

GE_GERICHTE ATAS/543/2010 vom 18. Mai 2010

GE Cour de justice, 2010-05-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_543_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/543/2010 du 18 mai 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/543/2010 del 18 maggio 2010

Erwägungen

E. 1

Les questions liées à la compétence du Tribunal de céans et à la recevabilité ont déjà été examinées et tranchées par arrêt incident du 20 décembre 2005, de sorte qu'il n'y sera pas revenu.

E. 2

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). En l'espèce, la décision litigieuse datant du 30 août 2005 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), cependant, les faits pertinents remontent au mois de novembre 2002. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité dès le mois de novembre 2003 doit être examiné au regard des normes de la LPGA et des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, et dès le 1er janvier 2004, en fonction des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). 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, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

E. 3

La question litigieuse porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, et singulièrement à une rente d'invalidité.

E. 4

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

A/3516/2005 - 14/23 - ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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). 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 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 298 consid. 4c in fine). b) 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). c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1). En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects

A/3516/2005 - 15/23 - médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). d) 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a). e) 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). La procédure juridictionnelle peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun et à condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501 consid. 1.2 p. 503, 122 V 34 consid. 2a et les références ; cf. Arrêt du Tribunal fédéral 9C_714/2008 du 6 août 2009 consid. 3.1.1).

E. 5

En l'espèce, suite à l'arrêt du Tribunal fédéral, le Tribunal de céans a procédé à la confrontation des experts spécialistes en médecine interne ayant établi le rapport d'expertise du 22 décembre 2006 et du Dr N_____, médecin du SMR, lequel avait remis en cause le contenu dudit rapport. Eu égard à cette audience et aux rapports ultérieurs, il est apparu que le médecin du SMR et les experts ne concordent ni sur les diagnostics ni sur les conséquences des atteintes présentées par la recourante, de sorte que les parties ont convenu de mettre en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire, laquelle a été confiée au BREM.

A/3516/2005 - 16/23 - Il y a lieu de constater que le rapport d'expertise du BREM et son rapport complémentaire ont été établis de manière neutre et sans appréciation dépréciante. Ils se basent sur le dossier médical de la recourante, et notamment sur les imageries médicales réalisées le 17 juin 2009, sur un examen clinique, des entretiens téléphoniques avec les Drs M_____ et K_____ ainsi que sur une anamnèse médicale, psychiatrique, familiale, professionnelle complète de la recourante et tient compte de ses plaintes, lesquelles ont fait l'objet d'une discussion en relation avec les atteintes objectives constatées par les experts. Ces atteintes ont été décrites de manière claire et complète. En effet, les médecins ont notamment longuement expliqué pour quelle raison ils ne renaient pas de rupture de la coiffe des rotateurs ou de capsulite, quelles étaient les autres atteintes dégénératives dont souffrait la recourante, puis ont décrit les diverses limitations fonctionnelles somatiques dont il y avait lieu de tenir compte dans le cadre d'une reprise de l'activité lucrative. Par ailleurs, sur le plan psychiatrique, ils ont exposé de manière convaincante que la recourante présentait un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique tel que déjà retenu par le Dr K_____, mais également un TOC, lequel était très handicapant dans la vie courante ainsi que dans une éventuelle reprise d'activité. On comprend également que les experts n'ont pas voulu se déterminer définitivement sur l'implication du TOC sur la capacité de travail de la recourante, car celui-ci était susceptible d'évoluer avec l'aide d'un thérapeute ou spontanément dans un certain laps de temps. Par ailleurs, les conclusions initiales des experts concernant la période d'incapacité totale de travail de la recourante, qui manquaient de clarté, ont été explicitées dans leur rapport

complémentaire du 4 mars 2010. Ainsi, elle présentait une totale incapacité de travail dès son accident de novembre 2002, telle que retenue par la SUVA et, sur le plan somatique, elle pouvait débiter une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles au plus tard en décembre 2004. L'activité habituelle, soit celle d'infirmière dans un service où les patients étaient encore autonomes, était également exigible, pour autant que les limitations fonctionnelles soient respectées. De plus, d'un point de vue psychiatrique, le TOC engendrait une incapacité de travail de 50% en tout cas dans toute activité lucrative dès le mois de décembre 2005, soit dès le rapport de Madame A_____, thérapeute, qui avait mis en exergue, pour la première fois, les symptômes correspondant au TOC. Les conclusions de l'expertise sont ainsi compréhensibles et motivées, de sorte que ce rapport présente a priori valeur probante au sens de la jurisprudence. Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de revenir sur le premier rapport d'expertise rendu durant le mois de décembre 2006. Le Tribunal de céans relève toutefois que le rapport du BREM est notamment bien plus détaillé, sur le plan somatique, que le rapport des HUG. Les médecins du BREM exposent en particulier de manière convaincante pour quelle raison les diagnostics retenus par les précédents experts ne peuvent être retenus. Quant aux troubles psychiques, force est de constater que même si l'expert psychiatre du BREM parvient à un diagnostic

A/3516/2005 - 17/23 - différent de celui du Dr K_____, les deux médecins constatent des troubles similaires et des conséquences identiques de ces atteintes sur la capacité de travail de la recourante. Le Tribunal de céans est ainsi d'avis que les conclusions des médecins du BREM doivent être suivies.

E. 6

Cependant, bien que l'OAI ne remette pas en cause la valeur probante de ce rapport d'expertise, il ne reconnaît à la recourante une incapacité de travail dans toute activité lucrative que dès l'arthroscopie de l'épaule droite au mois de décembre 2003 et uniquement jusqu'au mois de juillet 2004, la Dresse P_____ estimant qu'il n'y avait plus, depuis lors, de signe d'algoneurodystrophie. A lecture du rapport d'expertise, le Tribunal de céans ne saurait toutefois suivre les conclusions auxquelles parvient le SMR. En effet, les experts ont indiqué, d'une part, sur question expresse du Tribunal de céans, qu'ils retenaient la survenance de l'accident en novembre 2002 comme début de l'incapacité de travail, de sorte qu'on ne voit pas pour quelle raison une autre date devrait être retenue, et ils ont déterminé, d'autre part, qu'une activité adaptée pouvait être reprise entre juin et décembre 2004, soit au plus tard au mois de décembre 2004. En ce qui concerne en particulier la date de cette reprise, il peut être constaté que les experts ont indiqué, dans les conclusions de leur rapport d'expertise, que les troubles somatiques avaient évolué de manière favorable depuis juin 2004 et ont conclu à plusieurs reprises que ce n'était qu'à la fin de l'année 2004 que la recourante était en mesure de débiter à nouveau son activité lucrative. Ils ont par la suite confirmé, dans leur rapport complémentaire, que la recourante avait à nouveau une capacité de travail dans une activité adaptée au plus tard en décembre 2004. Leur conclusion est du reste corroborée par le fait que le Dr D_____ est le premier médecin à avoir estimé, au mois de novembre 2004, que les conséquences de l'accident de novembre 2002 étaient terminées. Il apparaît dès lors au degré de la vraisemblance prépondérante prévue par la jurisprudence qu'il y a lieu de retenir le mois de décembre 2004 comme moment de reprise possible d'une activité lucrative adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques. Il sera encore relevé que tout au long au long de l'instruction portant sur l'état de santé somatique de la recourante, les médecins ont fait des constatations entièrement divergentes concernant

tant l'existence des atteintes dont elle souffrait, et singulièrement de la déchirure du sus-épineux et de la capsulite rétractile, que de leurs conséquences sur sa capacité de travail. La confrontation entre les médecins des HUG et le Dr N_____ a mis en exergue ces divergences essentielles. Le rapport d'expertise du BREM a cependant permis d'éclaircir cette situation mal déterminée et d'établir de manière convaincante la période pendant laquelle la recourante présentait une incapacité de travail totale dans toute activité lucrative, laquelle s'étendait du 11 novembre 2002 au mois de décembre 2004.

A/3516/2005 - 18/23 -

E. 7

L'assurée a quant à elle invoqué que le rapport d'expertise contenait des contradictions et qu'il n'avait pas valeur probante. Il était inconcevable, d'après elle, que les experts retiennent uniquement une incapacité de travail de 50% dès le mois de décembre 2005, au vu notamment de la sévérité de son TOC, de l'activité obsessionnelle qui l'occupait plusieurs heures par jour et du fait que les experts avaient admis que cette capacité de travail pouvait être inférieure à 50%. Le Tribunal de céans considère toutefois qu'il n'y a pas de contradictions dans les constatations et les conclusions des experts. On comprend tout d'abord que la sévérité du TOC, et singulièrement le fait que l'activité obsessionnelle et les rituels de lavage occupaient la recourante plusieurs heures par jour, permettait de conclure à une capacité de travail de 50%. De plus, les experts ont effectivement émis une réserve concernant cette capacité de travail, car le TOC allait encore évoluer, mais ils ne pouvaient pas encore déterminer précisément, lors de l'examen, quelle serait cette évolution. Ils avaient toutefois d'ores et déjà estimé l'incapacité de travail à 50% au moins, car ils étaient certains d'une telle diminution. Il s'avère finalement que le Dr K_____ retenait également une incapacité de travail de 50% depuis décembre 2005. En conclusion, d'après le rapport d'expertise du BREM, ce ne sera qu'après nouvel examen de la recourante à 18 mois dudit rapport, qu'il pourra être établi si le taux de cette capacité de travail doit être maintenu ou non.

E. 8

Au vu de tout ce qui précède, le rapport d'expertise du BREM doit se voir reconnaître pleine valeur probante. Partant, d'un point de vue somatique, il y a lieu de conclure que la capacité de travail de la recourante était nulle dans toute activité lucrative dès l'accident du

E. 11

Se pose enfin la question d'une éventuelle mesure d'ordre professionnel. À teneur de l'art. 8 al.1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGa) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital.) Contrairement au droit à une rente (art. 28 al. 1er LAI), la loi ne dit pas à partir de quel degré d'invalidité l'assuré peut prétendre des mesures de réadaptation. Conformément au principe de la proportionnalité, le droit à une mesure déterminée doit toutefois s'apprécier, notamment, en fonction de son coût. Dès lors que le service de placement n'est pas une mesure de réadaptation particulièrement onéreuse, il suffit qu'en raison de son invalidité l'assuré

rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi, même minimes, pour y avoir droit (ATF 116 V 80 consid. 6a). En revanche, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références). En l'espèce, le degré d'invalidité n'atteignant pas 20%, il ne saurait être accordé à la recourante une mesure de reclassement professionnel. Cependant, au vu de ses limitations somatiques, une aide au placement ou une orientation professionnelle peut lui être octroyée. Compte tenu cependant de la modification de la situation du point de vue médical, de l'apparition d'un TOC sévère, il est préférable de procéder

A/3516/2005 - 22/23 - d'abord au complément d'examen psychiatrique et dans ce cadre d'interroger les médecins sur les nécessités d'une réorientation et ses chances de succès.

E. 12

Le recours doit ainsi être partiellement admis et la recourante mise au bénéfice d'une rente entière du mois de novembre 2003 au 28 février 2005. Au vu de l'issue du litige, une indemnité de 3'500 fr. sera octroyée à la recourante à titre de dépens. Enfin, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de 1'000 fr. sera mis à la charge de l'OAI.

A/3516/2005 - 23/23 -

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