

GE_GERICHTE ATAS/641/2008 vom 29. Mai 2008

GE Cour de justice, 2008-05-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_641_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/641/2008 du 29 mai 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/641/2008 del 29 maggio 2008

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

A/1847/2007 - 20/25 -

E. 2

Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.

E. 3

a) 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 litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). En l'espèce, la décision litigieuse 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 LAI du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). b) Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

E. 4

Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si la recourante peut prétendre une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement quel est son taux d'invalidité. Il convient en effet de relever que l'assurée n'a pas interjeté recours contre la décision lui refusant l'octroi de mesures de réadaptation.

E. 5

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 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). 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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres

A/1847/2007 - 21/25 - 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 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 consid. 4 et les références). c) 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss.). d) Au sujet 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 (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat

d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant.

A/1847/2007 - 22/25 - e) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

E. 6

En l'espèce, l'intimé a refusé l'octroi d'une rente à la recourante. Il a considéré que cette dernière serait capable d'exercer à 70% son ancienne activité - soit un taux plus élevé que son taux d'occupation précédent - et n'est empêchée d'accomplir ses tâches ménagères qu'à hauteur de 36%, ce qui représente un degré d'invalidité global de 30,28%, insuffisant pour lui ouvrir droit à une rente. L'OCAI s'est basé sur l'enquête ménagère d'une part, sur l'avis des Drs U_____ et T_____, du SMR, d'autre part, lesquels ont conclu à une capacité de travail de 70% dans l'activité précédemment exercée. Force est cependant de constater qu'au moment de leur examen, aucun de ces deux médecins n'avait l'autorisation de pratique dans le canton de Vaud. Or, dans un arrêt I 65/07 du 31 août 2007, la IIe Cour de droit social du Tribunal fédéral a considéré qu'un rapport médical signé par la Dresse T_____ ne pouvait se voir attribuer une pleine valeur probante, en raison d'irrégularités d'ordre formel liées, d'une part, à l'utilisation d'un titre ("psychiatre FMH") auquel ce médecin ne pouvait prétendre mais également, d'autre part, au fait qu'elle ne disposait pas de l'autorisation de pratiquer prévue par le droit cantonal. Le Tribunal fédéral a considéré qu'il n'était pas possible de tirer d'un tel rapport des conclusions définitives sur l'état de santé d'un assuré, ni de fonder son appréciation uniquement sur cette pièce médicale (cette jurisprudence a depuis lors été confirmée par la Haute Cour, notamment dans un arrêt C_490/2007 du 10 avril 2008 consid. 3.2). Le Tribunal de céans ne saurait donc fonder son opinion sur les seuls rapports des médecins du SMR, d'autant plus qu'en l'occurrence, le dossier de l'assurée comprend bien d'autres évaluations émanant de spécialistes et contredisant les conclusions des Drs U_____ et T_____. Les spécialistes qui se sont exprimés sont certes les médecins traitants de l'assurée mais ils font état d'éléments objectifs suffisants pour remettre en cause les conclusions des médecins du SMR.

A/1847/2007 - 23/25 - Il convient en premier lieu de relever que la discordance relevée par le Dr U_____ entre les plaintes de l'assurée et les éléments objectivables a été infirmée tant par le Dr L_____ (qui a souligné la nécessité pour la patiente de recourir à des antalgiques majeurs), que par le Dr N_____ (qui a souligné que les douleurs neurogènes sont les pires qui puissent se manifester) ou Madame G_____. En particulier, s'agissant des éléments mis en avant par le Dr U_____ pour conclure à une amplification des symptômes, le Dr L_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, a souligné que dans le cas de la patiente, la compression n'augmentait pas seulement à

l'élévation du bras mais également à la rotation de la tête, que le nerf lunaire est beaucoup moins sensible - ce qui peut expliquer l'absence de signes de gravité aux examens - et que la scintigraphie osseuse a objectivement montré une hypercaptation même si celle-ci n'est pas majeure. Le Dr L _____ a par ailleurs émis l'avis que l'on ne peut tirer argument de la réponse partielle au traitement chirurgical, car toutes les atteintes ne sont malheureusement pas guérissables. Il a encore souligné que le problème, chez la recourante, n'est pas seulement neurogène mais également articulaire puisqu'un examen pratiqué en août 2002 a montré des fragmentations au niveau du poignet droit pour lesquelles rien ne peut être entrepris au plan thérapeutique. Enfin, le Dr L _____ a relevé que les membres supérieurs occupent une place importante dans le schéma corporel, ce qui augmente le retentissement des douleurs. S'agissant de la capacité de travail de l'assurée, le Dr L _____, a dans un premier temps émis l'opinion, en septembre 2003, que si la patiente ne pouvait plus exercer la profession d'employée de la poste, elle pourrait pratiquer une autre activité légère, par exemple celle de gérante de kiosque ou de réceptionniste, à 100% et sans diminution de rendement. Par la suite (cf. rapport du 17 janvier 2005), le Dr L _____, constatant que les douleurs invalidantes persistaient même lors d'activités légères et qu'elles contraignaient la patiente à prendre des antalgiques majeurs, est cependant revenu sur sa position et a conclu à une incapacité totale de l'assurée, précisant qu'il serait difficile de lui trouver un poste adapté. Le Dr L _____ a expliqué en audience de manière convaincante les raisons pour lesquelles il a modifié son appréciation de la capacité de travail de sa patiente, bien que l'état de cette dernière soit demeuré globalement stationnaire : il a pu objectivement constater que malgré l'aménagement de son poste de travail, l'assurée était amenée à faire des mouvements répétitifs des membres supérieurs, incompatibles avec son état de santé. Cependant, le Dr L _____ a émis l'avis que, dans une profession véritablement adaptée - c'est-à-dire évitant le port de charges, les mouvements répétitifs des membres supérieurs et les positions statiques - l'assurée conservait une capacité de travail entière.

A/1847/2007 - 24/25 - Le Dr N _____, généraliste, a quant à lui émis l'opinion que, compte tenu du fait que même les activités simples de la vie quotidienne tel qu'ouvrir un robinet sont difficiles, l'assurée ne peut exercer la moindre activité lucrative. Force est de constater que les appréciations des différents médecins divergent donc grandement quant à la capacité de travail de l'assurée. En l'état, si les atteintes à la santé ne semblent pas contestées, il n'en va pas de même, en revanche, de leurs répercussions sur la capacité de travail résiduelle de l'assurée. Eu égard aux considérations qui précèdent, le Tribunal de céans considère que le dossier n'est pas en état d'être jugé vu les divergences d'opinion des médecins quant à la capacité résiduelle de travail de l'assurée et le fait que le Tribunal ne saurait se baser sur le rapport du Dr U _____ pour les raisons précédemment évoquées. Il conviendrait d'investiguer plus précisément la question de la capacité de travail de la recourante en mettant sur pied une expertise pluridisciplinaire confié à un médecin indépendant spécialisé en rhumatologie et/ou en neurologie, à un médecin spécialisé en psychiatrie, le cas échéant en mettant également en œuvre une mesure d'observation professionnelle afin de déterminer quelles sont concrètement les activités pouvant entrer en ligne de compte pour l'assurée, l'instruction ayant en tout cas permis d'établir que l'activité précédemment exercée, même après aménagement du poste de travail, n'est plus envisageable. Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a, 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. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (cf. ATF 122 V 163 consid. 1d, RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est admis et la cause renvoyée à l'intimé afin que ce dernier, après avoir fait procéder à une expertise pluridisciplinaire - visant à déterminer la gravité des atteintes à la santé de l'assurée et la mesure dans laquelle elles influencent sa capacité de travail - et, le cas échéant, mis en œuvre une mesure d'observation professionnelle, se détermine sur le degré d'invalidité de la recourante et son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

A/1847/2007 - 25/25 -

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