

GE_GERICHTE ATAS/823/2018 vom 18. September 2018

GE Cour de justice, 2018-09-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_823_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/823/2018 du 18 septembre 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/823/2018 del 18 settembre 2018

Erwägungen

E. 1

a. 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), 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

A/946/2018 - 8/17 -

E. 6

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut 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). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de

A/946/2018 - 12/17 - l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d). 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. 7

En l'espèce, l'intimé, se fondant essentiellement sur l'avis du SMR et l'expertise de la Clinique Corela, a accordé à l'assurée une rente entière d'invalidité, limitée à la période courant du 1er octobre 2016 au 31 janvier 2017. Il a retenu que l'intéressée était totalement incapable d'exercer la profession de femme de chambre depuis le mois d'octobre 2015, mais qu'elle avait recouvré, le 27 janvier 2017, une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. De son côté, la recourante réclame le versement d'une rente au-delà du 31 janvier 2017. Elle soutient en substance que son état de santé ne s'est pas amélioré depuis son opération de l'épaule gauche et reproche au SMR d'avoir tiré à tort des rapports de ses médecins la conclusion qu'elle était pleinement capable d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Par ailleurs, elle fait valoir que l'on ne peut pas exiger d'elle un changement de profession, compte tenu de ses limitations fonctionnelles, de son âge (57 ans), de son absence de formation et du fait qu'elle n'a exercé qu'une seule activité lucrative pendant 27 ans.

E. 8

a. En l'occurrence, il convient de relever d'emblée que la valeur probante de l'expertise de la Clinique Corela est sujette à caution. En effet, la conclusion de l'experte selon laquelle l'assurée serait capable d'exercer la profession de femme

A/946/2018 - 13/17 - de chambre à 50 % depuis le 12 août 2016 ne convainc aucunement, dès lors que l'experte relève elle-même que l'assurée ne peut pas exécuter seule certaines tâches (changer les draps de lits, secouer les édredons, etc.), pour lesquelles elle devrait absolument travailler en binôme, ce qui tend précisément à démontrer que l'intéressée n'est pas médicalement apte à exercer l'activité en question. D'ailleurs, il convient de préciser qu'hormis l'experte de la Clinique Corela, les autres médecins et experts ayant examiné l'assurée ont considéré cette dernière inapte à exercer son activité antérieure de femme de chambre à un taux excédant 10 %. Cet élément suffit à jeter un doute sur la force probante de l'expertise de la Clinique Corela, raison pour laquelle il convient de faire abstraction de ce moyen de preuve et de trancher la cause à l'aune des autres pièces médicales versées au dossier. b. Contrairement à l'expertise de la Clinique Corela, l'expertise orthopédique du Dr H_____ satisfait aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante de rapports médicaux : elle est fondée sur un examen complet des membres supérieurs, inférieurs et du dos. L'anamnèse est complète et les plaintes de l'assurée ont été prises en considération. L'appréciation de la situation médicale est claire et les conclusions de l'expert sont motivées. De cette expertise, il ressort une capacité de travail nulle dans l'activité antérieure de femme de ménage, mais de 100 % dans toute activité adaptée, permettant à l'assurée d'éviter les mouvements des épaules au-delà de l'horizontale, le soulèvement de charges supérieures à 7 kg, le port de charges supérieures à 15 kg, ainsi que les positions penchées et en porte-à-faux. Les conclusions des spécialistes consultés par l'assurée ne s'écartent pas

fondamentalement de celles de l'expert H_____. En effet, le Dr F_____, médecin traitant, a conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité antérieure mais de 80 % dans une activité adaptée. Quant au Dr E_____, chirurgien orthopédiste, il a renoncé à se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée et a préconisé la mise en œuvre d'une expertise. Pour autant, il n'a pas fait état d'une quelconque incompatibilité entre les limitations fonctionnelles de l'assurée et l'exercice d'une activité professionnelle légère adaptée. Au demeurant, aucun médecin de l'assurée n'a remis en question les conclusions de l'expert H_____ relatives à l'exercice d'une activité adaptée. Au vu de ce qui précède, force est de constater que les conclusions des médecins ayant suivi l'assurée ne permettent pas de s'écarter de celles de l'expert et qu'elles tendent au contraire à corroborer l'existence d'une capacité résiduelle de travail substantielle dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles. c. Il convient de rappeler que lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, elle ne saurait être remise en cause pour le seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Pour qu'il en aille différemment, il appartient à la partie recourante de mettre en évidence des éléments objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – qui y auraient été ignorés et qui seraient suffisamment pertinents pour en remettre en cause le

A/946/2018 - 14/17 - bien-fondé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2). En l'occurrence, la recourante se limite en substance à souligner qu'elle est toujours en arrêt de travail, qu'elle continue à suivre un traitement de physiothérapie et que le taux de capacité de travail retenu par l'intimé et l'expert H_____ dans une activité adaptée (100 %) ne correspond pas à celui attesté par le Dr F_____ (80 %). Ce faisant, elle ne met en évidence aucun élément pertinent et objectivement vérifiable que l'expert H_____ pourrait avoir omis de prendre en considération. La légère divergence d'appréciation de la capacité résiduelle de travail qu'elle met en évidence entre l'expert et son médecin traitant ne constitue précisément pas un tel élément, dans la mesure où le médecin traitant n'a soulevé aucun élément qui n'aurait déjà été pris en compte par l'expert. Quant aux certificats d'incapacité de travail qu'elle produits à l'appui de son recours, ils se rapportent de toute évidence à sa profession antérieure de femme de chambre et non à toute activité professionnelle, l'auteur des certificats (le Dr E_____) n'ayant pas expressément exclu l'exercice d'une activité adaptée. Par ailleurs, il sied de relever que l'expert H_____ a dûment tenu compte de la poursuite des séances de physiothérapie (p. 2 de son expertise), mais sans considérer pour autant que cela empêchait l'assurée d'exercer une activité professionnelle adaptée. Enfin, le fait que l'assurée ait subi en octobre 2017 une neurolyse chirurgicale du nerf ulnaire du coude et une cure de syndrome du tunnel carpien ne remet pas davantage en question les conclusions de l'expert, dans la mesure où les documents relatifs à cette intervention n'attestent pas d'une quelconque incapacité à exercer une activité adaptée. d. À défaut d'éléments susceptibles de les remettre en question, la chambre de céans se rallie aux conclusions de l'expert H_____, qui convergent pour l'essentiel avec celles du Dr F_____. Elle retiendra donc, au degré de la vraisemblance prépondérante, une capacité de travail nulle dans l'activité de femme de chambre ou toute autre profession dès le 1er octobre 2015. Dès le 27 janvier 2017, l'intimé a retenu que l'assurée avait recouvré une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée, en se fondant sur un rapport du Dr F_____ de février 2017, qui énonçait la date du 27 janvier 2017 en réponse à la question de savoir depuis quand l'assurée était apte à être réadaptée. Toutefois, ce médecin a simultanément indiqué dans son rapport que l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou à une amélioration de la capacité de travail « probablement

dans les deux ans », tout en précisant qu'une thérapie était toujours en cours, ce qui peut sembler contradictoire avec son indication d'une aptitude à la réadaptation depuis la fin du mois de janvier 2017. Au vu de cette incertitude, la chambre de céans retiendra donc que c'est depuis le 11 avril 2017, date de l'expertise du Dr H_____ (et non pas depuis le 27 janvier 2017), que l'assurée est pleinement capable d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

E. 9

a. Au terme du délai de carence d'un an, le 1er octobre 2016 et jusqu'au

E. 10

À l'issue du délai de carence d'un an, le 1er octobre 2016, et jusqu'au 10 avril 2017, la recourante a présenté une perte de gain de 100 %, ouvrant droit à une rente entière d'invalidité. Depuis le 11 avril 2017, la recourante a recouvré une capacité de travail entière dans toute activité adaptée, correspondant à un degré d'invalidité nul. Conformément à l'art. 88 al. 1 RAI et à la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 9C_900/2013 du 8 avril 2014 consid. 6.5), la rente doit être supprimée avec effet au 31 juillet 2017, trois mois après l'amélioration de l'état de santé, et non au 31 janvier 2017, comme l'a retenu l'administration à tort. Partant, le recours est partiellement admis et la décision du 13 février 2018 réformée, en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité jusqu'au 31 juillet 2017. Pour le reste, la décision est confirmée et le recours rejeté.

E. 11

La documentation versée au dossier permettant déjà à la chambre de céans de se prononcer en connaissance de cause sur la question de la suppression de la rente d'invalidité, il est inutile d'ordonner une audience ou de diligenter une expertise judiciaire, par appréciation anticipée des preuves. Un renvoi de la cause à l'administration ne se justifie pas davantage.

E. 12

La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 200.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).

E. 13

La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 800.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03), à la charge de l'intimé. * * * * *

A/946/2018 - 17/17 - 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.