

GE_GERICHTE ATAS/522/2015 vom 30. Juni 2015

GE Cour de justice, 2015-06-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_522_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/522/2015 du 30 juin 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/522/2015 del 30 giugno 2015

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

A 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

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

E. 4

Le litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations AI.

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).

E. 6

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 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

A/350/2015 - 6/11 - 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; arrêt du Tribunal fédéral I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

E. 7

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-quart 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 (art. 28 al. 2 LAI).

E. 8

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).

E. 9

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).

E. 10

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 125 V 351 consid. 3).

E. 11

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de

A/350/2015 - 7/11 - mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

E. 12

Lorsque, 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).

E. 13

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).

E. 14

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre 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; 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_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2).

E. 15

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).

A/350/2015 - 8/11 -

E. 16

Enfin, 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).

E. 17

En l'espèce, l'OAI s'est fondé sur l'avis du service médical régional AI (SMR) du 10 juin 2014, selon lequel la capacité de travail de l'assurée est nulle dans l'activité habituelle depuis le 27 janvier 2013, mais entière dans toute activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles dès le 1er juin 2014. Il en a conclu que le degré d'invalidité était de 100% de janvier 2014 - soit à l'issue du délai d'attente d'un an - à juin 2014, et de 0% à compter de cette date. Constatant que le droit de l'assurée à une rente d'invalidité ne peut naître qu'à partir d'octobre 2014, soit six mois après la demande de prestations AI, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, il a ainsi considéré qu'en octobre 2014, le degré d'invalidité était nul, de sorte qu'il a refusé toute prestation. L'assurée quant à elle soutient qu'en octobre 2014, elle présentait toujours une incapacité de travail quelle que soit l'activité envisagée. Il s'agit dès lors de déterminer la capacité de travail de l'assurée dès juin 2014, étant admis que de janvier à juin 2014, celle-ci est nulle.

E. 18

Il y a lieu de relever que l'avis du SMR du 10 juin 2014 est plus que succinct. Il ne fait état que de ses conclusions sur la capacité de travail de l'assurée, sans autre commentaire, ni motivation. Il appert du dossier qu'il s'est en réalité lui-même fondé sur le rapport du Dr D_____ du 1er mai 2014. Or, force est de constater qu'au moment où il établit ce rapport à l'attention de l'assureur-accident, celui-ci ne sait pas si la consolidation de la fracture est totale, n'ayant pas eu en mains la dernière radiographie de l'épaule effectuée aux HUG le 5 février. Le médecin regrette quoi qu'il en soit de n'avoir pas pu obtenir des renseignements plus précis du service d'orthopédie des HUG et recommande d'insister auprès de ce service suite aux prochains rendez-vous prévus pour avoir des conclusions adéquates. Il suggère enfin d'effectuer une expertise auprès d'un rhumatologue, si une reprise progressive de son activité professionnelle ne devait pas être envisagée au plus tard fin juin 2014. On peine à comprendre dans ces conditions sur quelle base le SMR a pris ses conclusions du 10 juin 2014. Il y a également lieu de relever que le Dr D_____, à maintes reprises, fait état de manifestations exagérées de douleurs de la part de l'assurée, sans expliquer

A/350/2015 - 9/11 - pourquoi elles seraient exagérées. Au contraire, il indique que "la collaboration est bonne d'emblée", que l'assurée "n'utilise que très peu son épaule gauche". Il précise qu'il lui "semble" que les douleurs sont plutôt d'origine musculaire que traumatique, tout en rappelant qu'il n'est pas orthopédiste. Il ajoute enfin des réflexions inopportunes et subjectives, telle que « l'assurée me mentionne, bien entendu, que je lui ai réveillé toutes les douleurs avec mon examen », ou accompagne d'un point d'exclamation la constatation qu'« elle allaite toujours actuellement », alors que l'enfant est alors âgé de 6 mois. Le Dr D_____ se montre en fait contrarié de ce que l'assurée ne peut suivre un traitement médicamenteux anti-douleurs efficace, parce qu'elle allaite, se disant par ailleurs surpris « de la longueur du temps écoulé entre l'accident et l'état actuel, bien que je sois conscient que la grossesse et l'allaitement aient certainement contribué à ce délai ». Enfin, il convient de rappeler qu'il a été interrogé par l'assureur-accidents afin de répondre à des problématiques propres à cette assurance telles que l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 27 janvier 2013 et les douleurs à l'épaule dont se plaint l'assurée. Pour toutes ces raisons, le rapport du Dr D_____ ne saurait se voir reconnaître une quelconque valeur probante. Il s'ensuit que l'OAI ne pouvait pas, sur la base du seul rapport du Dr D_____, rendre sa décision du 18 décembre 2014.

E. 19

Dans ses rapports des 14 mai et 16 juin 2014, le Dr E_____ a retenu une incapacité de travail de 100% dans l'activité antérieure, mais ne fixe aucun taux dans une activité adaptée, se contentant de dire que l'assurée souffre d'un handicap fonctionnel gauche impliquant des faiblesses et des douleurs, et rendant un travail de force impossible à effectuer. Le Dr F_____ a expliqué, le 11 juin 2014, qu'il reverra la patiente "d'ici un mois et demi pour faire le bilan" et propose d'ores et déjà, si les douleurs ne sont alors pas totalement soulagées, de procéder à une arthroscopie associée à une révision de la coiffe des rotateurs.

E. 20

La chambre de céans observe que ces rapports ne suffisent pas pour trancher le litige. Elle ne dispose en effet pas des éléments suffisants pour statuer sur l'évolution de l'état de santé de l'assurée depuis juin 2014, sur sa capacité de travail, ainsi que sur ses limitations fonctionnelles. Dans ces conditions, la cause sera renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire, étant rappelé à cet égard que le Dr D_____ avait considéré le 1er mai 2014 que l'état de santé n'était pas stabilisé.

A/350/2015 - 10/11 -

E. 21

Compte tenu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision du 18 décembre 2014 annulée et le dossier renvoyé à l'OAI pour instruction complémentaire.

E. 22

L'assurée, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une participation à ses frais et dépens, fixée en l'espèce à CHF 1'200.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 (RFPA – RS/GE E 5 10.03). Au vu du sort du litige, l'émolument, arrêté à CHF 200.-, est mis à la charge de l'OAI (art. 69 al. 1bis LAI).

A/350/2015 - 11/11 - 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.