

GE_GERICHTE ATAS/756/2023 vom 6. Oktober 2023

GE Cour de justice, 2023-10-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_756_2023

FR: GE_GERICHTE ATAS/756/2023 du 6 octobre 2023

IT: GE_GERICHTE ATAS/756/2023 del 6 ottobre 2023

Erwägungen

E. 1.1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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).

E. 1.2

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable.

E. 2.1

L'objet de la présente procédure – circonscrit par la décision litigieuse – est le droit du recourant à une rente d'invalidité. À titre liminaire, il sied de relever que, dans sa réponse, l'intimé a conclu à l'admission partielle du recours et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er décembre 2021. Cette position est fondée sur le rapport médical de la Dre D_____ du 8 août 2022, et paraît justifiée. Dans la mesure où les deux parties convergent sur ce point, il convient de l'admettre.

E. 3

novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201; RO 2021 706). En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence). En l'occurrence, la décision querellée concerne un premier octroi de rente dont le droit est né avant le 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

E. 3.1

Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du

E. 3.2

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

A/2731/2022 - 8/13 - 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, mentale ou psychique 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).

E. 3.3

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. 28a al. 1 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, 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. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

E. 3.4

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).

A/2731/2022 - 9/13 -

E. 3.5

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 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 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

E. 3.6

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. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 [RAI – RS 831.201] ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne

A/2731/2022 - 10/13 - justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 3.7

Dans un arrêt récent, le Tribunal fédéral a considéré qu'en fixant le début du droit à la rente au 1er décembre 2015, la juridiction cantonale avait procédé à des suppositions reposant sur le caractère évolutif des troubles dégénératifs affectant l'assurée sans tenir compte de l'ensemble des rapports médicaux figurant au dossier. Or, les troubles évoqués avaient été objectivés pour la première fois à l'occasion d'IRM effectuées en mai et juin 2015 (dont les rapports ont du reste motivé la nouvelle demande de prestations) et c'est leur évolution

significative (« changement manifeste de la présentation clinique ») entre cette époque et septembre 2015 qui avait incité le médecin à requérir un avis neurochirurgical. Dans ces circonstances, il était parfaitement légitime pour l'OAI de faire remonter la détérioration de la situation médicale au mois de mai et, par conséquent, de fixer le début du droit à la rente en mai 2016. En adoptant un point de vue contraire à la situation de fait, sans avancer d'éléments objectifs pour confirmer l'existence de douleurs six mois avant les examens IRM, la juridiction cantonale avait fait preuve d'arbitraire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_237/2021 consid. 7).

E. 3.8

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).

E. 3.9

Dans ses écritures, l'intimé a retenu la date du 1er décembre 2021 comme date de début du droit à la rente entière d'invalidité octroyée au recourant, au motif que l'incapacité de travail avait été objectivée pour la première fois le 8 décembre 2020 lors de sa première consultation auprès de la Dre D_____, pneumologue. Le recourant soutient en revanche que le droit à la rente d'invalidité doit débuter le 1er août 2021, soit six mois après le dépôt de sa demande de rente d'invalidité, conformément à l'art. 29 al. 3 LAI. Ce dernier se fonde en particulier sur le rapport médical de la Dre D_____ du 8 août 2022 à teneur duquel la pneumologue indique que le « déclin fonctionnel dans la BPCO étant variable (entre -2 et -149 ml par an de VEMS, alors que le déclin physiologique était de - 20-30 ml / an), on peut estimer que [le recourant] atteint le stade 3 (sévère) de la maladie au minimum cinq ans avant le début de ma prise en charge, soit en

A/2731/2022 - 11/13 - 2015 ». Il se réfère en outre aux conclusions de la pneumologue contenues dans son rapport du 9 mars 2021, selon laquelle sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle « depuis au moins cinq ans » et de 20 à 30% dans une activité adaptée. À titre liminaire, il convient de relever que le scanner thoracique mettant en évidence l'existence d'un emphysème pulmonaire sévère a été réalisé le 9 novembre 2020. L'intimé ne peut dès lors être suivi lorsqu'il soutient, suivant l'avis du SMR, que la date de début de l'incapacité de travail correspond à la date de la première « consultation de pneumologie et des fonctions pulmonaires mettant en évidence de manière objective le syndrome obstructif sévère », soit le

E. 8

décembre 2020. Dans la mesure où le scanner thoracique du 9 novembre 2020 constitue un élément objectif pour confirmer l'existence de troubles invalidants, le droit à une rente entière d'invalidité devrait débuter le 1er novembre 2021, au plus tard. Reste à voir si, comme le soutient le recourant, ses troubles étaient déjà présents en août 2020. En l'occurrence, les médecins ayant examiné le recourant s'accordent à dire que ce dernier est

atteint d'un emphysème pulmonaire sévère (cf. rapport médical du Dr C_____ du 25 février 2021), impliquant un « handicap respiratoire majeur » (cf. rapport médical de la Dre D_____ du 9 mars 2021). Dans ces appréciations, la Dre D_____ a expliqué qu'avant le début de son suivi en 2020, cela faisait déjà plusieurs années que le recourant avait renoncé à la poursuite de toute activité professionnelle en raison de son handicap respiratoire. D'après la pneumologue, le déclin fonctionnel dans la BPCO étant variable, on pouvait estimer que l'assuré avait atteint le stade 3 (sévére) de la maladie au minimum cinq ans avant le début de sa prise en charge, soit en 2015 (cf. rapport médical de la Dre D_____ du 8 août 2022). Ainsi, compte tenu de la sévérité de l'affection, l'incapacité de travail était probablement présente depuis cinq ans au moins (cf. rapport médical de la Dre D_____ du 9 mars 2021). Force est de constater que cette appréciation trouve un appui au dossier, le recourant ayant effectué des tests respiratoires au Portugal en 2017. L'intéressé n'a certes pas été en mesure de produire les résultats de ces examens. Il résulte néanmoins de la première consultation avec sa pneumologue du 14 décembre 2020, qu'à la suite des examens effectués au Portugal en 2017, on lui a prescrit du Brimica, puis du Ventolin « plusieurs fois par jour ». Or, selon l'Agence européenne des médicaments (EMA), le « Brimica Genuair » est un médicament utilisé pour soulager les symptômes de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) chez les adultes (information disponible sur le site suivant :

<https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/brimica-genuair#authorisation-details-section>, consulté le 25 septembre 2023). Le document-résumé destiné au public (disponible sous le lien suivant :

https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/brimica-genuair-epar-summary-public_fr.pdf, consulté le 25 septembre 2023) indique que le bromure

A/2731/2022 - 12/13 - d'acéclidinium est autorisé dans l'Union Européenne sous les noms de spécialités « Bretaris Genuair » et « Eklira Genuair » depuis juillet 2012. Selon le Compendium Suisse des médicaments, le « Eklira Genuair » est indiqué comme « traitement bronchodilatateur continu destiné à soulager les symptômes chez les patients adultes présentant une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) ». Il appert ainsi que la prise de ce médicament est un élément objectif permettant de confirmer l'existence de troubles avant la réalisation du scanner thoracique du 9 novembre 2020. Compte tenu des explications de la pneumologue s'agissant de la dégradation moyenne des valeurs respiratoires, il a y lieu de retenir au degré de la vraisemblance prépondérante qu'en août 2020, le recourant présentait déjà une incapacité de travail totale dans son activité habituelle ainsi qu'une capacité de travail de 20 à 30% dans une activité adaptée. On rappellera que cette situation dure, selon la Dre D_____, depuis au moins 2015. Au vu de ces éléments, la chambre de céans retiendra que l'incapacité de travail du recourant est démontrée, au degré de la vraisemblance prépondérante, dès le 1er août 2020. Dans la mesure où la documentation versée au dossier permet à la chambre de céans de statuer en connaissance de cause sur le bien-fondé de la décision attaquée, il s'avère superflu d'administrer d'autres preuves telles que les auditions et l'expertise médicale requises par le recourant (appréciation anticipée des preuves ; ATF 136 I 229 consid. 5.3). 4. Eu égard à ce qui précède, il convient d'admettre le recours en ce sens que le recourant doit se voir reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1er août 2021. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administratives du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5

10.03]). Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

A/2731/2022 - 13/13 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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