

GE_GERICHTE ATAS/576/2012 vom 1. Mai 2012

GE Cour de justice, 2012-05-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_576_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/576/2012 du 1 mai 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/576/2012 del 1 maggio 2012

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 9 octobre 2009 (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

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

E. 3

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision) et du 6 octobre 2006 (5ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008, 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). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des modifications de la LAI, 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 (ATFA 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).

A/2786/2011 - 9/14 -

E. 4

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

E. 5

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

E. 6

a) Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). b) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

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

A/2786/2011 - 10/14 - 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). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). 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. cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le 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

A/2786/2011 - 11/14 - médecins traitants 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 non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

E. 8

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. 9

En l'espèce, l'expertise du Dr P _____ peut se voir reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence susmentionnée, étant relevé que la recourante n'expose pas en quoi elle serait contestable si ce n'est que l'expert ne retient pas une incapacité de travail excédant 20%. Il s'avère à cet égard que, lors du dépôt de la demande, le généraliste, le psychiatre et le gastroentérologue attestaient d'une capacité de travail de 50% à 80%. Plus précisément, aucun rapport médical ne retient que le diabète aurait un effet sur la capacité de travail de l'assurée. La maladie de Crohn n'a pas eu de répercussion durable sur la capacité de travail de 1989 à 2002 et ce malgré le difficile parcours de l'assurée et les interventions chirurgicales qui se sont succédées de 1993 à 2002. Cette affection n'a pas connu d'aggravation ultérieure et le Dr L _____ atteste en 2011 que l'ensemble des affections (en citant le diabète, la maladie de Verneuil et une fistule), ainsi que les conséquences sur le métabolisme de l'assurée, mais aussi diverses difficultés personnelles (père malade, licenciement, divorce) ont des effets évidents sur sa capacité de travail, sans indiquer quel serait le taux d'incapacité de travail. Le trouble dépressif connaît une amélioration favorable selon la psychiatre qui précise qu'en raison des nombreuses comorbidités somatiques, l'assurée ne peut plus

A/2786/2011 - 12/14 - assumer de charge professionnelle. La maladie de Verneuil est fluctuante, avec des périodes de poussées impliquant de courtes incapacités de travail, le Dr M _____ confirmant que ces poussées peuvent intervenir trois fois par mois ou pas du tout durant plusieurs mois et peuvent impliquer une incapacité d'une semaine à un mois, lors de cas graves. Il s'avère que seules deux incapacités d'un mois ont eu lieu depuis 2008, l'une en été 2009, l'autre fin 2011. Le médecin relève qu'en dehors de ces poussées, l'assurée est capable de travailler à 100%. Il précise que les deux dernières poussées ont eu lieu le 8 juillet 2011, puis en novembre et décembre 2011 (4 foyers avec une intervention), sans pouvoir garantir que la stabilité observée depuis lors soit le bénéfice du traitement entrepris. Il s'avère finalement que seule la maladie de Verneuil a depuis 2004 des conséquences sur la capacité de travail de l'assurée, dont l'importance sera examinée plus bas. Ainsi, aucun des spécialistes n'affirme que l'affection qu'il traite implique une incapacité de travail de longue durée, mais tous soutiennent que les pathologies dans leur ensemble ont une répercussion - qui n'est pas précisément évaluée - sur la capacité de travail et la qualité de vie de l'assurée. Ainsi, les avis des divers médecins consultés ne sont pas divergents des conclusions de l'expertise du Dr P _____, qui retient une diminution de rendement de 20%, compte tenu des distinctions entre un mandat de soin et d'expertise et ces médecins ne révèlent notamment pas d'aggravation durable depuis 2008. Quant aux avis du Dr O _____, médecin traitant, qui atteste d'une incapacité totale de travail depuis 2009, sans motivation et du médecin conseil de l'assurance- chômage, qui retient une totale et définitive invalidité, sans autre explication que le dépôt d'une demande d'invalidité, ils ne sont pas probants. Au vu des avis médicaux recueillis, le SMR était donc fondé à se prononcer sans ausculter l'assurée. De même, il ne se justifie pas d'ordonner une expertise judiciaire pluridisciplinaire. Surtout, il s'avère que l'assurée a réduit son taux d'activité à 80% en 2006 en raison des effets sur sa capacité de travail de l'ensemble des pathologies, de la fatigue et des conséquences sur sa thymie des difficultés personnelles rencontrées et ce,

afin de retrouver une meilleure qualité de vie. Cette réduction de son taux d'activité a par ailleurs eu lieu lors de la prise d'un nouvel emploi en juillet 2006. C'est dans ce contexte que l'assurée a déposé une demande de rente d'invalidité à 20%. Elle a ensuite continué à travailler pour le même employeur à 80% jusqu'à son licenciement à fin juillet 2010, avec très peu de périodes d'absence en 2008, 6 semaines en deux périodes en 2009 et aucune absence en 2010 pour cause de maladie. Il est ainsi non seulement démontré que l'assurée n'est affectée d'aucune maladie impliquant une incapacité de travail de longue durée de plus de 20%, mais également que sa capacité de gain n'a pas été affectée au-delà des 20% retenus par l'expert, étant rappelé que l'invalidité est une notion économique.

A/2786/2011 - 13/14 - Ainsi, les arguments soulevés par le conseil de l'assurée semblent tomber à faux : l'assurée a été licenciée pour motif économique sans pouvoir exclure que ses absences de 2009 aient guidé le choix de l'employeur, mais en tout cas pas après une longue période d'absence ; le médecin conseil ne peut pas valablement attester d'une totale invalidité pour une demandeuse d'emploi qui a travaillé à 80% sans aucune absence durant les six mois précédents le chômage ; les médecins traitants de l'assurée n'attestent pas d'une aggravation de l'état de santé depuis 2008 ou depuis 2010 et aucun n'affirme que l'assurée serait totalement et définitivement incapable de travailler ; l'assurée serait sans emploi et totalement incapable de travailler depuis juillet 2010, ce qui est contradictoire avec un retour au travail en novembre 2011 après la mise à plat de la fistule et avant même l'ablation des sutures et agrafes. Il est donc retenu que l'avis du SMR est probant. Il se fonde sur les conclusions de l'expertise, qui admet une diminution de rendement de 20%. Il relève qu'il n'y a pas eu d'aggravation durable depuis lors, mais seulement de courtes périodes d'incapacité, tout en émettant l'espoir que le traitement entrepris permette une stabilisation, voire une notable amélioration. L'OAI pouvait se fonder sur cet avis, corroboré par la capacité effective de travail et de gain de l'assurée, pour refuser toute prestation, le taux d'invalidité de 20% n'ouvrant pas de droit à une rente et la capacité de 80% étant acquise dans l'activité exercée, sans nécessité de procéder à une réadaptation professionnelle.

E. 10

Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986; RS E 510.03).

A/2786/2011 - 14/14 - 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.