

# GE\_GERICHTE A/4684/2017 vom 9. Oktober 2018

GE Cour de justice, 2018-10-09, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4684\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4684_2017)

FR: GE\_GERICHTE A/4684/2017 du 9 octobre 2018

IT: GE\_GERICHTE A/4684/2017 del 9 ottobre 2018

## Erwägungen

### E. 1

er septembre 2013, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.![endif]>![if> 5. 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).![endif]>![if> 6. 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.![endif]>![if> 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. 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).![endif]>![if> 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. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). 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 ; 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). 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). 8. Conformément au principe inquisitoire qui régit la

procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral U58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).>[if > 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).>[if > 10. En l'espèce, l'intimé a retenu, dans sa décision litigieuse du 25 octobre 2017, que la recourante disposait d'une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle depuis le mois de septembre 2013. Il s'est fondé sur la détermination du SMR, elle-même basée sur le rapport des EPI du 2 novembre 2016.>[if > La recourante quant à elle conteste disposer d'une quelconque capacité de travail résiduelle en raison de ses nombreuses limitations fonctionnelles, et ce dans tout domaine d'activité. 11. a. La chambre de céans souligne en premier lieu que les conclusions du rapport des EPI reposent sur la mesure d'observation qui s'est déroulée du 12 septembre au 9 octobre 2016. Elles ne sauraient donc rétroagir au début de la période d'incapacité de travail de la recourante.>[if > b. Si les pièces produites dans le cadre de la présente procédure ne permettent pas de se déterminer sur l'évolution de la capacité de travail de la recourante entre le 19 septembre 2013, date à laquelle l'intéressée a signalé une aggravation de son état de santé, et le 12 septembre 2016, elles établissent en revanche clairement que la recourante a présenté plusieurs périodes d'incapacité totale de travail. Ainsi, le Dr RAMADAN a indiqué le 6 novembre 2013 que la capacité de travail de sa patiente était nulle. La recourante a été opérée le 20 novembre 2013 et les suites opératoires ont été marquées par des complications. Le 3 mars 2014, le neurochirurgien a affirmé qu'une reprise du travail n'était en l'état pas possible et la recourante a derechef subi une intervention le 19 mai 2016. c. Pour ce motif déjà, la décision entreprise doit être annulée. 12. a. La chambre de céans relève ensuite que, dans ses avis des 23 novembre et 7 décembre 2016, le Dr JUAN-TORRES s'est limité à reprendre les conclusions des EPI, sans faire la moindre référence aux rapports subséquents des Drs RAMADAN et

LEDERREY. <sup>13</sup> Faute de prendre en considération tous les renseignements médicaux versés au dossier, l'appréciation du Dr JUAN-TORRES est dénuée de toute valeur probante. En outre, il sied de constater que les limitations fonctionnelles énumérées dans le rapport du 23 novembre 2016 ne correspondent pas à celles retenues par les EPI, sans que l'on sache si le Dr JUAN-TORRES a entendu s'en écarter délibérément. De plus, le SMR a mentionné un certain nombre de restrictions dans cet avis, en se référant au rapport Dr RAMADAN du « 19.09.2013 ». Outre le fait que le dossier ne comporte pas un tel document, il appert que le SMR n'a manifestement pas tenu compte de l'aggravation de l'état de santé de la recourante, laquelle a dû être opérée en novembre 2013 et en mai 2016.

b. Il est encore observé que les médecins du SMR ont émis des opinions divergentes quant à la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle. En effet, la Dresse MUNSCH a conclu en octobre 2013 que la fonction de directrice d'EMS était parfaitement adaptée à l'état de santé de la recourante. Par la suite, la Dresse FRTUNIC-DESPOTOVIC a mentionné en octobre 2015 que ladite capacité de travail était nulle, sans autre motivation, et le Dr JUAN-TORRES a complété son rapport final le 7 décembre 2016 en précisant simplement que l'activité exercée par la recourante était adaptée à ses limitations fonctionnelles. Or, comme exposé ci-dessus, les restrictions retenues par le Dr JUAN-TORRES sont critiquables et ne prennent pas en considération l'aggravation de l'état de santé de la recourante. Il en va évidemment de même des avis des Dresses MUNSCH et FRTUNIC-DESPOTOVIC puisque la recourante a été opérée en novembre 2013 et en mai 2016.

13. a. En ce qui concerne le stage d'observation, les évaluateurs des EPI ont considéré que la mesure avait permis de conclure à l'existence d'une capacité de travail résiduelle dans le secteur tertiaire à un taux d'activité de 50%, avec une baisse de rendement de 20%, dans une activité respectant les limitations fonctionnelles. Ils ont ainsi estimé que la recourante était capable de travailler une matinée entière, durant 4 heures, en alternant les positions, avec un rendement escompté de 80%.

b. Le taux de la capacité de travail retenu par les EPI est clairement remis en cause par le Dr RAMADAN, consulté par la recourante à l'issue de la mesure d'observation, lequel a indiqué dans son rapport du 10 octobre 2016 qu'il ne pensait pas que sa patiente soit susceptible de pouvoir assumer un travail à 50%. Il a notamment relevé qu'en raison d'un syndrome vertébral lombaire chronique et d'une instabilité lombaire persistante, la recourante ne pouvait tenir aucune position de façon prolongée. Il a en outre confirmé que sa patiente avait dû reprendre des anti-inflammatoires et des antalgiques pour « tenir le coup » et achever le stage. L'appréciation des EPI est également mise à mal par les conclusions du rapport du 22 octobre 2016 du Dr LEDERREY, duquel il ressort que toute reprise d'activité est très irréaliste et que le pronostic professionnel paraît pauvre, d'autant plus qu'il n'y a pas de moyen de faire disparaître le handicap résiduel actuel.

c. On relèvera à toutes fins utiles que les conclusions des EPI s'agissant de la baisse de rendement n'ont pas été suivies par le SMR, et partant par l'intimé, sans justification valable. En effet, il a été constaté que les activités de type bureaucratique avaient été réalisées avec un rythme soutenu, mais en-deçà des critères du premier marché de l'emploi, avec un rendement de l'ordre de 80%. Dans le même sens, le Dr LEDERREY a estimé que les rendements de la recourante étaient diminués en raison d'un manque de résistance suffisante. Or, dans son avis du 23 novembre 2016, le Dr JUAN-TORRES a conclu que la diminution de rendement n'était que provisoire et pourrait être éliminée dès que la recourante aurait repris un rythme, une confiance en elle et un sens dans son activité professionnelle. Ces conclusions n'ont toutefois pas pu être confirmées à l'issue de la mesure COPAI, la recourante n'ayant pas donné suite à la

proposition de l'intimé d'effectuer un stage destiné à évaluer si une augmentation des rendements pouvait être envisagée. Étant rappelé que le Dr RAMADAN a considéré que sa patiente n'était pas en mesure de travailler, même à temps partiel, on ne saurait en l'état reprocher à la recourante de ne pas avoir réalisé ledit stage. L'intimé ne pouvait donc pas non plus refuser de prendre en considération la baisse de rendement. 14. Force est donc de constater que le dossier de l'intimé ne contient aucun document probant permettant de se déterminer sur le taux de la capacité de travail de la recourante depuis qu'elle a annoncé une aggravation de son état de santé au mois de septembre 2013, ainsi que l'évolution de la capacité de travail, que ce soit dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée. L'intimé s'est contenté de rapports succincts et parfois contradictoires du SMR, dépourvus de toute motivation et rendus sur la base d'un dossier incomplet. Ces documents ne disposent pas d'une valeur probante suffisante. Il n'appartient pas au juge de suppléer aux carences administratives, de sorte que le dossier sera renvoyé à l'intimé afin qu'il ordonne une instruction sous la forme d'une expertise médicale indépendante auprès d'un spécialiste en neurochirurgie. 15. Partant, le recours sera partiellement admis, la décision querellée annulée et le dossier renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision motivée. 16. La recourante, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPG). La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-. 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.