GE_GERICHTE ATAS/182/2014 vom 12. Februar 2014

GE Cour de justice, 2014-02-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_182_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/182/2014 du 12 février 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/182/2014 del 12 febbraio 2014

Erwägungen

E. 1

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 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

A/3412/2013 - 6/16 -

E. 2

Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

E. 3

Le litige porte en substance sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

E. 4

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 vigueur dès le 1er janvier 2008). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1). 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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1). b. Dans un arrêt du 8 février 2006 (ATF 132 V 65), le Tribunal fédéral des assurances a considéré qu’il se justifiait, sous l’angle juridique, et en l’état actuel des connaissances, d’appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu’il s’agit d’apprécier le caractère invalidant d’une fibromyalgie. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques – plaintes douloureuses diffuses – sont pour l’essentiel similaires et qu’il n’existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant en expliquer l’origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l’on ne peut pas déduire l’existence d’une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l’intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu’on peut poser dans un cas concret.

A/3412/2013 - 7/16 - Aussi convient-il également, en présence d’une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu’il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d’apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 131 V 49 et 130 V 352), que l’on peut transposer au contexte de la fibromyalgie. On retiendra, au premier plan, la présence d’une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 et la référence). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s’étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d’intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l’échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l’art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l’attitude coopérative de la personne assurée. En présence d’une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l’existence d’un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d’un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on conclura à l’absence d’une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d’assurance si les limitations liées à l’exercice d’une activité résultent d’une exagération des symptômes ou d’une constellation semblable, par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l’allégation d’intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l’absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l’anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l’expert, ainsi que l’allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 4.2.2). Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d’abord le fait d’un médecin rhumatologue, il convient d’exiger le concours d’un médecin spécialiste en psychiatrie lorsqu’il s’agit de se prononcer sur l’incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d’entraîner, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont, selon l’opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d’instruction adéquate pour établir de manière objective si l’assuré présente un état

douloureux d’une gravité telle – eu égard également aux critères déterminants précités – que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (voir aussi HENNINGSEN, Zur

A/3412/2013 - 8/16 - Begutachtung somatoformer Störungen in Praxis 94/2005, pp. 2007 ss). Demeurent réservés les cas où le médecin rhumatologue est d’emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d’une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.3).

E. 5

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). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu’au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 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).

A/3412/2013 - 9/16 - b. 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). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 6

a. En l'espèce, pour refuser à la recourante tout droit à des prestations, l'OAI s'est essentiellement basé sur le rapport d'expertise du Dr Q_____. Ce rapport est fondé sur une anamnèse personnelle, médicale, sociale et familiale de la recourante, sur son dossier médical et radiologique, sur des examens complets, et notamment sur une échographie complémentaire de l'épaule droite, effectuée en date du 16 juillet 2013, ainsi que sur les plaintes de la recourante. L'expert a clairement exposé les diagnostics, ses constatations et ses conclusions sont motivées. Ses diagnostics étaient les suivants : des douleurs musculo-squelettiques diffuses avec signe en faveur d'une fibromyalgie, des douleurs du membre supérieur droit avec des signes en faveur d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs prédominant sur le supra-épineux, des gonalgies bilatérales prédominant très nettement à droite avec un discret épanchement intra-articulaire et une minime gonarthrose et un probable syndrome du canal carpien, étant précisé que seule l'atteinte à l'épaule droite et les gonalgies droites avaient une répercussion sur la capacité de travail. Il a expliqué les raisons qui lui permettaient de retenir chacun des diagnostics ainsi que les limitations fonctionnelles, lesquelles étaient toutes en lien avec les atteintes de la recourante à l'épaule et au genou droits. Enfin, certes on peut se poser la question de savoir si compte tenu de ses atteintes au genou et à l'épaule, la recourante serait réellement susceptible d'exercer l'activité d'aide-soignante ou de lingère à 50%, toutefois, on comprend qu'au vu de ces atteintes et des différentes propositions thérapeutiques, la capacité de travail est de 80% dans une activité adaptée, telle qu'une activité administrative, de réceptionniste, de surveillante sur un écran vidéo

A/3412/2013 - 10/16 - ou dans un musée par exemple. Eu égard aux rapports médicaux au dossier, l'expert a déterminé que cette limitation de la capacité de travail était intervenue dès le 2ème trimestre de 2011, sans plus de précision. A cet égard, dans la mesure où la recourante a subi une infiltration en date du 14 avril 2011 (2ème trimestre 2011) lors d'un séjour aux HUG, c'est cette date-là qui sera retenue pour fixer le début de l'incapacité de travail de la recourante. Partant, dans la mesure où l'expert aboutit à des résultats convaincants, son rapport doit se voir reconnaitre valeur probante au sens de la jurisprudence. La Cour de céans constate que les conclusions du rapport d'expertise sont confirmées par les rapports du Dr P_____, qui a estimé que la capacité de travail était entière dans un travail en usine en position assise et retenu que la marche prolongée et le port de charges devaient être évités. Quant au Dr L_____, lequel est le médecin traitant de la recourante, il ne se prononce pas précisément sur la capacité de travail de la

recourante ni ne met en exergue d'éléments dont l'expert n'a pas tenu compte, de sorte que ses constatations ne permettent pas de remettre en cause les conclusions de l'expertise. b) En outre, l'expert a posé le diagnostic de douleurs musculo-squelettiques diffuses avec signe en faveur d'une fibromyalgie, indiquant que 13 points sur 18 étaient très douloureux, de sorte que la question du caractère invalidant de cette affection peut se poser. Il convient toutefois de constater que l'expert a déterminé que la fibromyalgie n'avait pas de conséquence sur la capacité de travail, qu'il y avait une importante discordance entre les plaintes de la recourante et les éléments objectifs et qu'il n'a pas retenu l'existence d'une éventuelle atteinte psychiatrique. Qui plus est, la recourante n'a aucun suivi psychiatrique et n'a pas allégué dans son recours souffrir d'une atteinte de cet ordre. Pour le surplus, il sera remarqué que si on peut retenir que les critères (retenus par la jurisprudence) du processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable et des affections corporelles chroniques sont réalisées, les autres critères ne le sont pas – pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'état psychique cristallisé ou d'échec des traitements conformes aux règles de l'art. Dans ces conditions et eu égard au caractère non invalidant de la fibromyalgie retenu par l'expert rhumatologue, nul n'est besoin de mettre en œuvre une expertise psychiatrique. c) Par conséquent, au vu de ce qui précède, la Cour de céans considère, au degré de la vraisemblance prépondérante prévue par la jurisprudence, que la capacité de travail de la recourante est de 80% dans une activité adaptée dès le 14 avril 2011.

E. 7

La recourante conteste qu'une reprise d'activité soit possible, compte tenu de son âge avancé, de ses capacités de compréhension et d'adaptation limitées et de ses limitations fonctionnelles. Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la

 situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (ATF non publié 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009, consid. 3.2). A titre d'exemples, le Tribunal fédéral a considéré qu'il était exigible d'un assuré de 60 ans ayant travaillé pour l'essentiel en tant qu'ouvrier dans l'industrie textile qu'il se réinsère sur le marché du travail malgré son âge et ses limitations fonctionnelles (travaux légers et moyens avec alternance des positions dans des locaux fermés ; ATFA non publié I 376/05 du 5 août 2005, consid. 4.2), de même que pour un soudeur de 60 ans avec des limitations psychiques et physiques, notamment rhumatologiques et cardiaques, qui disposait d'une capacité de travail de 70 % (ATFA non publié I 304/06 du 22 janvier 2007, consid. 4.2). Notre Haute Cour a en revanche nié la possibilité de valoriser la capacité de travail résiduelle d'un assuré de 61 ans, sans formation professionnelle, qui n'avait aucune expérience dans les activités fines médicalement adaptées et ne disposait que d'une capacité de travail à temps partiel, soumise à d'autres limitations fonctionnelles, et qui selon les spécialistes ne présentait pas la capacité d'adaptation nécessaire (ATFA non publié I 392/02

du 23 octobre 2003, consid. 3.3), ainsi que dans le cas d'un assuré de 64 ans capable de travailler à 50 % avec de nombreuses limitations fonctionnelles (ATFA non publié I 401/01 du 4 avril 2002, consid. 4c). Le Tribunal fédéral est parvenu au même constat dans le cas d'un agriculteur de 57 ans qui ne pourrait exercer d'activité adaptée sans reconversion professionnelle et qui ne disposait subjectivement pas des capacités d'adaptation nécessaires à cette fin (ATF non publié 9C_578/2009 du 29 décembre 2009, consid. 4.3.2) et dans celui d'une assurée, âgée de 61 ans et un mois au moment de la décision litigieuse, capable de travailler à 50% dans une activité adaptée, ayant travaillé comme femme de ménage et comme concierge, n'ayant pas de formation professionnelle ou tout autre expérience qu'elle aurait pu mettre en valeur et ayant des limitations fonctionnelles – activité sédentaire, privilégiant la position assise et les déplacements plutôt à plat, sans inclinaison vers l'avant ni port de charges supérieures à 5 kilos (ATF non publié 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.3).

E. 8

En l'occurrence, la recourante est née le 8 janvier 1952 et était ainsi âgée de plus de 61 ans lorsque l'expertise a été rendue (juillet 2013), de sorte qu'elle n'avait plus que 2 ans environ avant d'atteindre l'âge ordinaire de la retraite. L'âge avancé de la recourante au moment déterminant doit donc être pris en considération pour déterminer si celle-ci peut raisonnablement mettre à profit sa capacité résiduelle de

A/3412/2013 - 12/16 - travail sur un marché de l'emploi équilibré. Par ailleurs, elle a essentiellement travaillé en qualité de lingère et d'aide-soignante, en dernier lieu auprès de X_____ et d'un EMS, et il n'apparaît pas qu'elle a acquis, durant sa vie, de formation professionnelle ou une autre expérience qu'elle pourrait faire valoir sur le marché du travail. En outre, il convient de rappeler que les limitations fonctionnelles de la recourante sont les suivantes : les activités avec le bras droit en hauteur de façon prolongée et répétée, le soulèvement et le port de charges lourdes avec le membre supérieur droit, la position debout plus de 3 à 4 heures de suite, le fait de marcher longtemps et dans les escaliers, de s'agenouiller et de se mettre en position accroupie. L'expert et le Dr P_____ ont envisagé que la recourante pût exercer un travail en usine, un travail administratif, de réception ou de surveillance. Toutefois, comme il résulte des documents médicaux que sa compréhension du français est limitée, qu'elle ne le parle pas bien et qu'elle est illettrée – critères qu'il convient également de prendre en considération – les activités administratives ne semblent pas concrètement réalisables pour la recourante. Qui plus est, force est de relever que les limitations fonctionnelles mises en exergue par les médecins impliqueraient une reconversion professionnelle et présupposent des facultés d'adaptation qui semblent insurmontables d'un point de vue subjectif, étant rappelé que le Dr L_____ avait estimé que la capacité d'adaptation était limitée par son illettrisme. Quoi qu'il en soit, eu égard à ces éléments, et notamment à l'âge de la recourante, à son illettrisme, à ses limitations fonctionnelles, il est difficile d'imaginer qu'un employeur prenne du temps pour la former et lui permette de se réinsérer sur le marché du travail, alors même que son contrat de travail serait d'emblée limité à un peu plus de deux ans. Ce qui précède vaut également en ce qui concerne une éventuelle reprise de l'activité habituelle à 50% par la recourante, eu égard notamment à ses limitations fonctionnelles et à son âge avancé. Par conséquent, au vu de la situation personnelle et professionnelle de la recourante, la Cour de céans estime qu'elle n'est plus en mesure de retrouver une activité lucrative adaptée à son handicap sur un marché équilibré de travail. Dès lors, la recourante ne pouvant plus exploiter sa capacité

résiduelle de travail sur le plan économique, il en résulte une invalidité totale sur le plan professionnel, ce qui ouvre le droit à une rente d'invalidité entière.

E. 9

Il sied ainsi de fixer le début de son droit à une rente entière. a) En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), 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. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI).

A/3412/2013 - 13/16 - b) En l'espèce, le début de l'incapacité de travail déterminante remonte au mois d'avril 2011 et la demande de prestations a été déposée le 24 novembre 2011, de sorte que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er mai 2012.

E. 10

Enfin, la recourante sollicite la constatation de la violation du principe de célérité par l'intimé et la condamnation de celui-ci à verser des frais et dépens quelle que soit l'issue du litige. a) L'art. 29 al. 1 Cst. dispose que toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable. Cette disposition consacre le principe de la célérité, et prohibe le retard injustifié à statuer (SVR 2007 IV n. 44, p. 144, I 946/05 consid. 5.1). Les raisons du retard ne sont pas déterminantes – s'il s'agit d'un comportement fautif de l'autorité ou d'autres circonstances ; ce qui est exclusivement déterminant c'est que l'autorité n'agit pas (SVR 2001 IV n. 24 p. 73, I 436/00 consid. 3b ; ATF non publié 8C_634/2012 du 18 février 2013, consid. 3.1). b) La LPGA et la LAI ne fixent pas le délai dans lequel l'assureur doit rendre sa décision. En pareil cas, le caractère raisonnable de la durée de la procédure s'apprécie en fonction des circonstances particulières de la cause, lesquelles commandent généralement une évaluation globale. Entre autres critères sont notamment déterminants le degré de complexité de l'affaire, l'enjeu que revêt le litige pour l'intéressé ainsi que le comportement de ce dernier et celui des autorités compétentes (ATF 135 I 265 consid. 4.4 ; ATF 124 I 139 consid. 2c p. 142, ATF 119 Ib 311 consid. 5b et les références). A cet égard, il appartient au justiciable d'entreprendre ce qui est en son pouvoir pour que l'autorité fasse diligence, que ce soit en l'invitant à accélérer la procédure ou en recourant, le cas échéant, pour retard injustifié (ATF 107 Ib 155 consid. 2b et c p. 158). On ne saurait par ailleurs reprocher à une autorité quelques temps morts; ceux-ci sont inévitables dans une procédure (ATF 124 et 119 cités ci-dessus). Une organisation déficiente ou une surcharge structurelle ne peuvent cependant justifier la lenteur excessive d'une procédure (ATF 122 IV 103 consid. I/4 p. 111; 107 Ib 160 consid. 3c p. 165); il appartient en effet à l'Etat d'organiser ses juridictions de manière à garantir aux citoyens une administration de la justice conforme aux règles (ATF 119 III 1 consid. 3 p. 3; Auer/Malinverni/Hottelier, Droit constitutionnel suisse, volume II, n° 1290). c) La sanction du dépassement du délai raisonnable ou adéquat consiste d'abord dans la constatation de la violation du principe de célérité, qui constitue une forme de réparation pour celui qui en est la victime. Cette constatation peut également jouer un rôle sur la répartition des frais et dépens, dans l'optique d'une réparation morale (ATF 130 I 312 consid. 5.3 p. 333, 129 V 411 consid. 1.3 et les références p. 417).

A/3412/2013 - 14/16 - Dans l'arrêt du Tribunal fédéral I 946/05 du 11 mai 2007, sur lequel la recourante se fonde, la procédure administrative avait duré plus de neuf ans, alors que l'affaire ne présentait pas de complexité particulière au niveau des faits à instruire et que les mesures d'instruction avaient été peu nombreuses. En particulier, il avait été considéré qu'en mettant plus de trois ans et demi pour rendre une première décision, puis plus de quatre ans pour se prononcer définitivement sur le droit aux prestations à la suite de l'expertise du COMAI, l'OAI avait fait preuve d'une passivité coupable, de sorte qu'il avait violé le principe de la célérité de la procédure. Il résulte également de cet arrêt que le recourant avait également relancé l'administration à plusieurs reprises. En outre, bien que le recours ait été rejeté, le recourant s'était vu accorder une indemnité de dépens pour l'instance fédérale à la charge de l'OAI (consid. 5.4. et 6). Le Tribunal cantonal des assurances sociales a également considéré que le principe de célérité de la procédure avait été violé par l'OAI, la décision sur opposition ayant été rendue plus de 11 ans après le dépôt de la demande de prestations, et a, partant, alloué des dépens élevés à un assuré (ATAS/1185/2009 du 29 septembre 2009). En revanche, le Tribunal cantonal des assurances sociales a estimé que l'OAI n'avait pas outrepassé les limites posées en matière d'obligation de traiter un dossier avec célérité, en ayant pris plus quatre ans pour se prononcer sur la demande de prestations, et ce attendu notamment que l'instruction avait nécessité d'attendre la stabilisation de l'état de santé de la recourante suite à une opération, la mise en œuvre de deux expertises successives, l'une rhumatologique, l'autre psychiatrique et que l'appréciation du caractère invalidant des troubles psychiques, surtout lorsque l'on se trouve dans des cas limites à la frontière avec les troubles somatoformes douloureux ou affections fibromyalgiques constitue à n'en pas douter l'une des questions les plus complexes et délicates à trancher (ATAS/1494/2008 du 17 décembre 2008).

E. 11

En l'occurrence, il sera constaté que l'OAI a mis moins de deux ans pour rendre sa décision de refus de prestations suite à la demande de prestations de la recourante déposée en date du 24 novembre 2011. Contrairement aux allégations de la recourante, l'intimé a rapidement débuté l'instruction de son dossier suite à sa demande de prestations. En effet, dès le début de l'année 2012, il a notamment sollicité des médecins ayant suivi la recourante des informations sur son état de santé et de son dernier employeur des données concernant sa dernière activité et son revenu, suite à quoi, il a presque immédiatement mis en œuvre une expertise rhumatologique. Certes l'expert a pris quelques mois – de fin janvier à juillet 2013 – pour examiner la recourante et établir son rapport, toutefois, la demande d'une expertise médicale prend, d'après l'expérience, un certain temps, et il est usuel qu'il se passe quelques mois entre la demande d'expertise et l'examen médical. Puis, l'intimé a procédé à une comparaison des revenus le 13 août 2013 et a immédiatement envoyé son projet de décision le 15 août 2013, puis sa décision en

A/3412/2013 - 15/16 - date du 23 septembre 2013. Dès lors, il apparaît que l'intimé a procédé à l'instruction de manière diligente et n'a pas violé le principe de célérité. Quant à la recourante, il n'apparaît pas qu'elle ait sollicité une seule fois des informations de l'intimé durant la procédure administrative. Le grief de la recourante doit dès lors être rejeté.

E. 12

Le recours sera ainsi admis et la décision annulée, en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er mai 2012.

E. 13

La recourante, représentée par un conseil et obtenant gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la Cour de céans fixe en l'espèce à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA et 89H al. 1 LPA). Un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).

A/3412/2013 - 16/16 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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