

GE_GERICHTE ATAS/934/2017 vom 19. Oktober 2017

GE Cour de justice, 2017-10-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_934_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/934/2017 du 19 octobre 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/934/2017 del 19 ottobre 2017

Erwägungen

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 - 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.

A/3371/2017 - 8/13 - 2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable, compte tenu de la suspension des délais entre le 15 juillet et le 15 août inclusivement (art.

E. 38

al. 4 let. b et 56 ss LPGA). 3. L'objet du litige est la question de savoir si la recourante peut bénéficier des prestations de l'assurance-invalidité sous forme d'une rente. 4. 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). 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). 5. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un 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. 6. 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. 28a al. 1 LAI). 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 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal

fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 7. En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations. Par ailleurs, l'assuré doit avoir présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable. 8. 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément

A/3371/2017 - 9/13 - 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. A 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). c. 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 écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 9. 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. En premier lieu, il convient d'examiner si la recourante présente une année d'incapacité de travail d'au moins 40% sans interruption notable au moment où, selon l'intimé, elle a recouvré une pleine capacité de travail, soit le 4 juin 2013.

A/3371/2017 - 10/13 - Il n'est pas contesté que la recourante était en incapacité de travail totale dès le 2 février 2012. Le 20 mai 2012, elle a repris le travail à 50%. A partir du 16 juillet 2012, les médecins ont attesté une capacité de travail de 100%. Toutefois, selon les déclarations de la recourante, elle n'avait travaillé que pendant trois jours à ce taux et était ensuite partie en vacances. Lorsqu'elle a repris le travail à son retour, elle a ressenti immédiatement des céphalées et des vomissements, raison pour laquelle a dû consulter en urgence (cf. expertise du Dr I_____, p. 3). Par la suite, une incapacité de travail totale est attestée dès le 26 août 2012 pour une durée indéterminée. Du courriel du 10 juillet 2012 de Mme D_____ ressort que la recourante n'était en fait pas capable de travailler lorsqu'elle est revenue au travail. En effet, selon ses collègues, elle avait régulièrement des pertes d'équilibre, se déplaçait en vacillant parfois, ne pouvait porter des charges lourdes et donc les boîtes d'instrumentation, avait fait deux malaises et se plaignait régulièrement de très forts maux de tête (au point de tenir sa tête dans ses mains en serrant les dents). Elle avait par ailleurs fait part à ses collègues qu'elle était épuisée après ses matinées de travail et rentrait se coucher pour le reste de la journée. Ses collègues ont aussi noté qu'elle avait des absences, au point de ne plus se rappeler ce qu'elle venait d'emballer ou de mettre dans la boîte d'instruments. Les collègues devaient ainsi sans cesse être derrière elle, afin de prévenir tout malaise ou mal-être et pallier les erreurs, lesquelles pouvaient être gravissimes en stérilisation dans le bloc opératoire. En plus de leur propre tâche, les collègues devaient donc aider et soutenir l'assurée dans son travail. Par ailleurs, l'assurée présumait de ses forces, ne s'écoutait pas et avait très peur de perdre son travail, ce qui l'amenait à minimiser et à dissimuler son état de santé et son ressenti. Au demeurant, le Dr L_____ retient également dans son expertise que la symptomatologie dépressive était trop sévère au moment de la reprise de travail, ce qui a probablement conduit à l'échec de celle-ci (p. 13 ch. 4). Par conséquent, il sied d'admettre que la recourante n'était pas réellement capable de travailler dès mai 2012 et encore moins à 100% à compter du 16 juillet 2012. Par ailleurs, elle n'a travaillé à 100% que pendant trois jours et était ensuite partie en vacances. La période de vacances ne saurait toutefois être considérée comme une période de capacité de travail, d'autant moins que la recourante n'était à l'évidence pas en mesure d'accomplir correctement son travail et présentait plutôt une charge pour ses collègues qui devaient constamment la surveiller. Elle n'avait en outre aucune raison de se faire établir un certificat d'incapacité de travail pendant la période des vacances. Cela étant, il appert qu'au moment où l'intimé a considéré qu'elle avait recouvré une pleine capacité de travail, soit en juin 2013, elle présentait une incapacité de travail de plus 40% en moyenne depuis quinze mois sans interruption notable, la reprise de travail de trois jours à 100% ne pouvant être considérée comme telle. Comme elle était en février 2013 en incapacité de travail à 100% et que l'éventuelle amélioration

A/3371/2017 - 11/13 - de l'état de santé ne doit être prise en considération qu'après une période de trois mois (art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI - RS 831.201), elle a au moins droit à une rente d'invalidité entière de février à septembre 2013. 11. Reste à examiner le droit à une rente dès octobre 2013. Pour admettre une pleine capacité de travail depuis juin 2013, l'intimé s'est fondé sur l'expertise du Dr L_____. Selon ce médecin, et également le Dr I_____, la recourante ne souffre d'aucune atteinte psychiatrique incapacitante. Cependant, de l'avis de la Chambre de céans, aucune valeur probante ne peut être attribuée à l'expertise du Dr L_____. En effet, celle-ci ne prend manifestement pas en compte l'intégralité du dossier médical, notamment les constatations du Dr K_____ sur la base des examens

neurologiques et deux bilans neuropsychologiques. Ceci est d'autant plus choquant que les plaintes de la recourante ont porté sur ses nombreux oublis dans la vie de tous les jours. À la question de savoir ce qu'il l'empêcherait de travailler, elle déclare au Dr L._____ que ce sont les oublis, la fatigue et le fait qu'elle ne pourrait plus réfléchir suffisamment pour trier correctement les instruments médicaux. Le Dr L._____ ne pouvait notamment pas écarter les plaintes de la recourante concernant les troubles cognitifs sur la base d'un seul examen clinique. En effet, en présence de tels troubles, il convient de les faire objectiver par un bilan neuropsychologique. Or, selon le dernier bilan neuropsychologique du Dr K._____ en octobre 2014, la recourante présente toujours des séquelles d'une lésion fronto-pariétale avec des troubles sévères en mémoire antérograde verbale et des troubles légers de certaines fonctions exécutives (ralentissement, difficultés de flexibilité mentale, d'attention sélective et d'incitation verbale). Par rapport au précédent examen, il y a uniquement une discrète amélioration de la mémoire verbale. Par ailleurs, l'état anxio-dépressif domine. En outre, la mission de l'expert, selon le médecin du SMR, était une expertise psychiatrique avec un examen neuropsychologique. Ce volet, indispensable en l'occurrence au vu des plaintes de la recourante, faisant défaut et l'expert n'ayant de surcroît pas tenu compte des examens neuropsychologiques antérieurs, l'expertise ne peut être considérée comme complète. Au vu du résultat des examens neuropsychologiques, elle n'est pas non plus convaincante. 12. Il s'avère ainsi que l'instruction de la cause est lacunaire, l'incapacité de la recourante ne pouvant être déterminée uniquement sur la base d'expertises psychiatriques, mais nécessitant des examens neuropsychologiques. Dans la mesure où le dernier examen neuropsychologique est antérieur de plus de deux ans et demi à la décision litigieuse, il y a lieu de refaire un bilan neuropsychologique. Par ailleurs, il convient de compléter les constatations

A/3371/2017 - 12/13 - médicales par un stage dans un centre d'observation professionnelle, afin d'établir concrètement quelle est la répercussion des troubles cognitifs sur la capacité de travail. 13. Cela étant, le recours sera partiellement admis, la décision annulée et la recourante mise au bénéfice d'une rente d'invalidité entière de février à septembre 2013. La cause sera par ailleurs renvoyée à l'intimé afin qu'il mette en œuvre un nouveau bilan neuropsychologique et, si sur la base de celui-ci une capacité de travail résiduelle paraît probable, un stage d'observation professionnelle à titre de mesure d'instruction. Ceci fait, il lui appartiendra de rendre une nouvelle décision sur le droit aux prestations à compter d'octobre 2013. 14. Dès lors que l'intimé succombe partiellement, une indemnité de CHF 3'000.- est octroyée à la recourante à titre de dépens. 15. L'émolument de justice, fixé à CHF 200.-, est mis à la charge de l'intimé.

A/3371/2017 - 13/13 - 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.