pas de syndrome irritatif des membres, des réflexes ostéotendineux vifs et symétriques et pas d'altération de

la force – il a estimé que les plaintes douloureuses étaient disproportionnées par rapport aux constatations objectives et que la capacité de travail était de 90% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles au jour de l'expertise. La capacité de travail tenait compte de la diminution de rendement qui était liée à la diminution de vitesse d'exécution de certaines tâches impliquant l'épaule droite et à la prise éventuelle de pauses supplémentaires. En outre, il a également conclu que la recourante présentait notamment une capacité de travail dans l'activité habituelle de 50% dès le 8 janvier 2007, de 0% dès le 13 avril 2007, de 50% dès le 1er juillet 2008 et de 70% depuis octobre 2008, et une capacité de travail de 90% dans une activité adaptée du 17 octobre 2008 au jour de l'expertise. Ces différentes périodes d'incapacité de travail antérieures au jour de l'expertise ont été déterminées en se fondant sur les rapports des médecins ayant suivi la recourante, et en particulier sur le rapport du 28 mai 2008 de la Dresse L _____ et sur ceux du Prof. M _____ des 12 août et 17 octobre 2008 et 28 novembre 2011. Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de considérer que ce rapport satisfait tous les critères dégagés par la jurisprudence et doit donc se voir reconnaître une pleine valeur probante.

A/3764/2013 - 16/24 - Ce rapport d'expertise est tout d'abord confirmé par les déclarations du Prof. M _____, lequel a estimé, en octobre 2008, que la recourante pouvait reprendre une activité à plein temps en évitant les périodes prolongées de travail sur un ordinateur. En ce qui concerne les rapports de la Dresse L _____, lesquels mettent en exergue une capacité de travail de 50% dès juillet/août 2008 dans une activité nécessitant peu d'heures derrière un ordinateur, ils ont également été pris en considération par l'expert, comme précédemment exposé. Quant au Dr O _____, il a établi des rapports et avis sommaires et peu motivés, de sorte qu'on ne peut se fonder sur ceux-ci pour déterminer la capacité de travail de la recourante, étant précisé qu'il a retenu une entière capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles dès le 1er octobre 2011, ce qui rejoint dans une certaine mesure les conclusions de l'expertise. En outre, ses rapports ne mettent pas en exergue d'éléments dont l'expert n'aurait pas tenu compte et ne permettent dès lors pas de remettre en cause les conclusions de l'expertise. Il n'existe ainsi pas de motifs pour s'écarter des conclusions du Dr N _____. Pour le surplus, le rapport du Prof. M _____ du 4 février 2014 produit par la recourante en cours de procédure ne saurait faire douter la chambre de céans des conclusions du rapport d'expertise, attendu qu'il entre premièrement en contradiction avec ses propres déclarations antérieures, que ce médecin n'indique pas à partir de quelle date la capacité de travail serait devenue nulle et que son rapport n'est que très peu motivé. En particulier, le fait que l'état de laxité de la recourante n'ait pas été pris en considération par le Dr N _____ n'a pas d'incidence sur la valeur probante du rapport de celui-ci, dans la mesure où le Prof. M _____ n'explicite pas en quoi cet état aurait une répercussion sur la capacité de travail. Si l'état de santé s'est effectivement détérioré depuis la décision litigieuse, comme pourrait le laisser entendre ce rapport du Prof. M _____, il appartient à la recourante de déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, en invoquant une telle détérioration. b) La recourante soutient que l'expert avait évoqué des atteintes d'ordre psychique, de sorte qu'il convenait de mettre en œuvre une instruction complémentaire à cet égard. La chambre de céans considère que si l'expert a certes estimé que la disproportion entre les plaintes et ses constatations objectives pouvaient être en lien avec l'anxiété et le stress psychologique qui ont été retenus par la Dresse L _____, il ne ressort pas du dossier, comme l'a exposé la Dresse Q _____, qu'un éventuel trouble psychique limiterait effectivement la capacité de travail de la recourante. En outre, celle-ci n'invoque pas avoir un suivi

psychiatrique ou prendre par exemple des médicaments en lien avec un trouble d'ordre psychique et n'a pas produit de rapport de psychiatre ou de psychologue. Dès lors, nul n'est besoin d'ordonner une instruction complémentaire sur cette question.

A/3764/2013 - 17/24 - c) Qui plus est, la recourante estime que la capacité de travail de 90% a été retenue par l'expert en méconnaissance des activités dans lesquelles elle a été reclassées – essentiellement le marketing – et que cette capacité de travail entraine en contradiction avec le fait qu'elle avait dû arrêter son stage chez Y_____. On rappellera, à cet égard, qu'il revient au médecin de porter un jugement sur l'état de santé et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. Il n'est en revanche pas de son ressort, mais de celui du conseiller en réadaptation, de déterminer les activités professionnelles concrètes entrant en considération compte tenu des aptitudes résiduelles ou de dire si les activités choisies par l'assuré sont concrètement réalisables. Par ailleurs, le fait que la recourante ait été en incapacité de travail de 50% dès le 25 mars 2011 et de 100% dès le 31 mai 2011, ce qui a d'ailleurs été pris en considération par l'expert (p. 11 de son rapport), car son stage avait nécessité un travail à 95% sur un ordinateur, n'entre pas en contradiction avec l'expertise. En effet, l'expert a retenu qu'il convenait d'éviter les travaux sur un clavier d'ordinateur plus d'une heure en continu. Les griefs de la recourante seront ainsi rejetés.

d) Compte tenu des éléments qui précèdent, la chambre de céans estime que les conclusions du rapport d'expertise rhumatologique doivent être suivies et que la recourante présente, au degré de la vraisemblance prépondérante prévu par la jurisprudence, une capacité de travail de 50% dans toutes les activités lucratives dès le 8 janvier 2007 et de 0% dès le 13 avril 2007, puis de 50% dans l'activité habituelle dès le 1er juillet 2008 et de 90% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 17 octobre 2008.

Pour le surplus, le rapport d'expertise au dossier présentant valeur probante au sens de la jurisprudence, il n'est pas nécessaire de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire comme requis par la recourante.

E. 10

Il convient dès lors de se déterminer sur le degré d'invalidité de la recourante en fonction de ces différentes périodes d'incapacité de travail, étant précisé que celle-ci ne conteste pas les différents calculs effectués par l'intimé. a. En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), le droit à la rente au sens de l'art. 28 prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA), ou dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA). La rente est allouée dès le début du mois au cours duquel le droit à la rente a pris naissance (art. 29 al. 2 LAI). En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), 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

A/3764/2013 - 18/24 - 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. Cette réglementation n'est toutefois pas applicable dans les cas où le délai d'attente a commencé à courir avant le 1er janvier 2008 (ATF non publié 9C_583/2010 du 22 septembre 2011, consid. 4.1). Dans cette

hypothèse et lorsque la demande a été déposée avant le 1er juillet 2008 (cf. ATF 138 V 475 consid. 3; Lettre-circulaire n° 300 de l'OFAS du

E. 15

Le recours est dès lors partiellement admis et la décision de l'OAI réformée, en ce sens que la recourante a droit à une rente entière du 1er janvier au 30 septembre 2008 et à une demi-rente du 1er octobre 2008 au 31 janvier 2012.

E. 16

Une indemnité de CHF 1'000.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA et 89 H al. 3 de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 – LPA ; RSG E 5 10). Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI et 89H al. 4 LPA) et au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 200 francs.

A/3764/2013 - 24/24 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant A la forme :

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