

GE_GERICHTE A/2501/2017 vom 14. September 2017

GE Cour de justice, 2017-09-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2501_2017

FR: GE_GERICHTE A/2501/2017 du 14 septembre 2017

IT: GE_GERICHTE A/2501/2017 del 14 settembre 2017

Erwägungen

E. 5

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître MATHEY-DORET Marc recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____, née le _____ 1954 et d'origine algérienne, possède un diplôme d'aide-soignante et a travaillé dans cette profession jusqu'en 2008, puis était au chômage. En juin 2009, elle a été placée par l'assurance-chômage comme aide-soignante dans un établissement médico-social (EMS).
Le 29 juin 2009, au volant de sa voiture, elle a été victime d'un choc frontal avec un autre véhicule automobile. Elle a alors présenté une fracture du pilon tibial droit et de l'extrémité inférieure de la diaphyse péronière droite, un traumatisme du pouce gauche, une contusion de l'extrémité de la main droite et des lésions dentaires. Depuis l'accident, elle est en incapacité totale de travail.
La caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accident (ci-après : SUVA) a pris en charge les suites de l'accident.
Lors de son hospitalisation aux Hôpitaux universitaire de Genève (HUG) jusqu'au 14 juillet 2009, une ostéosynthèse complexe a été réalisée le 2 juillet 2009. Par la suite l'assurée a effectué un séjour en réadaptation orthopédique jusqu'au 31 juillet 2009. Du 10 au 17 septembre 2009 elle a suivi une cure à Loèche-les-Bains.
En janvier 2010, l'intéressée a requis les prestations de l'assurance-invalidité.
Du 9 au 23 juin et du 11 au 31 août 2010, elle a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR) à Sion, laquelle a conclu, au terme du séjour, que l'assurée pourrait reprendre une activité adaptée à 100 %, compte tenu du chômage. La situation était globalement stabilisée, même si on pouvait s'attendre à une amélioration future, notamment après une ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO). Elle présentait des limitations pour le port de charges, les accroupissements à répétition et des travaux en terrain instable.
Dans le cadre de son séjour à la CRR, l'assurée a fait l'objet le 16 juin 2010 d'un consilium psychiatrique par le docteur B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel n'a pas retenu de psychopathologie majeure, hormis quelques éléments anxieux, en particulier sous forme d'inquiétude quant à l'avenir professionnel.
Elle a également été soumise à la CRR à un examen neuropsychologique en juin 2010, qui a mis en évidence de légers troubles cognitifs, avec un discret ralentissement psychomoteur, des difficultés de planification, ainsi que des résultats insuffisants dans une épreuve d'apprentissage d'un matériel verbal (difficultés d'origine plutôt attentionnelle que mnésique). Les autres fonctions cognitives étaient globalement préservées. Le tableau cognitif était ainsi rassurant. Les légers déficits cognitifs observés étaient probablement à mettre en lien avec les troubles thymiques. L'assurée présentait par ailleurs des signes d'un état de stress post-traumatique et des scores pathologiques à une échelle d'autoévaluation de l'anxiété et de la dépression. Une prise en

charge psychothérapeutique semblait indiquée.![endif]>![if> 9. Selon le rapport du 21 octobre 2010 du docteur C_____, spécialiste en réparation juridique du dommage corporel à Annemasse (France), mandaté par l'assurance responsabilité civile du conducteur responsable, il y a une persistance d'une boiterie et raideur de la cheville droite et la situation est à considérer comme encore évolutive. Du point de vue psychique, il a constaté un état de stress post-traumatique qui mériterait une prise en charge adaptée. Une amélioration pouvait être attendue de l'AMO. Enfin, la consolidation médico-légale devait encore être reportée.![endif]>![if> 10. Le 4 novembre 2010, la doctoresse D_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie FMH, a certifié une incapacité de travail totale pour une durée indéterminée.![endif]>![if> 11. Le 30 mars 2011, l'assurée a été examinée par le psychiatre-conseil de la SUVA, le docteur E_____. Dans son rapport du 6 avril 2011, ce médecin a émis les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et d'état de stress post-traumatique. La symptomatologie psychologique restera très tributaire de l'évolution sur le plan des douleurs. Si le handicap somatique persistait, il faudrait envisager une réorientation sur le plan professionnel. Enfin, l'expert a estimé souhaitable de réévaluer l'assurée dans un délai de trois à six mois, dès lors qu'il y avait un risque non négligeable d'évolution négative, y compris sur le plan psychique.![endif]>![if> 12. Le 20 avril 2011, une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale a été réalisée en raison de pertes de mémoire de l'assurée. Cet examen a révélé une atrophie cortico-sous-corticale fronto-temporo-pariétale sans lésion parenchymateuse, et une minime lésion de leucodystrophie peu significative.![endif]>![if> 13. Selon le rapport du médecin d'arrondissement de la SUVA du 26 octobre 2011, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie, la cheville droite était calme, discrètement limitée par rapport au côté gauche. Il n'y avait pas d'amyotrophie grossière au niveau du membre inférieur droit. Le matériel d'ostéosynthèse était toujours en place et l'assurée pourrait bénéficier d'une AMO. Toutefois, elle craignait cette intervention compte tenu de son ostéoporose. Dans le cadre du chômage et pour les seuls problèmes actuels de la cheville droite, on pouvait reconnaître une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles interdisaient les travaux à genoux ou accroupie, les marches de longues distances et en terrain inégal et le port de charges supérieures à 10 kg. Dans un travail adapté, l'assurée pourrait travailler avec un horaire complet.![endif]>![if> 14. Les 26 juillet et 31 octobre 2011, l'assurée a fait l'objet d'une évaluation neuropsychologique par les docteurs G_____, neurologue FMH, et H_____, neuropsychologue responsable, ainsi que I_____, stagiaire neuropsychologue. Cette évaluation a mis en évidence des performances se situant globalement dans les normes compte tenu du niveau socio-éducatif de l'assurée et de ses origines. Il y avait un léger ralentissement dans les tâches sous contraintes temporelles (attentionnelles et exécutives), ainsi qu'un niveau élevé d'anxiété et, dans une moindre mesure, de dépression. Les difficultés observées devaient être mises sur le compte de son état émotionnel et certains éléments de son parcours de vie, un stress majeur pouvant avoir une incidence à long terme sur le fonctionnement cognitif.![endif]>![if> 15. Le 7 décembre 2011, l'assurée a fait l'objet d'un nouvel examen par le Dr E_____. Dans son rapport du 14 décembre 2011, celui-ci a constaté un épisode dépressif léger avec syndrome somatique et un état de stress post-traumatique. L'état psychique s'était amélioré avec une réduction de l'intensité de l'atteinte de l'humeur, l'assurée se montrant capable de sourire, était moins ralentie et plus réactive. Quant à la symptomatologie anxieuse, l'état de stress post-traumatique était désormais chronique, mais d'une intensité également légère et restant relativement peu handicapant au quotidien. Il y avait néanmoins une anxiété plus marquée

en lien avec des incertitudes concernant l'avenir, d'autant plus qu'elle ne pourra probablement plus exercer son métier d'aide-soignante pour des raisons orthopédiques. Sur le plan du traitement psychiatrique, il ne persistait plus qu'un traitement médicamenteux. La capacité de travail était actuellement de 50 % au maximum pour des raisons psychiques. Il était par ailleurs réaliste d'envisager une possibilité de reprise à temps plein durant le premier trimestre de l'année 2012, si l'évolution constatée se confirmait. 16. Dans son avis du 12 juin 2012, le docteur J_____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (SMR) s'est rallié aux conclusions du dernier examen du Dr E_____ et a admis une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée, sans port de charges de plus de 10 kg, accroupissements à répétition, travaux en terrain instable, montée et descente répétée d'escalier, ainsi que marche prolongée. Le début de la réadaptation à 50% était le 7 décembre 2011. 17. Le 1^{er} décembre 2012, l'assurée a fait l'objet d'une évaluation neuropsychologique par Madame K_____, neuropsychologue en France. Selon les conclusions de celle-ci : "Au total, les résultats de cette évaluation neuropsychologique indiquent: - une anomie - une faiblesse de l'encodage et un trouble de la reconnaissance visuelle en mémoire épisodique, sans déficit du stockage en mémoire à long terme, - une faiblesse de la mémoire de travail auditivo-verbale, - un ralentissement de la vitesse de traitement. Les manifestations anxio-dépressives, majeures et envahissantes, sont en faveur d'un stress post-traumatique. La compilation de l'ensemble des données anamnestiques témoigne de l'installation, voire de l'accentuation, des éléments anxio-dépressifs. En outre, la synthèse des différents résultats obtenus lors des bilans neuropsychologiques, sachant qu'il s'agit ici de la quatrième évaluation, ne montre pas de dégradation significative des capacités, notamment mnésiques, en deux ans d'évolution. L'absence d'évolution et le profil mnésique obtenu ce jour ne semblent pas en faveur d'un processus neuro-dégénératif de type maladie d'Alzheimer. Néanmoins le tableau neuropsychologique ne s'est pas non plus normalisé et on retient principalement un manque du mot ainsi qu'une lenteur idéomotrice. La question se pose alors de savoir dans quelle mesure les origines de [l'assurée], son niveau socio-éducatif et les troubles psychologiques actuels peuvent répondre de ses troubles cognitifs. Il semble finalement nécessaire que [l'assurée] bénéficie d'une prise en charge psychologique, sachant qu'une thérapie de type comportementale pourrait être indiquée. Ainsi, l'amélioration thymique et la réduction de l'anxiété permettraient d'obtenir un regard plus précis sur le fonctionnement cognitif de [l'assurée]. » Dans l'analyse comparative, il est noté que des difficultés de dénominations d'images avaient été relevées en 2011 et qu'un ralentissement était plus marqué en 2012. Le profil mnésique ne s'avérait en revanche pas totalement similaire, dès lors qu'un déficit de récupération mémoire épisodique n'était pas observé dans la présente évaluation. On aurait tendance à retenir une accentuation de la lenteur idéomotrice et l'observation d'une perturbation de la reconnaissance visuelle, mais pas d'autres déficits surajoutés. 18. Selon la note du 17 février 2014 de la réadaptation professionnelle de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (OAI), un stage d'orientation professionnelle n'avait pu être mis sur pied au printemps 2013 en raison de traitements médicaux, neuropsychologiques et somatiques, ce qui était confirmé par le médecin traitant, le docteur L_____. Selon les dires de l'assurée, son état de santé semblait stabilisé à ce jour, amélioré au niveau cognitif, mais péjoré au niveau de la cheville droite, sous réserve d'une AMO. 19. Le 9 juillet 2015, une AMO du tibia et de la fibulaire droite a été réalisée. 20. Le

21 septembre 2015, le M_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a procédé à l'examen final. Il a émis des diagnostics de fractures complexes articulaires du pilon tibial de la cheville droite avec une récente AMO suivie d'une évolution satisfaisante au total. L'examen clinique montrait une nette amélioration de la mobilité articulaire et une diminution des douleurs. Le cas pouvait ainsi être considéré comme stabilisé. La capacité de travail était de 100 % sans baisse de rendement dans une activité professionnelle en position assise ou debout, sans port de charges supérieures à 10 kg, sans devoir travailler agenouillé, en évitant les déplacements répétitifs dans les escaliers et en terrain inégal.![endif]>![if> 21. Par courrier du 30 novembre 2015, la SUVA a fait savoir à l'assurée qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident, raison pour laquelle elle mettait fin au paiement des soins médicaux hormis deux consultations annuelles auprès du médecin traitant ou du chirurgien pour suivre l'évolution de la cheville, renouvellement de bas de contention deux fois par année, le traitement antalgique et deux paires de chaussures adaptées par année. Il subsistait une capacité de travail résiduelle. Dès lors, elle mettait un terme au paiement des indemnités journalières au 31 janvier 2016 et se prononcera ultérieurement sur le droit à une rente éventuelle pour les seules séquelles accidentelles. Au cas où l'assurée aurait droit aux prestations de l'assurance-invalidité sous forme de rente, le total des rentes de la SUVA et de l'AI ne devait pas excéder 90 % du gain assuré. Si cette limite était dépassée, la rente de la SUVA devait être réduite en conséquence.![endif]>![if> 22. Le 15 décembre 2015, la docteure N_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, a attesté qu'elle suivait l'assurée depuis le 26 mars 2013 et que celle-ci souffrait de troubles psychiques invalidants confirmés par plusieurs expertises et bilans neuropsychologiques. Il serait utile d'évaluer la capacité de travail résiduelle et d'orienter l'assurée vers des mesures de réinsertion socio-professionnelle.![endif]>![if> 23. Dans le rapport sur les mesures d'ordre professionnel du 17 mars 2016, il est notamment mentionné que l'assurée avait commencé un stage dans un EMS et qu'elle avait été aide-soignante jusqu'en 2008 à domicile. Son dernier salaire avait été de CHF 52'453.- de janvier à octobre 2008.![endif]>![if> 24. Le 18 mars 2016, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'un stage d'orientation professionnelle aux Établissements publics pour l'intégration (EPI) du 29 mars au 26 juin 2016.![endif]>![if> 25. Dans leur rapport du 15 août 2016, les EPI ont constaté que les capacités physiques de l'assurée étaient globalement faibles, avec des difficultés pour la position debout et des déplacements au-delà de 15 minutes. Le tonus et la résistance étaient faibles et le niveau de fatigabilité important. Le rythme de l'assurée était très lent et ne correspondait pas aux exigences du marché du travail. Ses capacités d'apprentissage et cognitives restaient également très faibles. Durant l'observation, une augmentation des difficultés d'attention, de concentration, de mémoire et de continuité dans les tâches confiées avait été relevée, malgré des activités devenues familières pour l'assurée. Du point de vue des capacités sociales, l'assurée avait perdu au cours du temps un peu plus de confiance en soi et en ses capacités, se rendant compte de son impossibilité à exécuter des travaux très simples. Néanmoins, tout au long de la mesure et malgré ses difficultés, l'assurée a continué à s'investir pleinement dans toutes les activités proposées et avait gardé l'espoir de retrouver une activité professionnelle adaptée à ses difficultés jusqu'au bout de l'observation.![endif]>![if> 26. Selon l'avis du 12 octobre 2016 du docteur O_____ du SMR, force était de constater que les troubles cognitifs empêchaient un retour au monde de l'économie malgré la volonté et la disponibilité de l'assurée. Toutefois, elle avait une capacité de travail de 50% dès 2011 et jusqu'en mars

2016.![endif]>![if> 27. Selon le rapport de surveillance concernant les mesures d'ordre professionnel du 22 novembre 2016 de l'OAI, l'assurée n'avait pas été disponible pour des mesures professionnelles en raison de traitements médicaux en cours ou prévus après le premier entretien en date du 31 janvier 2013, et que ce n'était que fin novembre 2015 que son état de santé s'était stabilisé avec une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. La capacité de travail résiduelle de 50 %, initialement retenue par le SMR, s'était donc péjorée avec une augmentation des difficultés cognitives et n'était plus exploitable depuis mars 2016 dans le milieu économique normal. Dès cette date, l'incapacité de travail était totale. Entre décembre 2011 et février 2016, l'invalidité a été évaluée sur la base d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, simple, répétitive et légère en position essentiellement assise. L'invalidité durant cette période était de 62,2 %![endif]>![if> 28. Par courrier du 6 décembre 2016, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il avait l'intention de lui octroyer une rente entière dès le 1 er juillet 2010, puis un trois-quarts de rente dès le 1 er mars 2011 et une rente entière dès le 1 er janvier 2016.![endif]>![if> 29. Par courrier du 24 janvier 2017, l'assurée s'est opposée à la réduction de son droit à la rente durant la période du 1 er mars 2011 au 31 mai 2016, par l'intermédiaire de son conseil. Le cumul de ses atteintes somatiques et psychologiques provoquait une incapacité de travail totale dans toute activité depuis la date de l'accident, incapacité qui avait été reconnue par la SUVA qui lui avait versé les indemnités journalières entières jusqu'au récent stage de réadaptation. Par ailleurs, le dernier avis du Dr E_____ ne tenait compte que de l'atteinte psychique et non pas des atteintes somatiques surajoutées. Son seul avis était dès lors insuffisant pour retenir une capacité de travail résiduelle durant cette période. En outre, le revenu de valide retenu par l'OAI était largement sous-estimé. En effet, avant l'accident, excepté une courte période de chômage qui l'a précédé, elle avait cumulé deux emplois pour un revenu annuel de plus de CHF 95'000.- sur la période courante d'octobre 2007 à septembre 2008. Ainsi, même en retenant une capacité de travail résiduelle durant la période litigieuse, le taux d'invalidité serait largement supérieur à 70 %. Au demeurant, la réduction d'une rente entière à trois-quarts devait être prise en considération le 1 er mars 2012 et non pas 2011.![endif]>![if> 30. Par décision du 11 mai 2017, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière dès juillet 2010, un trois-quarts de rente dès le 1 er mars 2012 et une rente entière dès le 1 er juin 2016. S'agissant du grief de l'assurée à l'encontre de l'application des données salariales pour la détermination du revenu sans invalidité, il a expliqué qu'en raison des activités lucratives irrégulières soumises à des fluctuations importantes, il n'était pas possible de se fonder sur les salaires réalisés avant l'atteinte à la santé, de sorte qu'il fallait se référer aux données statistiques.![endif]>![if> 31. Le 8 juin 2017, l'assurée a formé recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1 er juillet 2010 sans diminution, sous suite de dépens. Elle a contesté avoir présenté une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée au taux de 50 % durant la période litigieuse. Cela était contredit par le rapport des EPI, ainsi que par l'avis du SMR lui-même qui avait retenu qu'aucune capacité de travail n'était finalement exploitable, si bien que le taux d'invalidité était de 100 %. On peinait à comprendre comment la recourante aurait pu reprendre, de sa seule initiative et sans aide, une activité à 50 % dans une activité adaptée entre 2011 et 2016, avant que l'intimé eût mené à bien les mesures de réadaptation jugées nécessaires, si au terme de celles-ci, l'intimé parvenait au constat que la capacité de travail théoriquement exploitable envisagée cinq ans plus tôt ne l'était en réalité pas à l'épreuve des faits. La décision litigieuse paraissait manifestement contradictoire et infondée. Par ailleurs, de

jurisprudence constante, la notion d'invalidité était identique en matière d'assurance-invalidité et d'assurance-accidents. Or, la SUVA avait alloué les indemnités journalières basées sur un taux de 100 % sur toute la période litigieuse de mars 2012 à fin mai 2016. En outre, le Dr E_____ qui avait retenu une capacité résiduelle théorique de travail dans une activité adaptée, n'avait pas tenu compte des atteintes somatiques surajoutées. Enfin, le revenu de valide retenu était largement sous-estimé, dès lors que la recourante avait cumulé deux emplois avant l'atteinte à la santé. ![endif]>![if> 32. Dans sa réponse du 26 juillet 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a relevé que, d'un point de vue somatique, la recourante présentait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, selon l'examen du 26 octobre 2011 par le médecin d'arrondissement de la SUVA, et une capacité de travail de 50 % sur le plan psychiatrique, après les examens des 30 mars et 7 décembre 2011 par le Dr E_____. Ce n'est qu'en mars 2016 qu'une aggravation de l'état de santé est reconnue en raison des troubles cognitifs, ainsi qu'une incapacité de travail totale. Ce n'était pas parce que le stage d'orientation aux EPI retenait qu'aucune réorientation dans une activité adaptée ne pouvait être envisagée, qu'une incapacité de travail à 100 % devait être reconnue antérieurement. Aucun élément médical ne venait corroborer une telle allégation. Au demeurant, selon l'examen final de la SUVA du 21 septembre 2015, la recourante présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, même en tenant compte de l'appréciation du médecin psychiatre. Enfin, l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'avait pas force contraignante pour l'assureur-accidents et vice-versa.![endif]>![if> 33. Sur ce, la cause a été gardée à juger.![endif]>![if> 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 1 er 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).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).![endif]>![if> 3. Est litigieuse en l'occurrence le degré d'invalidité de la recourante entre juin 2012 et mai 2016.![endif]>![if> 4. L'art. 17 al. 1 er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Selon la jurisprudence, l'art. 17 LPGA sur la révision d'une rente en cours s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif -, la date de la modification étant déterminée conformément à l'art. 88 a RAI (ATF 131 V 164 consid. 2.2 p. 165; 125 V 413 consid. 2d; arrêt du Tribunal fédéral 9C_134/2015 consid. 4.1 et les références). ![endif]>![if> 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). 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.!

b. 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. c. 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. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4).

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 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). Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

d. 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). 7. a, En l'occurrence, l'intimé considère que l'état de santé de la recourante s'est amélioré en décembre 2011, sur la base d'un examen psychiatrique par le Dr E_____. [endif]>[if> Ce médecin a examiné une première fois la recourante le 30 mars 2011 et a alors retenu un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et un état de stress post-traumatique. Compte tenu du risque non négligeable d'une évolution négative, sur le plan somatique et psychique, il juge nécessaire de la réévaluer dans un délai de trois à six mois. Lors de ce premier examen, il relève dans les plaintes subjectives des douleurs chroniques et handicapantes au niveau de la cheville droite, une humeur fluctuante entre haut et bas, avec des moments d'abattement et de vision particulièrement négative de son avenir, le sentiment d'être handicapée et que ce status soit définitif, un sommeil perturbé par de fréquents cauchemars avec bruits de freinage ou de la collision même, de craintes lors de la conduite de la voiture et l'impossibilité de conduire sur une autoroute, un manque d'énergie, une motivation diminuée, une fatigabilité accrue, une diminution de la résistance au stress et une inquiétude constante pour les proches. Sur le plan de la symptomatologie anxieuse, on trouve une symptomatologie intrusive, d'hyperactivité neurovégétative et d'évitements phobiques. À cela s'ajoutent des ruminations envahissantes. La symptomatologie anxieuse a une intensité mesurée entre moyenne et sévère, plus intense que la symptomatologie dépressive. Lors de l'examen psychiatrique du 7 décembre 2011, le Dr E_____ mentionne, concernant les plaintes subjectives de l'assurée, que celle-ci relève que la situation s'est améliorée sur le plan somatique, notamment au niveau des douleurs qui sont devenues moins intenses, moins régulières et qui surviennent surtout en situation d'efforts. Sur le plan psychique, elle reste particulièrement angoissée, surtout concernant son avenir sur le plan financier et professionnel, dès lors que l'on lui a expliqué que son handicap est devenu définitif et qu'elle ne pourrait poursuivre dans son emploi d'aide-soignante. Sur interrogation, elle fait état d'une humeur fluctuante, d'une vision négative de l'avenir, d'un manque d'énergie et de plaisir dans l'existence avec une mise en route difficile le matin, de capacités d'adaptation diminuées, le moindre stress la déstabilisant, et d'une hypersensibilité. Elle a toutefois pu reprendre la conduite et repasser sur le lieu de l'accident. Elle revoit encore régulièrement le déroulement de celui-ci, mais avec une moindre réactivité émotionnelle. À l'examen sommaire, l'expert ne constate pas de troubles cognitifs, notamment pas d'atteinte de la mémoire ou de la concentration objectivée. La recourante relève cependant qu'elle doit tout noter, car elle a tout le temps des oublis et également des problèmes à avoir une concentration durable dans le temps. À l'examen clinique, son discours est bien ancré dans la réalité, sans ralentissement. Sur le plan de l'humeur, il n'y a pas de symptomatologie dépressive stablement installée ni d'idéations suicidaires actuellement. En ce qui concerne la symptomatologie anxieuse, il persiste un état de stress post-traumatique désormais chronique dont l'intensité est légère et reste relativement peu handicapant au quotidien. Même si certaines situations en lien avec l'accident restent source d'anxiété, elles peuvent être en partie maîtrisées et ne sont plus source d'évitements majeurs comme auparavant.

L'anxiété est plus marquée en lien avec l'incertitude concernant l'avenir, en raison de son âge et du fait qu'elle ne pourrait plus exercer son métier d'aide-soignante. Il serait souhaitable que les choses avancent dans ce domaine avec une clarification si elle peut bénéficier ou non d'une réadaptation sur le plan professionnel. Sur la base de cet examen, le Dr E_____ considère que la capacité de travail est de l'ordre de 50 % au maximum sur le plan psychique et qu'il est réaliste d'envisager une possibilité de reprise à temps plein durant le premier trimestre de l'année 2012, si l'évolution constatée le jour de l'examen se confirme. b. Il convient de relever qu'avant l'examen par le Dr E_____, la recourante a fait l'objet d'une évaluation neuropsychologique en date des 26 juillet et 31 octobre 2011 par les Drs G_____, H_____ et le neuropsychologue stagiaire I_____ aux HUG. Cet examen met en évidence des performances globalement dans les normes et un léger ralentissement dans les tâches sous contrainte temporelle (attentionnelle et exécutive) et un niveau élevé d'anxiété et dans une moindre mesure de dépression. Le 1^{er} décembre 2012, l'assurée a été soumise à une nouvelle évaluation neuropsychologique par Mme K_____, laquelle constate une anomie, une faiblesse de l'encodage et un trouble de la reconnaissance visuelle en mémoire épisodique, sans déficit de stockage en mémoire à long terme, une faiblesse de la mémoire de travail auditivo-verbale et un ralentissement de la vitesse de traitement. Il est fait état dans ce rapport d'une évaluation neuropsychologique en juillet 2012, dans laquelle sont retenues des difficultés globalement stables par rapport au dernier bilan sur le plan de l'attention de la mémoire épisodique, ces dernières présentant une nette dissociation entre le rappel libre et le rappel indicé et étant évocatrices des difficultés dans les stratégies de récupération plutôt que d'encodage. Ces difficultés apparaissent toujours être le produit d'interactions complexes entre le parcours de vie de la patiente, son état émotionnel actuel, ses troubles du sommeil, la précarité de son statut financier, le manque de soutien social, l'image de soi dévalorisée et des méta-croyances cognitives négatives. Ces facteurs peuvent avoir un effet délétère sur le fonctionnement cognitif, voire avoir une incidence sur le plan des structures cérébrales. Lors de l'entretien avec Mme K_____ en date du 1^{er} décembre 2012, la recourante manifeste des éléments dépressifs (pleures) à l'évocation de l'accident et explique qu'elle a cru mourir, que l'accident l'a brisée. Elle est considérablement gênée par les douleurs de la cheville qui entravent de nombreux actes de la vie quotidienne, elle a perdu son travail et n'a désormais quasiment plus d'activité, même sociale. Elle se plaint également de défaillances mnésiques et de difficultés pour restituer les noms propres. Dans l'analyse comparative avec les précédentes évaluations neuropsychologiques, Mme K_____ note que des difficultés de dénominations d'images ont été relevées en 2011 et que le ralentissement est plus marqué en 2012. Quant au profil mnésique, il ne s'avère pas totalement similaire, dès lors que l'on n'observe pas de déficit de récupération en mémoire épisodique. Il y a une tendance pour une accentuation de la lenteur idéomotrice et l'observation d'une perturbation de la reconnaissance visuelle, mais pas d'autres déficits surajoutés. Il est également mentionné dans cette évaluation que les manifestations anxio-dépressives, majeures et envahissantes, sont en faveur d'un stress post-traumatique et que la compilation de l'ensemble des données amnésiques témoigne de l'installation, voire de l'accentuation des éléments anxio-dépressifs. c. Ce dernier bilan neuropsychologique ne permet pas de constater une amélioration ni sur le plan cognitif ni au niveau anxio-dépressif. Au contraire, il fait état d'une accentuation des éléments anxio-dépressifs, de la lenteur idéomotrice et de l'observation d'une perturbation de la reconnaissance visuelle. Par ailleurs, il convient de relever que la recourante a qualifié, lors de son examen par le Dr E_____, son humeur de fluctuante, ce qui peut expliquer qu'au moment de

l'examen en décembre 2011, elle ait semblé moins dépressive. Cela n'exclut cependant pas qu'elle se sente abattue à d'autres moments. Par ailleurs, au niveau de l'anxiété, il y avait certes une amélioration en ce qui concerne les problèmes en lien avec l'accident. Dans l'ensemble, le niveau d'anxiété reste cependant élevé, comme cela ressort du dernier examen du Dr E_____. Il est à relever également que ce médecin n'a pas refait les tests pour mesurer l'intensité ressentie de la dépression et de la symptomatologie anxieuse lors du second examen. Enfin, le Dr E_____ n'a pas tenu compte des bilans neuropsychologiques et ne semble pas non plus avoir eu connaissance de celui effectué à la Consultation de la mémoire aux HUG en juillet et octobre 2011. Or, le stage d'orientation professionnelle aux EPI démontre que la cause de l'incapacité de travail réside essentiellement dans les troubles cognitifs et non pas dans les troubles psychiques. Ainsi, même si ceux-ci devaient s'être améliorés, l'incapacité de travail demeure, tant que les troubles cognitifs persistent, ce qui est encore établi par le bilan neuropsychologique de Mme K_____ un an après le second examen par le Dr E_____. C'est la raison pour laquelle la Chambre de céans ne juge pas convainquant le rapport du 14 décembre 2011 du Dr E_____, en ce qu'il considère que l'état de santé au niveau psychique et cognitif s'est durablement amélioré au point de permettre à la recourante de travailler dans une activité adaptée à 50 %. d. Le stage d'orientation aux EPI a par ailleurs révélé que ce sont essentiellement les troubles cognitifs de la recourante qui constituent un obstacle à la reprise d'une activité professionnelle, dès lors que les problèmes mémoriels et de concentration sont majeurs. Les difficultés mnésiques impactent aussi de façon récurrente le maintien d'une chronologie d'opération, de processus, de mise en place de structure de travail, ainsi que l'autonomie. Certes il n'est pas démontré que les troubles cognitifs mis en évidence lors du stage d'orientation avaient la même intensité entre 2012 et 2016. Toutefois, en l'absence d'une amélioration notable ressortant des examens médicaux, notamment au niveau cognitif, il y a lieu de considérer que les troubles cognitifs sont restés les mêmes ou, du moins, il y a lieu d'admettre que, selon le cours normal des choses, ils se sont détériorés progressivement et non pas brusquement. Cela étant, il ne peut être considéré sur le plan psychiatrique que l'état de santé de la recourante se soit amélioré fin 2011. e. À cela s'ajoute que, selon la SUVA, l'état ne s'est stabilisé que lors de l'examen médical final du 21 septembre 2015, à savoir après l'AMO du 9 juillet 2015. Compte tenu des traitements en cours, il est peu probable qu'un employeur aurait accepté dans cette situation d'engager la recourante auparavant. Il est à cet égard à relever que ces traitements ont empêché la mise sur pied d'un stage de réorientation professionnelle en printemps 2013, comme l'a mentionné l'OAI dans sa note du 17 février 2014. f. Enfin, selon la jurisprudence, avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit examiner si la capacité de travail que la personne assurée a recouvrée sur le plan médico-théorique se traduit pratiquement par une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou si, le cas échéant, il est nécessaire de mettre préalablement en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.), voire des mesures de réadaptation au sens de la loi (arrêt du Tribunal fédéral 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 et les références, in SVR 2011 IV n° 30 p. 86). La jurisprudence considère qu'il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente

pendant quinze ans au moins. En l'occurrence, la recourante avait 57 ans en 2011 et devait de surcroît changer de profession. En application de la jurisprudence précitée par analogie, l'intimé aurait donc dû mettre préalablement en œuvre une mesure d'observation professionnelle avant de réduire la rente, afin de vérifier que sa capacité de travail médico-théorique était exploitable sur le marché du travail. Or, il s'est finalement avéré que tel n'était pas le cas. g. Au vu de ces considérations, il sied de constater que l'intimé a à tort diminué la rente à partir de juin 2012, l'incapacité de travail étant restée totale. 8. Partant, le recours sera admis, la décision annulée et la recourante mise au bénéfice d'une rente d'invalidité entière à compter de juillet 2010, soit six mois après le dépôt de sa demande en janvier 2010 (art. 29 al. 1 LAI).!endif]>!if> 9. La recourante obtenant entièrement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui est octroyée à titre de dépens.!endif]>!if> 10. Un émolument de CHF 200.- est mis à la charge de l'intimé qui succombe.!endif]>!if> *** 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.