

GE_GERICHTE ATAS/792/2011 vom 30. August 2011

GE Cour de justice, 2011-08-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_792_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/792/2011 du 30 août 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/792/2011 del 30 agosto 2011

Erwägungen

E. 18

Dans son avis du 5 juillet 2010, la Dresse P _____, médecin auprès du SERVICE MÉDICAL RÉGIONAL DE L'AI (SMR) a retenu que le Dr N _____ et le Pr O _____ estimaient que la capacité de travail était de 25 % dans une activité d'éducatrice (soit 50 % de 50 %) et qu'elle pourrait être augmentée à 75 % dans une activité sédentaire.

E. 19

Par courrier du 12 août 2010, l'OAI a confirmé la teneur de la discussion de l'assurée avec une collaboratrice de son service de réadaptation. L'assurée avait admis les capacités de travail retenues par le SMR, tout en indiquant ne pas se sentir subjectivement apte à participer à une mesure d'ordre professionnel. Dans ces circonstances, l'OAI procéderait à une comparaison théorique des revenus afin de calculer le taux d'invalidité.

E. 20

Interpellé par le SMR, le Dr N _____ a précisé par courrier du 14 octobre 2010 qu'il avait dans ses deux expertises conclu à une capacité de travail de 50 % d'un temps complet, soit 4 heures par jour. Dans une activité strictement sédentaire, la capacité de travail pouvait être complète avec une baisse de rendement de 30 % environ.

E. 21

L'OAI a informé l'assurée des corrections dans l'estimation de sa capacité de travail selon une note d'entretien téléphonique du 25 novembre 2010. Celle-ci a refusé un rendez-vous en vue d'organiser des mesures d'ordre professionnel, car elle ne souhaitait pas de telles mesures.

E. 22

Dans son rapport de réadaptation du 9 décembre 2010, l'OAI a appliqué la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité en tenant compte d'une activité professionnelle de 70 %. Le calcul du revenu avec invalidité se référait au revenu tiré de l'Enquête suisse des salaires (ESS) 2008 pour une activité de niveau 3, ligne Total, soit 5'095 fr. mensuels et 61'140 fr. annuels pour 40 heures de travail par semaine. Compte tenu de la durée hebdomadaire de travail de 41.6 heures en 2009 et de l'indexation à 2009, le revenu était fixé à 64'934 fr. pour un temps complet, soit

A/862/2011 - 8/14 - 45'454 fr. pour une activité exercée à 70 %. Quant au revenu sans invalidité, l'OAI s'est fondé sur le rapport de l'employeur et a calculé que sans invalidité, l'assurée percevrait un revenu annuel de 66'046 fr. pour un taux d'activité de 70 %. Selon cette méthode, le taux d'invalidité était de 31.6 %. L'OAI a également procédé à une variante du calcul, en retenant pour le revenu d'invalidité le salaire perçu pour un travail

exercé à 50 % dans l'activité habituelle. Le revenu d'invalidé serait dans un tel cas de 47'432 fr., ce qui aboutissait à un degré d'invalidité de 28. 57 %.

E. 23

L'OAI a adressé un projet de décision refusant des mesures d'orientation professionnelle à l'assurée le 3 janvier 2011. Se fondant sur un degré d'invalidité de 26.9 %, il a retenu que des mesures professionnelles ne permettraient pas d'amélioration de la capacité de gain car la poursuite de l'activité habituelle à 50 % aboutissait à un degré d'invalidité inférieur à celui obtenu dans l'exercice d'une activité adaptée à 70 %.

E. 24

A la même date, l'OAI a également adressé un projet de décision refusant les prestations à l'assurée. Il a retenu un degré d'invalidité de 26.90 %, tiré de la pondération entre l'invalidité dans la sphère professionnelle, soit 29 %, et l'empêchement dans le ménage selon l'enquête économique, soit 22 % ($[29 \% \times 70 \%] + [22 \% \times 30 \%]$).

E. 25

L'assurée s'est opposée aux projets de décisions précités le 1er février 2011. Elle a affirmé que contrairement à ce que retenait le Dr N_____, elle était bien atteinte d'une connectivite mixte à un stade précoce, comme en avaient attesté le Pr O_____ et les autres médecins consultés. Elle a rappelé que sa maladie entraînait un épuisement et des douleurs articulaires l'ayant empêchée de poursuivre son activité professionnelle à 70 %. Elle a en outre souligné qu'un taux d'invalidité de 20 % était suffisant pour ouvrir le droit à des mesures d'ordre professionnel. Elle a produit : - un certificat du 21 janvier 2011 de la Dresse L_____ confirmant que l'importante asthénie ainsi que les douleurs articulaires de l'assurée l'empêchaient d'exercer une activité, même à temps partiel. - un rapport du 31 janvier 2011 du Dr M_____ indiquant que le diagnostic de connectivite indifférenciée (ou connectivite mixte incomplète) avait été posé, et que l'assurée présentait toujours un état de fatigue majeur et des polyarthralgies. - un rapport du 1er février 2011 du Pr O_____ se déterminant sur le rapport du Dr N_____, dont il a affirmé qu'il paraissait correct à une nuance près, soit qu'il s'agissait certainement d'une connectivite. Il a conclu à une incapacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle à 50 % de l'assurée, soit à une capacité de travail de 25 % en tant qu'éducatrice de la petite enfance et de 50 % dans une activité adaptée. Il a de plus souligné que dans le cadre de connectivites, des douleurs importantes et une asthénie prononcée pouvaient s'installer en l'absence de

A/862/2011 - 9/14 - tout signe objectif. Il a également nié une discordance entre les plaintes de l'assurée et les éléments objectifs, compte tenu du taux d'anticorps anti-RNP et d'anticorps nucléaires, et a souligné que celle-ci lui paraissait honnête.

E. 26

Dans un avis du 15 février 2011, la Dresse Q_____, médecin au SMR, a relevé que la fatigue et les douleurs ne pouvaient être mesurées, et que le taux d'anticorps antinucléaires élevés n'était pas un élément objectif suffisant pour remettre en cause les conclusions du SMR sur la capacité de travail de l'assurée.

E. 27

Par décisions distinctes du 18 février 2011, l'OAI a confirmé la teneur de ses projets, en relevant que les nouveaux certificats médicaux fournis ne modifiaient pas son appréciation.

E. 28

Le 23 mars 2011, l'assurée (ci-après la recourante) a interjeté deux recours distincts contre les décisions de refus de prestations et d'orientation professionnelle de l'OAI (ci-après l'intimé). Elle demande à être entendue et conclut à l'octroi d'une demi- rente d'invalidité, subsidiairement à des mesures de reclassement. Elle allègue que tous ses médecins traitants la considèrent incapables d'exercer son travail à 25 %, et confirment le diagnostic de connectivite mixte, que seul le Dr N_____ remet en cause. Partant, l'avis de cet expert ne saurait être suivi. La recourante affirme qu'elle a subi une diminution de 75 % de sa capacité de gain puisqu'elle n'est plus capable d'exercer son activité qu'à 25 %, et qu'un degré d'invalidité de 50 % au moins doit lui être reconnu. S'agissant du refus de mesures d'orientation professionnelle, elle rappelle qu'un taux d'invalidité de 26.9 % est suffisant pour ouvrir le droit à de telles mesures.

E. 29

Dans ses réponses du 19 avril 2011, l'intimé a conclu au rejet des recours et requis la jonction des causes. Il allègue que l'expertise réalisée par le Dr N_____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante, et que la recourante ne fait état d'aucun élément objectivement vérifiable qui pourrait remettre en cause les conclusions du Dr N_____ sur sa capacité de travail. S'agissant du droit à des mesures d'ordre professionnel, il retient que la différence de gain avant et après un reclassement professionnel est négligeable de sorte qu'une telle mesure ne se justifie pas selon le principe de la proportionnalité. La recourante a d'ailleurs refusé l'aide au placement proposée.

E. 30

Par ordonnance du 2 mai 2011, la Cour de céans a ordonné la jonction des causes A/860/2011 (recours contre la décision de refus de mesures d'ordre professionnel) et A/862/2011 (recours contre la décision de refus de rente) sous le numéro de cause A/862/2011.

E. 31

Par réplique du 27 mai 2011, la recourante a persisté dans ses conclusions, en reprenant l'argumentation développée dans ses recours et en soulignant qu'une instruction complémentaire aurait été nécessaire pour déterminer sa capacité de travail dans une activité lucrative adaptée.

A/862/2011 - 10/14 -

E. 32

Dans sa duplique du 20 juin 2011, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

E. 33

Sur ce, la cause a été 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; 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. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce. 3. Interjetés dans les forme et délai prescrits par la loi, les

recours sont recevables (art. 56 ss LPGA). 4. L'objet du litige porte sur le droit de la recourante à une rente, singulièrement sur son degré d'invalidité, ainsi qu'à des mesures d'orientation professionnelle. 5. 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. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). 6. En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans

A/862/2011 - 11/14 - interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts 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. Contrairement au droit à une rente (art. 28 al. 1 LAI), la loi ne dit pas à partir de quel degré d'invalidité l'assuré peut prétendre des mesures de réadaptation. La jurisprudence a cependant fixé un taux de l'ordre de 20 % pour ouvrir le droit à un reclassement (ATF 130 V 488, consid. 4.2 ; ATF I 665/99 du 18 octobre 2000, consid. 4b). 7. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 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; ATF 115 V 133, consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATF I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2). 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 convient 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; ATF 122 V 157, consid. 1c). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière

A/862/2011 - 12/14 - d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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). d) 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). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2). 8. En l'espèce, si les expertises du Dr N_____ satisfont aux réquisits jurisprudentiels développés, il sied de relever que ce médecin a sciemment laissé ses conclusions sur la capacité de travail de l'assurée ouvertes. Dans la première expertise du 24 mai 2009, les pronostics sur la reprise de l'activité professionnelle étaient en effet liés à l'efficacité du traitement médicamenteux qui venait d'être instauré. Or, ce traitement a dû être arrêté en raison de son caractère hépatotoxique. La capacité de travail de l'assurée ne s'est donc pas améliorée dans la mesure espérée. Il y a également lieu de noter que ce rapport préconisait la réalisation de certains examens (IRM et ENMG) nécessaires pour confirmer le diagnostic, et que ces tests n'ont pas été effectués. Les conclusions quant à la capacité de travail qui ressortent de la seconde expertise, réalisée en janvier 2010, ne sont pas plus claires. En effet, le Dr N_____, sans écarter formellement le diagnostic de connectivite, nourrissait certains doutes quant à la réalité de cette pathologie. Il a donc modulé ses conclusions en fonction du caractère avéré ou non de la connectivite, puisqu'il a conclu à une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle tout en admettant une réduction de cette capacité – sans en préciser l'ampleur – si des critères objectifs de la maladie venaient à être observés par d'autres médecins. Or, cette atteinte paraît démontrée par la présence d'anticorps révélée par les tests sanguins, qui semble constituer un indicateur particulièrement fiable et objectif de son existence. Le défaut de plusieurs autres critères diagnostiques n'est dès lors pas suffisant pour exclure cette

A/862/2011 - 13/14 - atteinte, et partant ses éventuelles répercussions sur la capacité de travail de la recourante, comme le souligne d'ailleurs le Pr O_____ dans son rapport du 1er février 2011. Dans ces conditions, on ne peut suivre les conclusions du Dr N_____ s'agissant de la capacité de travail de l'assurée. Eu égard aux doutes qui subsistent quant à la nature de l'atteinte de la recourante et à ses répercussions sur sa capacité de travail, la Cour de céans n'est pas en mesure de statuer sur son degré d'invalidité. 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 (ATF U 58/01 du 21 novembre 2001, consid. 5a). Un renvoi à l'administration, 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. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). En l'espèce, cette deuxième solution s'impose puisque l'intimé a statué sur le taux d'invalidité de la recourante en fonction d'expertises dont les conclusions ne permettaient pas d'établir au degré de la vraisemblance prépondérante l'incidence de son atteinte sur sa capacité de travail. 9. Conformément à ce qui précède, le recours contre les décisions de l'intimé du 18 février 2011 est partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé, à charge pour lui de mettre en œuvre une nouvelle expertise afin de déterminer la nature exacte de l'atteinte de la recourante et ses répercussions sur sa capacité de gain. La procédure en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de 500 fr. sera mis à la charge de l'intimé. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'000 fr. lui est accordée à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA).

A/862/2011 - 14/14 - 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.