

GE_GERICHTE A/862/2011 vom 30. August 2011

GE Cour de justice, 2011-08-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_862_2011

FR: GE_GERICHTE A/862/2011 du 30 août 2011

IT: GE_GERICHTE A/862/2011 del 30 agosto 2011

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 30.08.2011 A/862/2011

A/862/2011 ATAS/792/2011 du 30.08.2011 (AI) , PARTIELMNT ADMIS En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/862/2011 ATAS/792/2011 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 30 août 2011 1 ère Chambre En la cause Madame F _____, domiciliée à Veyrier, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre-Bernard PETITAT recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Madame F _____ (ci-après l'assurée), née en 1972 et mère de trois enfants nés en 1996, 1999 et 2001, au bénéfice d'une formation de jardinière d'enfants, a travaillé en tant qu'éducatrice de la petite enfance à temps partiel. Dans son rapport du 3 octobre 2008, la Dresse L _____, spécialiste FMH en médecine interne, a posé le diagnostic de connectivite mixte dont les symptômes, soit l'asthénie et les douleurs articulaires, étaient apparus en 2005. Un traitement à base de méthotrexate venait d'être débuté. L'assurée était totalement incapable de travailler depuis le 6 juin 2008. La Dresse L _____ a confirmé ce diagnostic dans son rapport du 15 janvier 2009. Le 17 février 2009, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE D'ASSURANCE-INVALIDITE (OAI) en invoquant une connectivite mixte depuis de nombreuses années. Dans un certificat du 23 janvier 2009, la Dresse L _____ a attesté que l'assurée souffrait d'une connectivite mixte et présentait depuis juin 2008 une poussée de la maladie accompagnée d'une importante asthénie et de douleurs articulaires. Selon un rapport du 24 février 2009 du Dr M _____, spécialiste FMH en rhumatologie, l'assurée souffrait d'une connectivite mixte, dont les symptômes sont notamment une fatigue et des polyarthralgies. L'incapacité de travail est complète depuis juin 2008. X _____ de PINCHAT, employeur de l'assurée, a indiqué dans le questionnaire rempli le 10 mars 2009 que l'assurée avait été engagée le 1 er janvier 2006 en tant qu'éducatrice à 70 %, son taux d'activité étant passé à 20 heures par semaine depuis le 1 er janvier 2007. Son salaire brut s'élevait à 45'612 fr. 30 en 2008, indemnités journalières pour maladie incluses. Selon les certificats de salaire joints au questionnaire, elle percevait un salaire mensuel brut de 3'845 fr. 85 en 2009. Son activité exigeait de fréquents déplacements à pied, et de fréquents ports de charges jusqu'à 10 kg et occasionnellement jusqu'à 25 kg. Elle requérait également de grandes facultés de concentration et d'endurance. L'employeur a précisé que des possibilités de placement au sein de l'entreprise existaient. Selon une attestation du 21 août 2008, l'assurée percevait en plus de son salaire une prime annuelle de 2'189 fr. 65. Selon un rapport d'évaluation établi par l'OAI le 6 avril 2009, l'assurée souffrait d'une intense fatigue. Son métier nécessitait beaucoup d'énergie et elle risquait de contracter des infections plus facilement en raison de ses défenses immunitaires diminuées. Elle ne se sentait pour l'heure pas capable d'entreprendre un stage d'orientation ou même un cours, raison pour laquelle

l'OAI et l'assurée ont convenu qu'une telle mesure ne serait envisagée qu'une fois un traitement médical efficace instauré. Dans son rapport du 30 avril 2009, la Dresse L_____ a précisé que les symptômes d'importante asthénie et douleurs articulaires diffuses depuis 2005 étaient exacerbés depuis juin 2008. Les douleurs articulaires étaient invalidantes, et une augmentation du taux des anticorps anti-nucléaires et anti-RNP avait été constatée. Le traitement médicamenteux par méthotrexate n'avait amené aucune amélioration au symptôme. Un nouveau traitement par rituximab devait être instauré. Aucune activité n'était exigible, en raison de l'importante fatigue restreignant l'assurée dans ses activités de la vie quotidienne et les arthralgies difficilement gérables malgré le traitement antalgique. La reprise d'une activité professionnelle dépendrait de l'efficacité du nouveau traitement. Dans son rapport du 20 mai 2009, le Dr M_____ a confirmé le diagnostic de connectivite mixte en précisant qu'il avait des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée. Celle-ci se plaignait principalement d'une fatigue permanente et de douleurs articulaires, et l'exigibilité d'une activité professionnelle devrait être réévaluée après instauration du traitement par rituximab. Mandaté pour expertise par l'assureur d'indemnités journalières en cas de maladie, le Dr N_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a rendu un rapport le 24 mai 2009. Après avoir étudié le dossier médical de l'assurée, l'expert a établi l'anamnèse et relaté les plaintes de l'assurée comme suit. Cette dernière souffrait depuis environ 10 ans d'épisodes de douleurs et de tuméfactions articulaires, ayant motivé la prise d'anti-inflammatoires non-stéroïdiens et de quelques infiltrations locales de corticostéroïdes. Depuis deux ans, les douleurs articulaires étaient plus intenses, survenant par crises, associées à des tuméfactions de quelques articulations et à une très importante asthénie. L'assurée avait aussi un engourdissement et des fourmillement diffus des deux mains, prédominant la nuit. Elle signalait une tuméfaction presque constante des mains et des doigts. L'évolution était cependant favorable depuis deux semaines. L'assurée souhaitait reprendre le travail mais diminuer son taux d'activité et s'occuper d'enfants un peu plus âgés, à savoir ceux de 3 à 4 ans. A l'examen, le Dr N_____ n'a constaté ni limitation de la mobilité du rachis et des articulations périphériques, ni douleur ou signe inflammatoire. L'examen neurologique était également dans les normes. Les radiographies des mains ne montraient pas d'anomalie significative. Quant aux examens sanguins, ils ne révélaient pas de syndrome inflammatoire ni d'anomalie à l'exception d'un taux très élevé d'anticorps antinucléaires et d'anticorps anti-RNP, ainsi qu'une discrète diminution du CH5O et de C4. Si certains éléments de l'anamnèse (tuméfactions très fréquentes des doigts et parfois d'autres articulations ainsi qu'arthralgies associées à un taux élevé d'anticorps anti-nucléaires et d'anticorps anti-RNP) évoquaient un diagnostic de connectivite mixte, d'autres critères manquaient pour poser ce diagnostic avec certitude, notamment un phénomène de Raynaud. Le Dr N_____ n'avait d'ailleurs pas constaté de synovite, ni d'aspect boudiné des doigts, ni d'œdème cutané lors de son examen. Dans ces circonstances, le diagnostic de connectivite mixte était possible, mais non certain. L'expert a donc posé les diagnostics de polyarthralgies et d'importante asthénie, dans le cadre d'une possible connectivite mixte. Il a exposé qu'il était plus difficile d'évaluer la sévérité d'un rhumatisme inflammatoire en l'absence d'éléments objectifs constatés chez l'assurée le jour de l'expertise. L'expert a encore précisé que l'assurée aurait eu un bilan cardiaque et pneumologique récent, dont il ne connaissait pas les résultats. Un électroneuromyographe (ENMG) serait également souhaitable afin de confirmer ou d'infirmer l'existence d'un syndrome du canal carpien et d'évaluer sa sévérité. Enfin, en l'absence d'observation de synovite des mains, comme c'était le cas lors de

l'expertise, une IRM pourrait être utile afin d'objectiver une atteinte inflammatoire à ce niveau. Compte tenu du tableau clinique et du traitement par Imurek® qui serait prochainement mis en place, la capacité de travail devrait s'améliorer dans les deux à trois mois, et le Dr N_____ a considéré que l'assurée pourrait reprendre son activité dans un premier temps à 50 % puis à 100 % quinze jours plus tard. L'incapacité pourrait cependant se prolonger en cas de signes objectifs d'activité de la connectivite mixte, malgré le traitement, tels que récurrence de synovites, syndrome inflammatoire biologique, franche anomalie significative sur une IRM des mains, sévère syndrome du canal carpien sur un ENMG. En l'absence de ces éléments objectifs, il ne serait pas justifié de poursuivre l'incapacité de travail sur la seule base de douleurs. S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, le Dr N_____ a indiqué que la gêne concernait avant tout les mains, si bien qu'à l'exception de professions administratives sans efforts physiques, l'activité d'éducatrice de la petite enfance était bien adaptée à l'atteinte de l'assurée. Quant au pronostic, la discordance entre les plaintes et les éléments plus objectifs, soit l'absence d'anomalies à l'examen ostéoarticulaire, faisait craindre à l'expert un syndrome douloureux chronique, malgré la probabilité d'un rhumatisme inflammatoire. Le 13 juillet 2009, l'OAI a informé l'assurée que des mesures de réadaptation n'étaient pour l'heure pas possibles en raison de son état de santé. Dans son rapport du 21 juillet 2009, le Professeur O_____, médecin adjoint au Service de rhumatologie des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE (HUG), a posé le diagnostic de connectivite indifférenciée probablement depuis une dizaine d'années, en tout cas depuis deux ans, en précisant qu'il avait des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée. Il a également posé le diagnostic de probable état dépressif modéré réactionnel à sa maladie, depuis deux ans mais sans incidence sur sa capacité de travail. Une tentative de reprise du travail était prévue pour le 18 août 2009. La maladie se manifestait par des douleurs lorsque l'assurée devait s'occuper d'enfants et les porter, et par un état d'épuisement. Elle souffrait d'arthralgies sur synovites en cas d'activité articulaire. L'activité restait exigible à 25 %, éventuellement à 50 % si le traitement devait s'avérer efficace. Le Professeur O_____ n'a posé aucune limitation fonctionnelle. Dans son rapport du 28 juillet 2009, le Professeur O_____ a précisé que l'assurée avait dû cesser son traitement d'Imurek®, qui avait pourtant amené une sensible amélioration de la connectivite avec une disparition totale des douleurs et une nette amélioration de la fatigue, en raison de l'apparition soudaine de nausées et vomissements associée à une perturbation des tests hépatiques. Actuellement, l'assurée se sentait à nouveau extrêmement fatiguée mais les douleurs n'étaient pas réapparues. Elle se sentait de plus déprimée, ce qui se traduisait par des pleurs fréquents, une difficulté à se projeter et une grande difficulté à sortir de chez elle. Un nouveau traitement par un immunosuppresseur paraissait indiqué, afin de permettre à l'assurée de réaliser son souhait de reprendre le travail. Un traitement de son syndrome dépressif devait également être discuté. Dans son rapport du 11 septembre 2009, la Dresse L_____ a indiqué que l'état de l'assurée était stationnaire. Elle présentait toujours les mêmes douleurs articulaires ainsi qu'une très importante asthénie. Compte tenu de l'absence de réponse aux traitements médicamenteux, une amélioration ne semblait pas probable et l'incapacité totale de travail perdurait. L'OAI a réalisé une enquête économique en date du 3 décembre 2009. L'assurée a précisé à l'enquêtrice qu'elle avait augmenté son taux de travail à 70 % en 2006 pour des motifs financiers à la suite de sa séparation. Elle s'était vu attribuer un poste à 50 % en 2007 en raison d'une restructuration de la crèche où elle travaillait. Elle avait arrêté les traitements médicamenteux en raison de leur inefficacité et des complications liées à la

contraction d'infections. Elle a déclaré avoir des difficultés à gérer son ménage et les conflits résultant de sa séparation. Les empêchements dus à l'invalidité ont été pondérés comme suit.

Travaux	Pondération du champ d'activité en %	Empêchement en %	Invalidité en %
Conduite du ménage	5 %	10 %	0.5 %
Alimentation (préparation, cuisson, service, nettoyage de la cuisine, provisions)	20 %	20 %	4 %
Entretien du logement (poussière, aspirateur, entretien des sols, nettoyage des vitres, entretien des lits, nettoyage de la salle de bains et WC)	20 %	40 %	8 %
Emplettes et courses diverses (poste, assurance, services officiels, administration)	10 %	0 %	0 %
Lessive et entretien des vêtements (laver, suspendre, ramasser, repasser, raccommoder)	20 %	35 %	7 %
Soins aux enfants ou autres membres de la famille	20 %	10 %	2 %
Divers (soins au chat, aux oiseaux, peinture)	5 %	0 %	0 %
Total	100 %	21.5 %	

L'assurée a indiqué à l'OAI lors de son téléphone du 8 janvier 2010 qu'elle n'avait consulté un psychiatre qu'une seule fois. Le Dr N_____ a procédé à une nouvelle expertise de l'assurée le 15 janvier 2010 sur demande de l'assureur d'indemnités journalières en cas de maladie. Il a noté que l'assurée continuait à se plaindre de polyarthralgies avec des épisodes de tuméfaction des doigts, de fourmillements et de sensations d'engourdissement nocturne des deux mains, ainsi que d'une importante fatigue la limitant dans ses activités de la vie quotidienne. Les crises de douleurs articulaires assez diffuses, pouvant prendre tout le corps persistaient et semblaient plus importantes au niveau des genoux, des épaules et des membres supérieurs. Étant donné la toxicité de l'Imurek®, l'assurée ne voulait plus de traitement médicamenteux. Elle n'était plus suivie par un rhumatologue et souhaitait s'orienter vers la médecine douce. Elle ne se considérait plus capable de travailler. L'examen clinique ne révélait pas de tuméfaction articulaire ni de lésion cutanée suggestive d'une connectivite mixte, malgré l'absence de traitement. Aucune limitation articulaire, aucun signe inflammatoire articulaire ou lésion cutanée n'était observé. Le Dr N_____ a souligné que tous les critères diagnostiques d'Alarcon et Segovia de la connectivité mixte n'étaient pas réunis, en l'absence de phénomène de Raynaud, de synovite, d'aspect boudiné des doigts et d'acrosclérose. Il semblait qu'il n'y avait pas non plus eu de signes biologiques ou histologiques de myosite. Des anticorps anti-RNP étaient en revanche présents dans le sérum. Ainsi, seul le critère sérologique était observé, à l'exclusion des signes cliniques. Malgré cela, on ne pouvait pas écarter formellement le diagnostic de connectivite mixte, retenu en tout cas partiellement par le Dr M_____ et le Pr O_____. Le Dr N_____ a ainsi confirmé les diagnostics de polyarthralgies et d'importante asthénie, dans le cadre d'une possible connectivite mixte incomplète ou indifférenciée. Compte tenu de ces éléments, notamment de la fatigue que pouvait engendrer le probable rhumatisme inflammatoire dont souffrait l'assurée, une capacité de travail de 50 % semblait possible dans l'activité habituelle. La capacité de travail pourrait être abaissée en cas d'éléments objectifs, mais si de tels signes n'étaient pas constatés par un médecin, la capacité de travail devrait vraisemblablement être augmentée à 75 % après un délai de quelques mois puis à 100 %. Dans un emploi administratif, la capacité de travail était aussi de 50 % en tout cas, voire de 75% en considérant que l'asthénie était liée à une connectivite mixte incomplète ou inclassable. Des mesures de réinsertion professionnelle dans un emploi léger seraient bénéfiques, par exemple dans des tâches administratives ou de secrétariat, s'il persistait une incapacité de travail partielle. Cependant, le pronostic était plutôt pessimiste. Compte tenu de la volonté de l'assurée de ne plus suivre de traitement, l'expert redoutait en effet qu'il n'y ait aucune amélioration de la fatigue ou des arthralgies. Il signalait une certaine discordance entre les plaintes et les éléments objectifs faisant craindre une évolution vers un syndrome douloureux chronique

indépendant d'une connectivité. Il préconisait un autre traitement immuno-modérateur, ainsi que des séances de physiothérapie et d'acupuncture. De plus, si le Dr N _____ n'avait pas examiné l'état psychique de l'assurée, elle lui avait paru irritable et un état dépressif était possible, lequel pouvait exacerber la fatigue et nécessitait cas échéant un traitement anti-dépresseur. Dans son avis du 5 juillet 2010, la Dresse P _____, médecin auprès du SERVICE MÉDICAL RÉGIONAL DE L'AI (SMR) a retenu que le Dr N _____ et le Pr O _____ estimaient que la capacité de travail était de 25 % dans une activité d'éducatrice (soit 50 % de 50 %) et qu'elle pourrait être augmentée à 75 % dans une activité sédentaire. Par courrier du 12 août 2010, l'OAI a confirmé la teneur de la discussion de l'assurée avec une collaboratrice de son service de réadaptation. L'assurée avait admis les capacités de travail retenues par le SMR, tout en indiquant ne pas se sentir subjectivement apte à participer à une mesure d'ordre professionnel. Dans ces circonstances, l'OAI procéderait à une comparaison théorique des revenus afin de calculer le taux d'invalidité. Interpellé par le SMR, le Dr N _____ a précisé par courrier du 14 octobre 2010 qu'il avait dans ses deux expertises conclu à une capacité de travail de 50 % d'un temps complet, soit 4 heures par jour. Dans une activité strictement sédentaire, la capacité de travail pouvait être complète avec une baisse de rendement de 30 % environ. L'OAI a informé l'assurée des corrections dans l'estimation de sa capacité de travail selon une note d'entretien téléphonique du 25 novembre 2010. Celle-ci a refusé un rendez-vous en vue d'organiser des mesures d'ordre professionnel, car elle ne souhaitait pas de telles mesures. Dans son rapport de réadaptation du 9 décembre 2010, l'OAI a appliqué la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité en tenant compte d'une activité professionnelle de 70 %. Le calcul du revenu avec invalidité se référait au revenu tiré de l'Enquête suisse des salaires (ESS) 2008 pour une activité de niveau 3, ligne Total, soit 5'095 fr. mensuels et 61'140 fr. annuels pour 40 heures de travail par semaine. Compte tenu de la durée hebdomadaire de travail de 41.6 heures en 2009 et de l'indexation à 2009, le revenu était fixé à 64'934 fr. pour un temps complet, soit 45'454 fr. pour une activité exercée à 70 %. Quant au revenu sans invalidité, l'OAI s'est fondé sur le rapport de l'employeur et a calculé que sans invalidité, l'assurée percevrait un revenu annuel de 66'046 fr. pour un taux d'activité de 70 %. Selon cette méthode, le taux d'invalidité était de 31.6 %. L'OAI a également procédé à une variante du calcul, en retenant pour le revenu d'invalidité le salaire perçu pour un travail exercé à 50 % dans l'activité habituelle. Le revenu d'invalidité serait dans un tel cas de 47'432 fr., ce qui aboutissait à un degré d'invalidité de 28.57 %. L'OAI a adressé un projet de décision refusant des mesures d'orientation professionnelle à l'assurée le 3 janvier 2011. Se fondant sur un degré d'invalidité de 26.9 %, il a retenu que des mesures professionnelles ne permettraient pas d'amélioration de la capacité de gain car la poursuite de l'activité habituelle à 50 % aboutissait à un degré d'invalidité inférieur à celui obtenu dans l'exercice d'une activité adaptée à 70 %. A la même date, l'OAI a également adressé un projet de décision refusant les prestations à l'assurée. Il a retenu un degré d'invalidité de 26.90 %, tiré de la pondération entre l'invalidité dans la sphère professionnelle, soit 29 %, et l'empêchement dans le ménage selon l'enquête économique, soit 22 % ($[29 \% \times 70 \%] + [22 \% \times 30 \%]$). L'assurée s'est opposée aux projets de décisions précités le 1^{er} février 2011. Elle a affirmé que contrairement à ce que retenait le Dr N _____, elle était bien atteinte d'une connectivité mixte à un stade précoce, comme en avaient attesté le Pr O _____ et les autres médecins consultés. Elle a rappelé que sa maladie entraînait un épuisement et des douleurs articulaires l'ayant empêchée de poursuivre son activité professionnelle à 70 %. Elle a en outre souligné qu'un taux d'invalidité de 20 % était

suffisant pour ouvrir le droit à des mesures d'ordre professionnel. Elle a produit : - un certificat du 21 janvier 2011 de la Dresse L_____ confirmant que l'importante asthénie ainsi que les douleurs articulaires de l'assurée l'empêchaient d'exercer une activité, même à temps partiel. - un rapport du 31 janvier 2011 du Dr M_____ indiquant que le diagnostic de connectivite indifférenciée (ou connectivite mixte incomplète) avait été posé, et que l'assurée présentait toujours un état de fatigue majeur et des polyarthralgies. - un rapport du 1^{er} février 2011 du Pr O_____ se déterminant sur le rapport du Dr N_____, dont il a affirmé qu'il paraissait correct à une nuance près, soit qu'il s'agissait certainement d'une connectivite. Il a conclu à une incapacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle à 50 % de l'assurée, soit à une capacité de travail de 25 % en tant qu'éducatrice de la petite enfance et de 50 % dans une activité adaptée. Il a de plus souligné que dans le cadre de connectivites, des douleurs importantes et une asthénie prononcée pouvaient s'installer en l'absence de tout signe objectif. Il a également nié une discordance entre les plaintes de l'assurée et les éléments objectifs, compte tenu du taux d'anticorps anti-RNP et d'anticorps nucléaires, et a souligné que celle-ci lui paraissait honnête. Dans un avis du 15 février 2011, la Dresse Q_____, médecin au SMR, a relevé que la fatigue et les douleurs ne pouvaient être mesurées, et que le taux d'anticorps antinucléaires élevés n'était pas un élément objectif suffisant pour remettre en cause les conclusions du SMR sur la capacité de travail de l'assurée. Par décisions distinctes du 18 février 2011, l'OAI a confirmé la teneur de ses projets, en relevant que les nouveaux certificats médicaux fournis ne modifiaient pas son appréciation. Le 23 mars 2011, l'assurée (ci-après la recourante) a interjeté deux recours distincts contre les décisions de refus de prestations et d'orientation professionnelle de l'OAI (ci-après l'intimé). Elle demande à être entendue et conclut à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité, subsidiairement à des mesures de reclassement. Elle allègue que tous ses médecins traitants la considèrent incapables d'exercer son travail à 25 %, et confirment le diagnostic de connectivite mixte, que seul le Dr N_____ remet en cause. Partant, l'avis de cet expert ne saurait être suivi. La recourante affirme qu'elle a subi une diminution de 75 % de sa capacité de gain puisqu'elle n'est plus capable d'exercer son activité qu'à 25 %, et qu'un degré d'invalidité de 50 % au moins doit lui être reconnu. S'agissant du refus de mesures d'orientation professionnelle, elle rappelle qu'un taux d'invalidité de 26.9 % est suffisant pour ouvrir le droit à de telles mesures. Dans ses réponses du 19 avril 2011, l'intimé a conclu au rejet des recours et requis la jonction des causes. Il allègue que l'expertise réalisée par le Dr N_____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante, et que la recourante ne fait état d'aucun élément objectivement vérifiable qui pourrait remettre en cause les conclusions du Dr N_____ sur sa capacité de travail. S'agissant du droit à des mesures d'ordre professionnel, il retient que la différence de gain avant et après un reclassement professionnel est négligeable de sorte qu'une telle mesure ne se justifie pas selon le principe de la proportionnalité. La recourante a d'ailleurs refusé l'aide au placement proposée. Par ordonnance du 2 mai 2011, la Cour de céans a ordonné la jonction des causes A/860/2011 (recours contre la décision de refus de mesures d'ordre professionnel) et A/862/2011 (recours contre la décision de refus de rente) sous le numéro de cause A/862/2011. Par réplique du 27 mai 2011, la recourante a persisté dans ses conclusions, en reprenant l'argumentation développée dans ses recours et en soulignant qu'une instruction complémentaire aurait été nécessaire pour déterminer sa capacité de travail dans une activité lucrative adaptée. Dans sa duplique du 20 juin 2011, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26

septembre 2010 (LOJ; RS 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable au cas d'espèce. Interjetés dans les forme et délai prescrits par la loi, les recours sont recevables (art. 56 ss LPGA). L'objet du litige porte sur le droit de la recourante à une rente, singulièrement sur son degré d'invalidité, ainsi qu'à des mesures d'orientation professionnelle. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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). En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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. Contrairement au droit à une rente (art. 28 al. 1 LAI), la loi ne dit pas à partir de quel degré d'invalidité l'assuré peut prétendre des mesures de réadaptation. La jurisprudence a cependant fixé un taux de l'ordre de 20 % pour ouvrir le droit à un reclassement (ATF 130 V 488 , consid. 4.2 ; ATF I 665/99 du 18 octobre 2000, consid. 4b). a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 , consid. 4; ATF 115 V 133 , consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATF I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2). 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 convient 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; ATF 122 V 157 , consid. 1c). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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) S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 , consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2). En l'espèce, si les expertises du Dr N_____ satisfont aux requisits jurisprudentiels développés, il sied de relever que ce médecin a sciemment laissé ses conclusions sur la capacité de travail de l'assurée ouvertes. Dans la première expertise du 24 mai 2009, les pronostics sur la reprise de l'activité professionnelle étaient en effet liés à l'efficacité du traitement médicamenteux qui venait d'être instauré. Or, ce traitement a dû être arrêté en raison de son caractère hépatotoxique. La capacité de travail de l'assurée ne s'est donc pas améliorée dans la mesure espérée. Il y a également lieu de noter que ce rapport préconisait la réalisation de certains examens (IRM et ENMG) nécessaires pour confirmer le diagnostic, et que ces tests n'ont pas été effectués. Les conclusions quant à la capacité de travail qui ressortent de la seconde expertise, réalisée en janvier 2010, ne sont pas plus claires. En effet, le Dr N_____, sans écarter formellement le diagnostic de connectivite, nourrissait certains doutes quant à la réalité de cette pathologie. Il a donc modulé ses conclusions en fonction du caractère avéré ou non de la connectivite, puisqu'il a conclu à une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle tout en admettant une réduction de cette capacité – sans en préciser l'ampleur – si des critères objectifs de la maladie venaient à être observés par d'autres médecins. Or, cette atteinte paraît démontrée

par la présence d'anticorps révélée par les tests sanguins, qui semble constituer un indicateur particulièrement fiable et objectif de son existence. Le défaut de plusieurs autres critères diagnostiques n'est dès lors pas suffisant pour exclure cette atteinte, et partant ses éventuelles répercussions sur la capacité de travail de la recourante, comme le souligne d'ailleurs le Pr O_____ dans son rapport du 1^{er} février 2011. Dans ces conditions, on ne peut suivre les conclusions du Dr N_____ s'agissant de la capacité de travail de l'assurée. Eu égard aux doutes qui subsistent quant à la nature de l'atteinte de la recourante et à ses répercussions sur sa capacité de travail, la Cour de céans n'est pas en mesure de statuer sur son degré d'invalidité. Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a 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 (ATF U 58/01 du 21 novembre 2001, consid. 5a). Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). En l'espèce, cette deuxième solution s'impose puisque l'intimé a statué sur le taux d'invalidité de la recourante en fonction d'expertises dont les conclusions ne permettaient pas d'établir au degré de la vraisemblance prépondérante l'incidence de son atteinte sur sa capacité de travail. Conformément à ce qui précède, le recours contre les décisions de l'intimé du 18 février 2011 est partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé, à charge pour lui de mettre en œuvre une nouvelle expertise afin de déterminer la nature exacte de l'atteinte de la recourante et ses répercussions sur sa capacité de gain. La procédure 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), un émolument de 500 fr. sera mis à la charge de l'intimé. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'000 fr. lui est accordée à titre de dépens (art. 61 let. g LPGa). **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement. Annule les décisions de l'intimé du 18 février 2011 et lui renvoie la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé. Condamne l'intimé au versement d'une indemnité de 1'000 fr. à la recourante à titre de dépens. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI-WANGELER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.