

GE_GERICHTE ATAS/582/2016 vom 12. Juli 2016

GE Cour de justice, 2016-07-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_582_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/582/2016 du 12 juillet 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/582/2016 del 12 luglio 2016

Erwägungen

E. 7

Par courrier adressé à l'OAI le 4 février 2016, l'époux de l'assurée a notamment reproché à l'OAI de n'avoir pas attendu de recevoir les rapports médicaux et les résultats d'une IRM récemment réalisée, annoncés par celle-ci le 18 janvier 2016, avant de rendre sa décision.

E. 8

L'OAI a transmis ce courrier à la chambre de céans le 15 février 2016 comme objet de sa compétence. Une procédure a dès lors été enregistrée sous le numéro de cause A/500/2016.

E. 9

Le 12 mars 2016, l'assurée a confirmé qu'elle entendait recourir contre la décision de l'OAI et a transmis plusieurs documents médicaux, dont une lettre adressée au docteur C_____, du centre pluridisciplinaire de la douleur à Lausanne le 26 janvier 2016 par le Dr B_____, aux termes de laquelle « Nous vous remercions de voir en consultation cette patiente de 52 ans, atteinte d'une neurofibromatose de type I, que nous suivons à notre consultation de chirurgie de la main depuis mai 2013. Nous l'avons opérée d'une résection d'un neurofibrome du plexus brachial gauche au creux axillaire au dépend du nerf médian le 14 mai 2013. Alors qu'avant l'intervention la patiente était asymptomatique, elle présente des dysesthésies de la face palmaire des 3ème et 4ème doigts de la main gauche qui n'ont que très peu évolué depuis. Elle présente actuellement une impotence avec manque de force et en plus des dysesthésies résiduelles surtout du 3ème doigt de sa main gauche. L'ENMG confirme une atteinte axonale sensitive des fibres du nerf médian à destination du majeur. Un ultrason de février 2015 montre également de multiples petites masses

A/500/2016 - 4/11 - hypoéchogènes à localisation intra-nerveuse compatible avec sa neurofibromatose ».

E. 10

Invité à se déterminer, le médecin du SMR, dans une note du 8 mars 2016, a relevé que le Dr B_____ signalait de nouvelles atteintes cérébelleuses et a proposé de consulter tous les documents proposés par ce médecin.

E. 11

Dans sa réponse du 14 mars 2016, se fondant sur cet avis du médecin du SMR, l'OAI a sollicité de la chambre de céans qu'elle requiert l'ensemble des documents utiles. Il a en l'état conclu au rejet du recours.

E. 12

Le 17 mars 2016, la chambre de céans a demandé aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) et au centre de chirurgie et thérapie de la main une copie du dossier médical de

l'assurée, s'agissant de la prise en charge tant du point de vue de la chirurgie de la main que de son récent passage aux urgences.

E. 13

Les 11 et 18 avril 2016, les HUG ont transmis une copie du dossier médical, ainsi qu'un CD-Rom comprenant les examens réalisés au service des urgences, ainsi que dans l'unité de chirurgie de la main et des nerfs périphériques.

E. 14

Le médecin du SMR s'est déterminé le 4 mai 2016 comme suit : « Dans leur courrier au Dr C_____, les médecins du centre de Chirurgie et de Thérapie de la main ne font que reprendre les atteintes neurologiques de la main gauche, déjà connues, confirmant par-là les limitations fonctionnelles déjà retenues. Le compte-rendu de l'IRM du plexus brachial gauche au niveau du creux axillaire confirme la bonne évolution en février 2014. Les comptes-rendus d'IRM de la main droite de 2014 ne montrent qu'une banale malformation vasculaire de l'éminence hypothénar sans conséquence, ne justifiant qu'une sclérothérapie. L'IRM cérébrale d'octobre 2015 montre des lésions du parenchyme cérébral, en rapport avec la neurofibromatose. Dans le dossier médical du centre de chirurgie de la main, le courrier du Dr D_____, du 18 mars 2015, montre que l'évolution à 2 ans post-opératoire (exérèse d'un neurofibrome du plexus brachial gauche) est bonne, il ne persiste que des « séquelles post-opératoires de certains faisceaux du nerf enfoui dans la tumeur ». L'échographie du creux axillaire gauche ne montre que des masses du plexus nerveux de très petite taille, banales dans le cadre de la phacomatose. Le Dr C_____, du centre de la douleur, confirme, en mars 2015, un handicap modéré dans la vie courante (score d'Owesity) et un état de santé ressenti comme moyennement bon (questionnaire Eurogol), signant que les répercussions des douleurs sont limitées. L'IRM du rachis du 18 mars 2016 ne montre que des neurofibromes cervicaux, lombaires et sacrés de très petite taille non symptomatiques. En ce qui concerne les images cérébelleuses des IRM cérébrales, il s'agit d'OBNI (Objets Blancs Non Identifiés), banaux dans le cadre d'une neurofibromatose 1, mais n'ayant aucune conséquence pathologique ». L'OAI s'est fondé sur cet avis du SMR et a confirmé ses conclusions en rejet du recours.

A/500/2016 - 5/11 -

E. 15

Dans son écriture du 10 juin 2016, l'assurée soupçonne le médecin du SMR de n'être pas impartial, dans la mesure où il ne peut que défendre les intérêts de l'OAI. Elle rappelle que tous les spécialistes qui l'ont examinée ne « minimisent » pas sa maladie comme le fait le médecin du SMR. Elle ajoute qu'elle a été choquée par certains termes et mots utilisés par le médecin du SMR qui banalise son handicap. Elle signale enfin qu'elle travaille à 50% dans une ONG et qu'elle désire garder cette activité, dans le cadre de laquelle il lui est impossible d'effectuer certaines tâches, par exemple maintenir plusieurs dossiers en même temps sur le bras ou effectuer certains petits travaux nécessitant les deux mains.

E. 16

Ce courrier a été transmis à l'OAI et la cause gardée à juger. EN DROIT 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. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable. 3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le présent recours est recevable. 4. Le litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations AI. 5. a. Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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). b. 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

A/500/2016 - 6/11 - objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). 6. 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 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). 7. 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

A/500/2016 - 7/11 - écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1). 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 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). 8. 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). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210

consid. 4.4.1.4).

A/500/2016 - 8/11 - 9. 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). 10. a. En l'espèce, l'OAI s'est fondé sur l'avis du SMR pour nier le droit de l'assurée à des prestations AI. b. L'assurée doute de l'impartialité du médecin du SMR, « dans la mesure où il ne peut que défendre les intérêts de l'OAI ». Or, selon la jurisprudence du TF, 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 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. Étant 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). Il y a également lieu d'ajouter que le rapport du SMR, 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

A/500/2016 - 9/11 - procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). Aussi n'y a-t-il pas lieu de mettre en doute d'emblée l'avis du médecin du SMR. c) Celui-ci s'est en l'occurrence borné à constater, le 30 novembre 2015, que la capacité de travail de l'assurée était entière dans une activité adaptée, - ce qui avait été indiqué le 27 octobre 2015 par le Dr B_____, que le poste occupé par l'assurée était a priori adapté - puisqu'il respecte les limitations fonctionnelles décrites par le Dr B_____ (pas les bras au-dessus de l'horizontale, pas de port de charges et pas d'utilisation de la main gauche) -, et que l'atteinte à la santé, survenue en mai 2013, ne l'avait pas empêchée de travailler entre mai et décembre 2015. d) Il est vrai cependant que, dans son courrier du 26 janvier 2016 adressé à l'OAI, le Dr B_____

déclare que « vu l'état du membre supérieur gauche, l'assurée n'a jamais retrouvé une capacité de travail à 100% depuis mai 2013 ». Il fait plus particulièrement état d'une impotence avec manque de force et de dysesthésies résiduelles surtout du 3ème doigt de sa main gauche. Le dossier médical complet a été transmis à la chambre de céans par les HUG. Le médecin du SMR a analysé les pièces produites dans son avis du 4 mai 2016 de façon claire, cohérente et convaincante. Il a notamment relevé que les images cérébelleuses signalées par le Dr B_____ restaient sans conséquence pathologique. Force est ainsi d'observer que les informations complémentaires données viennent préciser les diagnostics retenus et confirmer que l'utilisation de la main gauche est très difficile, voire impossible, pour l'assurée, ce qui n'est pas contesté. Cette difficulté était toutefois déjà prise en compte dans la liste des limitations fonctionnelles dressée par le Dr B_____ le 27 octobre 2015, d'une part, et, selon le médecin, la capacité de travail est entière dans une activité adaptée, d'autre part. Il y a ainsi lieu de retenir une capacité de travail entière dans une activité adaptée, étant rappelé que les emplois occupés par l'assurée correspondent précisément à des activités adaptées pour elle. 11. L'assurée se plaint de ce qu'elle ne peut plus accomplir convenablement les tâches ménagères. La chambre de céans relève à cet égard que le statut de l'assurée n'a pas été clairement déterminé par l'OAI. Il semblerait qu'elle ait plutôt été considérée comme une personne active, dans la mesure où seule la capacité de travail a été examinée. Le bien-fondé d'une telle conclusion paraît toutefois douteux. En effet, l'assurée, âgée de 52 ans, ne travaillait pas avant la survenance de l'atteinte à la santé et n'a exercé une activité lucrative qu'à 50% dans le cadre d'un contrat à durée d'emblée limitée, durant huit mois en 2015. Elle a apparemment retrouvé une nouvelle activité lucrative auprès d'une ONG à 50%. On peut toutefois renoncer à

A/500/2016 - 10/11 - renvoyer la cause à l'OAI pour détermination du statut et enquête ménagère le cas échéant, au vu de ce qui suit. 12. Aux termes de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, l'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGa) à 40% au moins. Aux fins du calcul de l'incapacité de travail moyenne au sens de cette disposition, on considère que le délai d'attente d'un an commence à courir au moment où l'on constate une diminution sensible de la capacité de travail. Un taux d'incapacité de 20% est déjà considéré comme pertinent en ce sens (arrêt I 411/96 du 16 octobre 1997 consid. 3c, in VSI 1998 p. 126). Il y a lieu de confirmer, sur la base de l'ensemble du dossier médical de l'assurée, qu'il n'y a pas eu d'incapacité de travail durant une année sans interruption notable, ni incapacité d'au moins 40% à l'issue de cette année, soit en mai 2014. Aussi le recours ne peut-il être que rejeté.

A/500/2016 - 11/11 - 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.