

GE_GERICHTE ATAS/566/2014 vom 30. April 2014

GE Cour de justice, 2014-04-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_566_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/566/2014 du 30 avril 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/566/2014 del 30 aprile 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.

E. 2

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

A/498/2014 - 5/9 - En l'espèce, du point de vue matériel, au vu des faits pertinents jusqu'à la décision du 13 février 2014, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des modifications de la LAI (4ème et 5ème révisions ainsi que révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement les 1er janvier 2008 et 1er janvier 2012 dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (Arrêt du Tribunal fédéral non publié I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

E. 3

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (cf. art. 5 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; E 5 10).

E. 4

Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance- invalidité.

E. 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 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).

A/498/2014 - 6/9 -

E. 6

En vertu des articles 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. Il y a interruption notable de l'incapacité de travail lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant trente jours consécutifs au moins (art. 29ter RAI). 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.

E. 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). 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 outre, 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). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

E. 8

En l'espèce, l'intimé, se fondant sur les rapports médicaux du Dr B_____, a nié tout droit aux prestations en faveur de la recourante, considérant qu'elle ne présentait pas d'atteinte à la santé incapacitante au sens de la LAI. La chambre de céans relève que dans son rapport du 7 août 2012, le Dr B_____ a diagnostiqué une anorexie mentale depuis janvier 2008, avec un état anxio-

A/498/2014 - 7/9 - dépressif associé, en précisant qu'il suivait la patiente depuis le 16 juillet 2011. Il a par ailleurs attesté d'une incapacité de travail de 100% depuis début 2010. Par la suite, il a indiqué que la recourante avait bénéficié d'une prise en charge par l'hôpital de jour de Belmont de janvier à décembre 2012, qu'il y avait eu une amélioration physique et psychologique, notamment une reprise de poids (de 26 à 36 kilos), que le pronostic était favorable au cours de l'année 2013 avec une stabilisation possible à terme, mais que le maintien du cadre habituel devait encore se poursuivre durant plusieurs mois, l'incapacité de travail demeurant de 100% pour une durée encore indéterminée (rapport du 29 janvier 2013). Dans son dernier rapport du 11 septembre 2013, le Dr B_____ indique que l'état de santé de la recourante s'est amélioré, qu'il y avait une stabilisation du poids dans la normale, depuis mai 2013, et que le diagnostic d'anorexie mentale n'était plus valide. Ainsi, si l'on se réfère aux rapports du Dr B_____, l'incapacité de travail a été totale depuis début 2010 jusqu'au mois de mai 2013 à tout le moins, soit durant plus de trois ans. L'intimé semble n'avoir pas tenu compte de ce qui précède et n'a quoi qu'il en soit rien expliqué à cet égard. La chambre de céans constate encore que la recourante a mentionné dans sa demande de prestations qu'elle souffrait d'anorexie sévère depuis juillet 2005 et que le Dr B_____ a indiqué qu'elle était suivie par le Dr D_____ depuis 2005. Quand bien même il a eu connaissance de ce fait, l'intimé n'a cependant requis aucun renseignement auprès de ce dernier, contrevenant ainsi à son obligation d'instruire la cause d'office. De plus, la recourante a contesté le projet de refus de rente, en expliquant que si son état de santé s'était amélioré du point de vue physique, l'anorexie avait causé d'autres problèmes de santé qui ne lui permettaient pas de reprendre son activité professionnelle, pour lesquels la Dresse F_____ restait à disposition pour tout renseignement complémentaire. La recourante a d'ailleurs produit à l'appui de son recours une attestation de cette dernière certifiant qu'elle était dans l'incapacité totale de reprendre le travail et a précisé que tant la Dresse F_____ que son psychiatre, le Dr D_____, étaient disposés à compléter les informations concernant son état de santé. Force est de constater que l'instruction du dossier est lacunaire, aussi bien du point de vue médical que sur le plan professionnel. On ignore notamment quelle a été la durée de la dernière activité exercée par la recourante, à quel

taux, pour quels motifs elle a cessé cette activité et quelles ont été les incapacités de travail prescrites depuis l'apparition de sa maladie en 2005. En cas d'incapacité de travail durable, se posera également la question de la détermination du statut de la recourante, au regard de sa situation personnelle (séparée, avec trois enfants mineurs à charge). En l'état actuel du dossier, la chambre de céans n'est pas en mesure de se prononcer sur les atteintes à la santé présentées par la recourante et leurs répercussions sur la capacité de travail.

A/498/2014 - 8/9 -

E. 9

Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision de l'intimé annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

E. 10

L'émolument, fixé à CHF 1'000.-, est mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 69al. 1bis LAI).

A/498/2014 - 9/9 - 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.