

GE_GERICHTE ATAS/743/2014 vom 18. Juni 2014

GE Cour de justice, 2014-06-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_743_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/743/2014 du 18 juin 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/743/2014 del 18 giugno 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

Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours interjeté le 13 janvier 2014 contre la décision du 20 novembre 2013, reçue le 29 novembre 2013 selon les allégations de la recourante et non contestées par l'intimé, est recevable compte tenu de la suspension des délais du 18 décembre au 2 janvier inclus (art. 38 al. 4 let. c et 56ss LPGA).

A/89/2014 - 7/13 -

E. 3

Dans le cadre de la présente procédure, l'intimé ne conteste plus le droit de la recourante à l'octroi d'une rente d'invalidité entière. Reste par conséquent seule litigieuse la question de savoir à partir de quelle date la recourante a droit au versement d'une rente d'invalidité.

E. 4

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. 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 (art. 6 LPGA). Ce n'est pas l'apparition comme telle des troubles qui constitue l'événement assuré, mais bien plutôt la survenance d'une incapacité de travail d'une certaine importance (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.841/02 du 25 juin 2003, consid. 2.2). Aux fins du calcul de l'incapacité de travail moyenne, on considère que le délai d'attente d'un an commence à courir au moment où l'on constate une diminution sensible de la capacité de travail. Un taux d'incapacité de 20 % est déjà considéré comme pertinent en ce sens (Arrêt du Tribunal

fédéral 9C_1018/2010 du 12 mai 2011, consid. 3.2). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.654/00 du 9 avril 2001, consid. 1). Depuis l'entrée en vigueur de l'art. 29 al. 1 LAI au 1er janvier 2008, un assuré qui présente sa demande de rente postérieurement à cette date ne peut donc pas réclamer une rente d'invalidité pour la période de douze mois précédant le dépôt de sa demande (voire pour une période antérieure, en vertu de l'art. 48 al. 2 aLAI). La personne assurée n'a donc droit à l'intégralité des prestations que si elle a présenté sa demande dans le délai de six mois à partir de la survenance de l'incapacité de travail. Si elle le fait plus tard, elle perd son droit pour chaque mois de retard (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_441/2012 du 31 août 2012 consid. 3.3).

E. 5

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance

A/89/2014 - 8/13 - d'autant plus grande dans ce contexte. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance. Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 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). 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).

E. 6

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. 7

Enfin, 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

A/89/2014 - 9/13 - 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).

E. 8

En l'occurrence, l'intimé est d'avis qu'il y a lieu de fixer le début de l'incapacité de travail durable en novembre 2012, ce que conteste la recourante qui estime que le début de l'incapacité de travail durable remonte au 8 février 2010. La chambre de céans relèvera qu'il n'est pas contestable, ni contesté par les parties, que la recourante présente depuis plusieurs années plusieurs atteintes à la santé, soit une hépatite C depuis longtemps, des dorsolombalgies depuis 2009, un status après résection d'un adénocarcinome du haut rectum traité en juillet 2010, une maladie de Hashimoto (hypothyroïdie substituée) et un diabète de type II dès mars 2012 (courrier du Dr C_____ du 10 mai 2013). Il n'est pas non plus contestable, ni contesté par l'intimé que l'adénocarcinome du haut rectum a entraîné une incapacité de travail totale du 8 février 2010 au 31 mars 2011, attestée par le Dr C_____. La recourante fait valoir que cette incapacité de travail a perduré au-delà du 31 mars 2011, en raison de toutes les atteintes à la santé dont elle souffre. La chambre de céans constate que non seulement les certificats médicaux établis par le Dr C_____, mais également son rapport daté du 21 décembre 2011 adressé à l'intimé font état de manière claire d'une capacité de travail à 100% à compter du 1er avril 2011. On relèvera également que ce médecin n'a, par la suite, pas apporté d'éléments susceptibles de nuancer l'existence de cette capacité de travail. Selon la recourante, l'attestation d'une capacité de travail à 100% avait uniquement pour but de lui permettre de suivre une mesure du travail dans le cadre de son chômage. La chambre de céans relèvera que ce seul élément n'est, en l'occurrence, pas suffisant. Il convient plutôt de déterminer si la recourante a présenté, à compter du 1er avril 2011, une atteinte à la santé entraînant une incapacité de travail. A cet égard, il résulte des explications détaillées fournies par le Dr C_____ quant à l'évolution de l'état de santé de sa patiente après le traitement de l'adénocarcinome, que parmi toutes les atteintes diagnostiquées, c'est surtout en raison de son affection rhumatismale que la

recourante a souffert (rapport du 27 décembre 2013, p. 2). On relèvera d'ailleurs que ce médecin, interrogé par l'intimé sur les diagnostics qu'il estimait incapacitants, a répondu la lombosciatalgie gauche et la maladie de Hashimoto. En outre, il y a lieu de constater que l'incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et les limitations fonctionnelles que le médecin traitant a retenues sont uniquement dues aux douleurs dorsales (courrier du 16 février 2012).

A/89/2014 - 10/13 - Il convient dès lors de déterminer à partir de quand les dorsolombalgies ont eu une répercussion sur la capacité de travail de la recourante. A la demande de l'intimé, le Dr D_____ a effectué un examen rhumatologique de la recourante le 13 décembre 2012. Par rapport du 28 décembre 2012, ce spécialiste a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des dorso-lombalgies chroniques sur des troubles de la posture et une discarthrose depuis 2009, ainsi qu'une tendinite des moyens fessiers gauche et droit. Ce spécialiste a expliqué qu'il avait pris en charge la recourante notamment en février et décembre 2011 ainsi qu'en février 2012 pour investiguer ses douleurs et qu'une série d'infiltrations avait permis d'améliorer nettement la situation clinique. Le Dr D_____ a indiqué qu'il n'avait alors pas retenu d'incapacité de travail pour les problèmes de rachis. La recourante était revenue le voir en novembre 2012 et il avait constaté que la situation clinique s'était alors péjorée avec une augmentation des douleurs au niveau du rachis et une récurrence de la tendinite du moyen fessier gauche accompagnée de l'apparition d'une tendinite du côté droit. Selon ce médecin, l'incapacité de travail dans le métier de vendeuse en bijouterie avait débuté en novembre 2012 et elle était totale. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était totale et sans diminution de rendement. Les limitations fonctionnelles étaient l'absence de port de charges de plus de 5 kg, de mouvements répétés du rachis et la nécessité d'un changement de position toutes les 45 minutes. La chambre de céans constate que le rapport du Dr D_____ repose sur un examen de la recourante et l'étude de son dossier médical. L'anamnèse est détaillée et les plaintes de la recourante ont été prises en considération. Son appréciation est en outre très bien motivée puisqu'il explique notamment l'évolution de l'état de santé de la recourante sur le plan rhumatologique, ainsi que les raisons pour lesquelles il estime que l'incapacité de travail a débuté en novembre 2012. Ses conclusions sont ainsi dûment motivées. La recourante conteste les conclusions du Dr D_____, faisant valoir que c'est depuis 2009 qu'elle est suivie par le Dr C_____ pour ses lombosciatalgies et qu'il a attesté d'une incapacité de travail totale à compter du 7 octobre 2011. Elle fait valoir également que le Dr D_____ n'avait jamais eu à se poser la question de sa capacité de travail lorsqu'elle était en traitement chez lui. La chambre de céans constate toutefois que le Dr D_____ a dûment expliqué, ce de manière convaincante, que grâce aux infiltrations effectuées, il avait pu à chaque fois améliorer la situation clinique de la recourante, notamment en décembre 2011, et qu'il n'avait pas retenu d'incapacité de travail, celle-ci ne se justifiant qu'à compter de novembre 2012. Cette appréciation claire et circonstanciée, émise par un spécialiste FMH en rhumatologie, doit être préférée à celle du Dr C_____, dont la spécialité ne relève pas de la rhumatologie. Il ne fait par ailleurs pas de doute que si le Dr D_____ avait considéré que l'incapacité de travail durable avait débuté antérieurement au mois de novembre 2012, il l'aurait indiqué dans son rapport du 28 décembre 2012. Au demeurant, force est de constater aussi que le Dr C_____,

A/89/2014 - 11/13 - dans son rapport du 27 décembre 2013, n'a pas contesté le début de l'incapacité de travail tel que fixé par le Dr D_____. Il y a donc lieu de reconnaître une

valeur probante entière au rapport du Dr D_____. Au vu des explications détaillées et convaincantes de ce médecin, dont on rappellera au demeurant qu'il est le rhumatologue traitant, il convient de retenir que si la recourante souffre depuis 2009 de lombosciatalgies, ce n'est qu'à compter de novembre 2012 qu'elles ont eu une répercussion sur sa capacité de travail. Reste encore à examiner si les autres atteintes diagnostiquées ont entraîné une incapacité de travail. S'agissant de la maladie de Hashimoto (hypothyroïdie substituée), le Dr C_____ l'a également retenue comme étant une atteinte à la santé incapacitante (courrier du 16 février 2012). La chambre de céans relèvera toutefois que les limitations fonctionnelles et l'incapacité de travail que ce médecin mentionne dans ses rapports ne concernent pas cette atteinte, mais uniquement les troubles dorsaux dont souffre la recourante (rapport du 21 décembre 2011, courriers des 16 février 2012 et 10 mai 2013). Les pièces versées au dossier ne permettent ainsi pas de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la maladie de Hashimoto ait entraîné une incapacité de travail significative et durable. Enfin, s'agissant des autres diagnostics constatés par le médecin traitant, la chambre de céans constate que de l'avis même de ce dernier, ils ne sont pas incapacitants (courrier du Dr C_____ du 16 février 2012). Compte tenu de ce qui précède, force est de constater que les pièces versées à la procédure ne permettent pas de retenir que l'incapacité de travail débutée le 8 février 2010 a perduré au-delà du 31 mars 2011, comme le fait valoir la recourante. Il est par contre établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'en raison des lombosciatalgies, une deuxième période d'incapacité de travail totale durable a débuté en novembre 2012. Ainsi, la mise en œuvre d'une expertise médicale complémentaire, demandée par la recourante, n'apporterait selon toute vraisemblance aucune constatation nouvelle, mais uniquement une appréciation médicale supplémentaire sur la base d'observations identiques à celles des médecins déjà consultés. Il apparaît dès lors superflu d'administrer d'autres preuves et la demande de la recourante doit être rejetée (sur l'appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 122 II 469 consid. 4a; ATF 122 III 223 consid. 3c; ATF 120 Ib 229 consid. 2; ATF 119 V 344 consid. 3c et la référence). Par ailleurs, il n'y a pas lieu d'examiner si la participation de la recourante à la mesure proposée par l'OCE - du 24 mai au 7 octobre 2011 - a éventuellement interrompu un délai de carence, puisque cette mesure a eu lieu alors qu'aucun délai de carence n'était en cours. En effet, le premier délai de carence a pris fin le 7 février 2011 et le second délai de carence a débuté en novembre 2012.

A/89/2014 - 12/13 - La recourante ayant déposé sa demande de prestations en décembre 2011 et l'incapacité de travail durable ayant débuté en novembre 2012, il s'ensuit que la recourante a droit au versement d'une rente entière d'invalidité à compter du 1er novembre 2013. Par conséquent, c'est à tort que l'intimé, dans sa décision litigieuse, a nié le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

E. 9

Compte tenu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la recourante mise au bénéfice d'une rente d'invalidité entière dès le 1er novembre 2013.

E. 10

Représentée par un mandataire, la recourante, qui obtient largement gain de cause, a droit à une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens [(art. 61 let. g LPGA; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA-GE – E 5 10)].

E. 11

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/89/2014 - 13/13 - 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.