

GE_GERICHTE A/4564/2017 vom 22. Januar 2019

GE Cour de justice, 2019-01-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4564_2017

FR: GE_GERICHTE A/4564/2017 du 22 janvier 2019

IT: GE_GERICHTE A/4564/2017 del 22 gennaio 2019

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à VESSY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marc MATHEY-DORET recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1984, titulaire d'un CFC d'assistante en pharmacie obtenu en 2007 et d'un diplôme fédéral d'instructeur canin depuis 2013, a travaillé dès 2008 auprès du groupe OFAC (coopérative professionnelle des pharmaciens), tout d'abord en tant qu'agent de contact au service clients à 100 %, puis en tant qu'assistante web à 80 % du 1^{er} novembre 2013 au 31 décembre 2014 et à 50 % dès le 1^{er} janvier 2015. Parallèlement, elle a suivi une formation de marketing digital dès le 5 mai 2014. Le 20 mars 2016, elle a déposé auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de prestations tendant à l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente. Elle a indiqué être en incapacité de travail à 100 % depuis le 2 septembre 2015 en raison de sacralgies et d'une coccygologie apparues suite à des microtraumatismes subis lors de perturbations et vibrations pendant un vol en avion biplace. Elle a annexé divers documents, notamment des rapports du docteur B_____, neurochirurgien FMH. Dans un rapport du 12 novembre 2015, ce médecin a diagnostiqué une coccygodynie et une sacralgie post-traumatique avec signe d'instabilité coccygienne. L'assurée décrivait avoir subi des microtraumatismes répétés lors d'un vol en biplace à hélices le 30 juillet 2015, particulièrement lors de l'atterrissage, sans avoir ressenti de douleurs immédiates. Dans les jours suivants, une douleur s'était installée au niveau du sacrum et du coccyx, devenant de plus en plus intense. Actuellement, elle décrivait des douleurs en décubitus dorsal et en position assise, même sur une bouée, après quinze minutes environ. Un traitement ostéopatique n'avait pas entraîné de soulagement. Dans un rapport du 30 novembre 2015, le Dr B_____ a précisé qu'un bilan radiologique du 1^{er} septembre 2015 avait mis en évidence une instabilité coccygienne et qu'une IRM du 12 novembre 2015 avait permis d'éliminer une pathologie inflammatoire ou un œdème osseux post-traumatique. Il a prescrit une physiothérapie du périnée. L'OAI a demandé à l'assureur-accidents de l'assurée de lui transmettre son dossier. Le 6 avril 2016, ce dernier lui a communiqué son dossier en précisant qu'il avait refusé de couvrir l'incapacité de travail annoncée comme un accident car le sinistre ne remplissait pas les conditions légales d'un accident, de sorte qu'il avait ouvert un dossier en assurance-maladie perte de gain. Selon le rapport bagatelle LAA établi le 11 septembre 2015 par le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne à la consultation des urgences de la Clinique des Grangette (à la suite de son examen du 21 août 2015), lors d'un vol en avion (le 30 juillet 2015), suite à des turbulences, l'assurée s'était cognée le bas du dos (coccyx) sur le siège de l'avion. L'assurée souffrait de sacralgies et de coccyalgies. Dans un rapport

initial LAA du 8 octobre 2015, la doctoresse D_____, généraliste FMH, a diagnostiqué une subluxation et une instabilité du coccyx constatées radiologiquement et a attesté une incapacité de travail du 21 août au 14 septembre 2015. Le traitement serait probablement terminé dans trois à quatre semaines. Puis, dans un rapport du 17 février 2016, elle a diagnostiqué une instabilité sacro-coccygienne post trauma. La limitation objective de l'activité actuelle consistait en une impossibilité à rester assis pendant une période prolongée. L'amélioration était très modeste et le pronostic était réservé. L'incapacité de travail était entière depuis le 30 juillet 2015. Après stabilisation de l'état de santé, ni l'activité actuelle, ni une activité adaptée n'étaient exigibles. Le médecin traitant ne savait pas que proposer de plus à l'assurée, éventuellement une consultation au centre de la douleur ou des infiltrations. Selon le rapport d'entretien à domicile du 30 novembre 2015 établi par l'inspectrice de l'assurance perte de gain, lors d'un vol de quarante-cinq minutes en biplace durant ses vacances (prises jusqu'au 9 août 2015), l'assurée avait été secouée dans l'avion suite à des perturbations assez fortes surtout à l'atterrissage sur une piste en herbe. L'assurée disait avoir été ballotée du fait des perturbations et avoir subi plusieurs secousses dans son siège qui l'avaient fait tressaillir et heurter le postérieur contre le siège tout au long du vol. 4. Dans deux rapports du 21 avril 2016, le Dr B_____ a confirmé son dernier rapport. Un problème musculaire périnéal avait été mis en évidence qui nécessitait depuis peu une physiothérapie endo-anale. Le pronostic était réservé. Une coccygodonie chronique était possible au vu de l'évolution actuelle à bientôt neuf mois d'évolution. L'incapacité de travail était de 100 % depuis août 2015, à savoir 50 % dans l'activité de bureau et 50 % dans celle d'étudiante. La position assise n'était pas tolérée, ce qui impliquait l'obligation de se lever après un maximum de vingt minutes. Les restrictions pouvaient être réduites par un travail en position debout alternée. Pour le moment, on ne pouvait pas s'attendre à une amélioration de la capacité de travail. On pouvait exiger de l'assurée d'exercer des activités dans différentes positions, de soulever et porter des charges de cinq kilos au maximum, ainsi que de monter les escaliers. Ses capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation ainsi que la résistance n'étaient pas limitées. À son sens, les clichés radiologiques montraient une instabilité coccygienne avec une angulation d'environ 20° entre les positions assise et debout. 5. Dans le questionnaire pour employeur du 28 avril 2016, ce dernier a indiqué qu'il avait mis un terme aux rapports de travail avec effet au 31 mai 2016. 6. Le 10 mai 2016, l'assurance-maladie perte de gain a mis en œuvre une expertise auprès du docteur E_____, neurochirurgien FMH. Dans son rapport du 29 juin 2016 consécutif à son examen du 30 mai 2016, l'expert a diagnostiqué une coccygodynie. L'assurée se plaignait de douleurs dans le coccyx quasiment dans toutes les positions sauf en étant couchée sur le ventre. Elle pouvait marcher jusqu'à une heure et rester assise pendant vingt minutes au maximum. En position debout, elle était soulagée en pliant les genoux et en s'accroupissant. Elle pouvait porter sans restrictions majeures. À l'examen clinique, la région du sacrum était très douloureuse à la palpation et surtout à la percussion. L'examen clinique correspondait aux plaintes formulées par l'assurée. Il n'y avait aucun signe d'aggravation ou de simulation de la part de celle-ci. Dans son appréciation, l'expert a exposé que, lors de l'atterrissage d'un avion de sport effectué selon les règles et dans la norme, l'assurée avait ressenti une douleur croissante dans le coccyx, avec un retard d'une semaine à dix jours, qui ne pouvait pas être expliquée par un traumatisme aigu lors de l'atterrissage, ni par des microtraumatismes à répétition. Le traitement instauré jusqu'à présent, à base de physiothérapie, massages et surtout avec des mesures physiques intra-abdominales, n'avait eu pour effet qu'une

péjoration de l'état de santé de l'assurée, respectivement un maintien de la douleur. Il était certainement contreproductif dès lors que le traitement privilégié de la coccygodynie était de ne pas toucher (noli me tangere) et d'écartier tout contact du coccyx avec « l'extérieur », notamment en s'asseyant avec le derrière dans le vide. De cette façon une coccygodynie pouvait guérir spontanément après quelques semaines et une « chronification » était rare. L'incapacité de travail entière depuis le 2 septembre 2015 n'était pas justifiée, car elle était maintenue par des mesures thérapeutiques qui avaient entretenu, voire augmenté les douleurs. Au vu du traitement actuel qui avait perpétué l'état pathologique, une reprise du travail n'était effectivement pas possible à cause de la douleur. Toutefois, une reprise du travail médico-théorique aurait pu être exigible à 100 % dans l'activité habituelle à partir du 2 septembre 2015. S'agissant des limitations fonctionnelles, la position assise de longue durée et la mobilité étaient actuellement encore difficiles et douloureuses, mais à la longue, il n'y avait pas de restrictions. L'expert a précisé qu'il prévoyait une amélioration relativement rapide de l'état de l'assurée, après l'arrêt des traitements contre-indiqués. Une « chronification » des douleurs dans le cas de l'assurée était possible mais ne devrait pas se concrétiser. 7. Dans un avis du 4 août 2016, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a exposé que le Dr E_____ retenait un diagnostic de coccygodynie sur instabilité de la dernière articulation coccygienne, non imputable au vol en avion. Le pronostic de cette atteinte restait bon et la guérison était attendue en quelques semaines. Dans ce contexte, l'expert attestait une capacité de travail entière dans toute activité dès le jour de l'expertise, soit le 30 mai 2016. Étant donné que les médecins traitants n'apportaient aucun élément médical objectif permettant d'expliquer la persistance au long cours des douleurs, ni de justifier une incapacité de travail durable, il y avait lieu de suivre les conclusions de l'expert, à savoir que l'incapacité de travail avait été entière du 2 septembre 2015 au 29 mai 2016 et qu'elle était nulle dès le 30 mai 2016 tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Il n'existait aucune limitation fonctionnelle actuellement. 8. Le 18 octobre 2016, l'assurée a transmis à l'OAI son opposition à la décision du 20 juillet 2016 de l'assurance perte de gain mettant un terme à ses prestations (le 31 juillet 2016) ainsi que deux rapports médicaux. Dans un rapport du 3 août 2016, le Dr B_____ s'est déclaré d'accord avec le diagnostic retenu par le Dr E_____. Il était connu que le déclenchement de la coccygodynie pouvait être provoqué par un traumatisme uniquement modeste comme c'était le cas chez l'assurée. Les clichés radiologiques (du coccyx) de mars 2016 montraient une mobilité supérieure à 20°, à la limite de la norme, mais qui pouvait évoquer une instabilité. Par conséquent, le traitement actif – et non une attitude conservatrice – avait été approprié au vu des recommandations et observations du docteur F_____, rhumatologue à Paris et spécialiste du coccyx, qui avait publié plusieurs articles à ce sujet. Les « feed-backs » du physiothérapeute et du gynécologue confirmaient une amélioration significative sous ce traitement, ce qui le confortait dans son attitude. Dans un rapport du 3 août 2016, la Dresse D_____ a relevé que les traitements incriminés avaient été interrompus pendant deux mois et qu'elle avait constaté dans l'intervalle une péjoration de la symptomatologie en raison de laquelle elle avait prescrit une nouvelle série de séances de physiothérapie. Elle a contesté que la capacité de travail de l'assurée fût totale dès lors que celle-ci, en raison de douleurs rapidement insupportables, ne pouvait pas rester assise plus de dix à quinze minutes, ne pouvait pas marcher longtemps et ne pouvait pas conduire. Au vu de la durée des symptômes, il fallait reconnaître que la symptomatologie s'était chronicisée. Elle a estimé qu'une contre-expertise serait justifiée. 9. Par communication du 31 octobre 2016,

l'OAI a accepté de prendre en charge des mesures d'intervention précoce sous la forme d'un accompagnement individuel consistant en une gestion des douleurs par hypnose et une thérapie anti-douleur.![endif]>![if> 10. Par communication du 29 août 2017, l'OAI a estimé qu'aucune mesure de réadaptation n'était actuellement possible compte tenu des éléments en sa possession. Il poursuivait l'instruction du dossier pour déterminer si l'assurée remplissait les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité.![endif]>![if> 11. Dans son projet de décision du 5 septembre 2017, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité dès lors que selon le SMR, l'incapacité de travail de l'assurée avait été entière du 2 septembre 2015 au 29 mai 2015, puis nulle depuis le 30 mai 2015. Il a précisé qu'une incapacité de travail de moins d'une année n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées car elles ne seraient pas de nature à améliorer la capacité de gain de l'assurée.![endif]>![if> 12. Par décision du 16 octobre 2017, l'OAI a confirmé sa position.![endif]>![if> 13. Dans son courrier du 1^{er} novembre 2017, Maître MATHEY-DORET a notamment informé l'OAI qu'il était chargé de la défense des intérêts de l'assurée, qui faisait élection de domicile en son étude.![endif]>![if> 14. Par acte du 16 novembre 2017, l'assurée a formé recours contre ladite décision. Elle a conclu, préalablement, à l'audition des Drs B_____ et D_____, ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire sur la question de l'exigibilité et, au fond ainsi que sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2016. Elle a fait grief à l'intimé d'avoir violé son droit d'être entendu en tant qu'il ne lui avait pas adressé de projet de décision avant l'envoi de la décision du 16 octobre 2017. Cette violation conduisait à l'admission du recours, sans autre examen, et au renvoi de la cause à l'intimé pour notification d'un projet de décision afin de permettre à la recourante de faire valoir ses observations, à ce stade déjà, et à l'intimé de poursuivre l'instruction du dossier. De plus, ladite décision ne reposait que sur un avis isolé d'un médecin mandaté par un assureur tiers. Cet avis n'était pas crédible dès lors qu'il ne tenait pas compte des autres avis médicaux figurant au dossier et ne motivait pas ses conclusions selon lesquelles les traitements préconisés par les médecins consultés seraient à l'origine de la persistance des douleurs et limitations fonctionnelles.![endif]>![if> 15. Dans sa réponse du 18 décembre 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a contesté avoir violé le droit d'être entendu de la recourante dès lors qu'il lui avait envoyé un projet de décision en date du 5 septembre 2017. Quoi qu'il en fût, une telle violation du droit d'être entendu était réparée puisque la recourante avait pu s'exprimer devant la chambre de céans. S'agissant de la capacité de travail de la recourante, il n'y avait selon le SMR aucune raison de s'écarter de l'expertise du Dr E_____ qui reposait sur des conclusions convaincantes et sur une étude minutieuse du dossier médical. Les médecins traitants de la recourante faisaient une appréciation différente de la capacité de travail mais n'apportaient aucun élément médical objectif permettant d'expliquer la persistance des douleurs et de l'incapacité de travail. Au demeurant, selon la jurisprudence, les plaintes subjectives d'un assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle.![endif]>![if> 16. Dans sa réplique du 20 février 2018, la recourante a confirmé qu'elle n'avait jamais reçu le projet de décision du 5 septembre 2017 et qu'il appartenait à l'intimé d'établir la réception dudit projet, faute de quoi il devait être retenu qu'il n'avait pas été régulièrement notifié. Elle s'en rapportait à justice quant à la question de savoir si cette violation était réparée ou non dans le cadre de la présente procédure. Toutefois, cette irrégularité l'avait privée de faire valoir ses moyens à un stade antérieur de la procédure. S'agissant du fond, elle contestait les conclusions du Dr E_____ et a indiqué qu'une contre-expertise était actuellement en cours auprès d'un

neurochirurgien dans le cadre du litige l'opposant à l'assurance-maladie perte de gain. Elle a demandé d'attendre le résultat de cette expertise et de l'autoriser à la produire dans la procédure.!

17. Questionnée par la chambre de céans sur l'état d'avancement de cette expertise, la recourante a précisé, dans son écriture du 27 février 2018, que le rapport devrait être rendu d'ici fin mars et que l'expert était le docteur G_____, neurochirurgien FMH.!

18. Dans son rapport d'expertise du 2 mars 2018 consécutif à son examen du 8 février 2018, le Dr G_____ a diagnostiqué des coccygodynies et une subluxation du coccyx. Dans l'anamnèse, il a indiqué que depuis mai 2017, la recourante effectuait des activités indépendantes en éducation canine et marketing informatique à un taux d'occupation de 20 %. La recourante se plaignait de douleurs importantes dans la région sacro-coccygienne exacerbées en position assise prolongée, à savoir plus de quinze minutes, ou lors des changements de position. Le travail à l'ordinateur se faisait fréquemment en position couchée. Lors de son examen clinique, l'expert n'a constaté aucune tendance à la surestimation des plaintes. La palpation à la hauteur du coccyx et du sacrum restait extrêmement douloureuse et une pression à cet endroit pouvait parfois déclencher des irradiations douloureuses jusqu'aux pieds avec des paresthésies. Dans son appréciation, l'expert a expliqué que la seule constatation objective vérifiable était la douleur persistante à la pression du coccyx. Dans une proportion minoritaire, les coccygodynies pouvaient se « chronifier » et étaient connues pour leurs difficultés thérapeutiques. Compte tenu de la localisation et de la chronicité des plaintes, toutes les limitations que la recourante décrivait dans son quotidien étaient compatibles avec l'atteinte coccygienne. À plus de vingt-quatre mois d'évolution, on s'approchait d'une stabilisation de l'état médical qui impliquait, pour préserver l'état actuel, la poursuite d'un traitement médical, ostéopathique, physiothérapeutique et manuel. Au vu du caractère déjà très chronique, il doutait qu'un tel traitement pût entraîner une amélioration notable. Les limitations fonctionnelles concernaient tout travail exigeant une position assise ou des déplacements en position assise. Il n'y avait pas de vraie limitation pour porter ou soulever. La capacité de travail exigible actuelle était de 50 % dans une activité adaptée qui serait libre en termes de position (travail couché et pupitre réglable en hauteur). La recourante avait des compétences en marketing et travail informatique qui n'exigeaient pas une position particulière pour le travail et pourraient, dès maintenant, être exigibles à 50 %. Ce taux devrait pouvoir évoluer jusqu'à une activité de 80 % dans un délai de vingt-quatre mois.!

19. Dans son écriture du 4 mai 2018, la recourante a déclaré se rallier aux conclusions de l'expertise, à savoir une exigibilité actuelle qui ne saurait dépasser 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Par conséquent, l'intimé avait nié à tort son droit aux prestations. La recourante persistait dans sa demande d'audition des Drs B_____ et D_____, ainsi que de mise sur pied d'une expertise judiciaire si l'intimé ne devait pas se rallier aux conclusions du Dr G_____. Elle a persisté dans ses conclusions précédentes en précisant que la cause devait être renvoyée à l'intimé pour calcul du degré d'invalidité selon la méthode de la comparaison des revenus.!

20. Dans sa duplique du 4 juin 2018, l'intimé s'est référé à l'avis du SMR du 4 juin 2018 qu'il produisait dans la procédure et dont il partageait pleinement les conclusions. L'instruction du dossier permettait de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé et la capacité de travail, de sorte que la mise en œuvre des mesures d'instruction complémentaire requises était inutile. Il a persisté dans ses conclusions précédentes.!

Dans son avis du 4 juin 2018 après prise de connaissance du rapport d'expertise du Dr G_____, le SMR a déclaré se rallier à l'appréciation de la situation médicale faite par l'expert

s'agissant du diagnostic de coccygodynie et de la limitation fonctionnelle retenue, mais non quant à son appréciation de l'incapacité de travail. En effet, la seule limitation fonctionnelle, à savoir la station assise prolongée, pouvait tout à fait être respectée par des moyens auxiliaires simples (coussins, sièges avec évidement, bouées circulaires) ou une activité strictement adaptée sans station debout prolongée, à savoir celle d'assistante. Le SMR a confirmé ses précédentes conclusions. 21. Dans son écriture du 2 juillet 2018, la recourante a exposé que l'avis du SMR du 4 juin 2018 n'avait pas valeur d'expertise étant donné qu'il n'émanait pas d'un neurochirurgien. De plus, il ne pouvait pas être suivi dès lors que ses limitations fonctionnelles ne se limitaient pas au seul évitement de la station assise prolongée et qu'elles ne pouvaient pas être respectées par des moyens auxiliaires ou par une activité strictement adaptée. Les limitations retenues par l'expert n'étaient pas compatibles avec le poste d'assistante évoqué. La recourante a persisté dans ses conclusions précédentes. 22. Le 3 juillet 2018, la chambre de céans a transmis cette écriture à l'intimé. 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), 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Le délai de recours court dès le lendemain de la notification de la décision (art. 62 al. 3 LPA et dans le même sens art. 38 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 89B LPA). 4. Est litigieux le taux d'invalidité de la recourante et plus particulièrement sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. 5. a. Dans un premier grief, la recourante allègue qu'elle n'a jamais reçu le projet de décision et invoque une violation de son droit d'être entendu (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst.; RS 101]). Le droit d'être entendu étant une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation est susceptible d'entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; ATF 126 V 130 consid. 2b et les arrêts cités), il convient d'examiner ce grief à titre préalable. b. Aux termes de l'art. 42 LPGA, les parties ont le droit d'être entendues. Il n'est pas nécessaire de les entendre avant une décision sujette à opposition. L'art. 29 al. 2 Cst. garantit aux parties à une procédure judiciaire ou administrative le droit d'être entendues. La jurisprudence en a déduit, en particulier le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 135 I 279 consid. 2.3 ; ATF 135 II 286 consid. 5.1 ; ATF 132 V 368 consid. 3.1). Le droit d'être

entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée. Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu – pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; ATF 126 V 131 consid. 2b et les références). D'après l'art. 57 a LAI en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2006, au moyen d'un préavis, l'office AI communique à l'assuré toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations ou au sujet de la suppression ou de la réduction d'une prestation déjà allouée. L'assuré a le droit d'être entendu, conformément à l'art. 42 LPGA. Ce droit lui permet de s'exprimer non seulement sur l'affaire, mais aussi sur la décision envisagée (voir ATF 134 V 97 consid. 2.8.2 avec références). Le sens et le but de cette procédure sont d'améliorer l'acceptation de la décision par les personnes assurées (ATF 134 V 97 consid. 2.7). Il ne faut admettre qu'avec beaucoup de prudence que si la procédure de préavis est omise, la violation du droit d'être entendu peut être guérie dans la procédure de recours (ATF 134 V 97 consid. 2.9.2 ; ATF 116 V 182 consid. 3c). La procédure de préavis ne peut être écartée que dans des cas exceptionnels (voir ATF 134 V 97 consid. 2.8.2 et 2.9.1).

c. Le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de sa date incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique (ATF 136 V 295 consid. 5.9). En ce qui concerne plus particulièrement la notification d'une décision ou d'une communication de l'administration, elle doit au moins être établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurance sociale (ATF 124 V 400 consid. 2b). L'autorité supporte donc les conséquences de l'absence de preuve (ou de vraisemblance prépondérante) en ce sens que si la notification ou sa date sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF 129 I 8 consid. 2.2 ; ATF 124 V 400 consid. 2a). L'envoi sous pli simple ne permet en général pas d'établir que la communication est parvenue au destinataire. La seule présence au dossier de la copie d'une lettre n'autorise pas à conclure avec un degré de vraisemblance prépondérante que cette lettre a été effectivement envoyée par son expéditeur et qu'elle a été reçue par le destinataire (ATF 101 Ia 7 consid. 1). La preuve de la notification d'un acte peut néanmoins résulter d'autres indices ou de l'ensemble des circonstances, en particulier de la correspondance échangée ou de l'absence de protestation de la part d'une personne qui reçoit des rappels (cf. ATF 105 III 43 consid. 3 ; DTA 2000 n. 25 p. 121 consid. 1b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_433/2015 du 1^{er} février 2016 consid. 4.1).

d. En l'occurrence, l'intimé n'établit pas que la recourante a reçu son préavis du 5 septembre 2017 dès lors qu'il ne produit aucune preuve de la réception de celui-ci par la recourante et qu'il n'existe aucun indice d'une telle réception dans la correspondance échangée ou l'attitude de la recourante. Or, le fardeau de la preuve de la notification du préavis incombe à l'autorité administrative. Par conséquent, il faut admettre que l'intimé a violé le droit d'être entendu de la recourante en ne lui permettant pas de s'exprimer sur des mesures d'instruction complémentaire avant d'émettre une décision. Cependant, au vu des circonstances de la cause, force est de conclure qu'une telle violation n'est pas d'une gravité particulière puisque la recourante a pu produire dans la procédure une expertise privée complémentaire, aux conclusions de laquelle l'intimé ne s'est pas rallié. Par conséquent, même si le droit d'être entendu de la recourante avait été respecté, cela n'aurait rien changé à la position de l'intimé, respectivement à la nécessité pour la recourante d'interjeter un recours pour faire valoir son point de vue quant à sa capacité de

travail et ses limitations fonctionnelles. Au demeurant, dans la mesure où la requérante a pu s'exprimer devant la chambre de céans qui jouit d'un pouvoir de cognition entier, un renvoi de la cause à l'intimé pour notification du préavis ne pourrait qu'entraîner un ralentissement inutile de la procédure et des retards indus qui violent le principe de célérité de la procédure prévu à l'art. 61 let. a LPGA (cf. ATF 133 I 201 consid. 2.2 et ATF 132 V 387 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_607/2011 du 16 mars 2012 consid. 4.1). 6. 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 (al. 2). 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. 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 a al. 1 LAI). b. 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). c. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins, mais 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 conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. 7. 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, à ce motif, 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 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. À 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). 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. c. 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). d. En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). e. Une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve. Le juge est donc tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal, l'assureur-accidents ou un office AI (ATF 125 V 351 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_658/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.3.1). 8. a. Dans un second grief, la recourante conteste la valeur probante de l'expertise du Dr E_____ s'agissant de l'appréciation de sa capacité de travail et de ses limitations fonctionnelles, au motif que les conclusions de ce neurologue ne sont pas motivées et qu'il s'agit de l'avis isolé d'un médecin mandaté par un assureur tiers. [endif]>![if> Contrairement à ce que soutient la recourante, le fait que l'expertise ait été mise en œuvre par l'assurance-maladie perte de gain n'a aucune incidence sur sa valeur probante. En effet, cet élément ne change rien au contenu des conclusions du Dr E_____ et au fait que, dans le cadre de la procédure de l'assurance-invalidité, son rapport est un document médical comme les autres (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_639/2016 du 6 avril 2017 consid. 4.2), dont la valeur probante doit être examinée au regard des critères jurisprudentiels susmentionnés. La recourante produit dans la procédure un rapport d'expertise privée daté du 2 mars 2018 qui est postérieur à la décision litigieuse, de sorte qu'il convient d'examiner s'il peut être pris en compte dans le cadre de la présente procédure. De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2 ; ATF 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b). Même s'il a été rendu

postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_537/2009 du 1^{er} mars 2010 consid. 3.2). En l'occurrence, même si le rapport du Dr G _____ est postérieur à la décision litigieuse, il doit être pris en considération pour apprécier la situation médicale jusqu'à la date de la décision litigieuse puisqu'il a trait à la question de l'incidence du traitement sur la capacité de travail et sur l'évaluation de celle-ci depuis l'examen du Dr E _____. b. Les parties s'accordent sur le diagnostic de coccygodynie (douleurs sacro-coccygiennes) que le Dr E _____ a posé. Ce dernier soutient que le traitement de choix de la coccygodynie est « noli me tangere » et consiste à écarter tout contact du coccyx avec l'extérieur, ce qui permet à la coccygodynie de guérir spontanément après quelques semaines. Il considère que l'état pathologique a été entretenu par les mesures thérapeutiques consistant en physiothérapie ainsi qu'en ostéopathie et qu'une reprise du travail n'était pas possible à cause de la douleur. En revanche, après l'arrêt des traitements contre-indiqués, il prévoit une amélioration relativement rapide de l'état de santé de la recourante en précisant qu'une chronicisation des douleurs est possible mais ne devrait pas se concrétiser. Les conclusions du Dr E _____ font suite à son examen du 30 juin 2016, qui est antérieur à la décision litigieuse du 16 octobre 2017. Or, ses conclusions partent de l'hypothèse que la recourante ne présente pas de chronicisation de ses douleurs, soit une hypothèse qui est contestée par l'expertise privée du Dr G _____. En effet, dans son rapport du 2 mars 2018, ce dernier conclut à une incontestable chronicisation des plaintes et à une capacité de travail exigible actuelle de 50 % dans une activité adaptée libre en termes de position (travail couché et pupitre réglable en hauteur) pouvant évoluer jusqu'à 80 % dans un délai de vingt-quatre mois. Par conséquent, l'hypothèse sur laquelle le Dr E _____ fonde son appréciation d'une pleine capacité de travail est erronée, de sorte que ladite appréciation n'a pas de valeur probante pour cette première raison. Par ailleurs, avant de rendre la décision litigieuse, au vu de l'écoulement de plus de quinze mois entre celle-ci et l'examen du Dr E _____, l'intimé aurait dû vérifier l'absence de chronicisation en procédant à une instruction complémentaire sur le plan médical ce qu'il n'a pas fait. c. Dans son rapport du 2 mars 2018, le Dr G _____ recommande la poursuite des traitements médical, ostéopathique, physiothérapeutique et manuel effectués jusqu'ici et qui ont permis l'amélioration partielle obtenue à ce stade. Il recommande également l'usage d'antidouleurs et de neurostimulation électrique transcutanée (Tens). Par conséquent, en tant qu'il préconise la poursuite des traitements effectués jusqu'ici afin d'éviter une aggravation de l'état de santé, respectivement d'entretenir l'amélioration partielle obtenue jusqu'ici, il reconnaît implicitement que ces traitements ont été utiles et ne sont pas à l'origine de la persistance de l'état douloureux, respectivement de l'incapacité de travail comme le retient le Dr E _____. Au demeurant, dans son article du 29 janvier 2014, le docteur H _____, unité de proctologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), considère que le traitement des coccygodynies repose sur des mesures locales et générales, à savoir hygiène posturale et physiothérapie, anti-inflammatoires et myorelaxants, infiltration et massage (Revue Médicale Suisse 2014, volume 10, p. 235). Il conclut son article en relevant que la coccygodynie peut faire l'objet d'une thérapeutique précise et efficace, parfois chirurgicale (p. 236), ce qui contredit également la thèse du Dr E _____, respectivement ses conclusions quant à la capacité de travail de la recourante. Par ailleurs, dans son rapport du 3 août 2016, le Dr B _____ estime qu'au vu des radiographies de mars 2016 mettant en évidence une instabilité coccygienne, un traitement actif est approprié ainsi que le recommande

également un éminent spécialiste français du coccyx dans ses publications. Au demeurant, l'amélioration significative sous traitement, constatée par le physiothérapeute et le gynécologue, le conforte dans son attitude. Enfin, dans son rapport du 3 août 2016, la Dresse D _____ relève qu'elle a constaté que l'interruption du traitement pendant deux mois a entraîné une péjoration de la symptomatologie. d. Enfin, étant donné que la recourante a consulté pour la première fois un médecin en raison de ses douleurs au coccyx le 21 août 2015 et que son incapacité de travail a débuté le 2 septembre 2015, de sorte qu'un traitement a été instauré au plus tôt à ce moment-là, on voit difficilement comment une reprise du travail aurait pu être exigible dès le 2 septembre 2015, soit le premier jour de l'incapacité de travail. e. Ces divers avis médicaux jettent des doutes suffisants sur les explications du Dr E _____ quant à la persistance des douleurs chez la recourante et sur son appréciation de la capacité de travail résiduelle de la recourante, de sorte que son rapport n'a pas de valeur probante pour ce second motif. 9. a. Au vu de ce qui précède, il y a lieu d'examiner si d'autres rapports médicaux au dossier ont une valeur probante permettant de trancher la question de la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée tenant compte de ses limitations fonctionnelles. b. Dans son rapport du 2 mars 2018, même s'il fait état d'une symptomatologie extrêmement invalidante dont l'ampleur et la persistance sont exceptionnellement importantes, le Dr G _____ souhaite se distancer de l'arrêt de travail à 100 % retenu par les médecins traitants de façon prolongée chez une jeune patiente et conclut à un taux de capacité de travail de 50 % potentiellement à étendre à 80 % dans les vingt-quatre prochains mois. Même s'il conclut à une capacité de travail exigible de 50 % dans une activité adaptée au moment de l'expertise, il ne précise pas quel est le taux d'incapacité de travail dans une activité adaptée depuis l'apparition de l'atteinte à la santé jusqu'au jour de l'expertise, et ainsi ne répond pas complètement à la question posée. De plus, il n'explique pas clairement si une telle activité adaptée, à savoir libre en termes de positions et exercée grâce à l'éventuelle adaptation du lieu de travail ainsi qu'à des mesures d'assistance, nécessite un travail couché et un pupitre réglable en hauteur, ou seulement une seule des deux mesures d'assistance. On peut d'ailleurs se demander si la condition du travail couché existe dans l'économie ouverte. Dès lors, son appréciation ne permet pas de trancher la question de la capacité de travail de la recourante. c. Quant à l'avis du SMR du 4 août 2016, il considère qu'il y a lieu de suivre les conclusions du Dr E _____ et conclut à une capacité de travail entière depuis le 30 mai 2016 tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Or, le Dr E _____ ne conclut pas à une telle capacité de travail entière dès son examen, mais escompte une amélioration relativement rapide de l'état de santé après l'arrêt des traitements contre-indiqués. Étant donné qu'il considère qu'une reprise du travail médico-théorique aurait pu être exigible à 100 % dès le début septembre 2015, soit un mois après le vol en avion, l'amélioration escomptée après l'arrêt du traitement ne pouvait pas débuter avant le début juillet 2016. Ainsi, ledit avis du SMR n'a pas de valeur probante et l'intimé aurait dû se rendre compte des inexactitudes qu'il comporte et lui demander des précisions à ce sujet au lieu de reprendre telles quelles dans sa décision les conclusions erronées du SMR. d. Par conséquent, la chambre de céans n'est pas en mesure de se baser sur les rapports médicaux au dossier pour trancher la question de la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis l'apparition de l'état douloureux jusqu'à la date de la décision. 10. a. 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 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).>[endif]>[if> b. En l'espèce, au vu de l'absence de valeur probante des rapports du SMR, du Dr E_____ et des médecins traitants, l'intimé aurait dû procéder à une instruction médicale complémentaire du cas, ce qu'il n'a pas fait, de sorte que son instruction de l'état de fait est lacunaire. Par ailleurs, selon le rapport du Dr G_____, le Dr E_____ a établi le 22 août 2016 un rapport complémentaire qui ne se trouve pas dans le dossier de l'intimé, de sorte que celui-ci est incomplet. Faute d'instruction complémentaire sur l'évolution de l'état de santé de la recourante jusqu'à la date de la décision litigieuse, sur la chronicisation de son état de santé, sur le lien entre le traitement entrepris et sa capacité de travail, sur sa capacité de travail dans une activité adaptée et ses limitations fonctionnelles, la cause doit être renvoyée à l'intimé pour qu'il complète l'instruction sur les points précités, soit en demandant au Dr G_____ de compléter son rapport d'expertise, soit en mettant en œuvre une expertise neurologique auprès d'un autre spécialiste ayant de l'expérience en matière de coccygodynies. Par la même occasion, il éclaircira l'évolution du statut professionnel de la recourante depuis le dernier entretien auprès de son service de réadaptation et examinera si ladite évolution ainsi que celle de l'état de santé de la recourante nécessitent l'octroi de mesures professionnelles. 11. Il se justifie, en conséquence, d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision du 16 octobre 2017 et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision.>[endif]>[if> La recourante étant représentée par un avocat et obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Etant donné que depuis le 1 er juillet 2006 la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 300.-. ***** 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.