

GE_GERICHTE ATAS/761/2011 vom 23. August 2011

GE Cour de justice, 2011-08-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_761_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/761/2011 du 23 août 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/761/2011 del 23 agosto 2011

Erwägungen

E. 36

Dans sa réponse du 16 mai 2011, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il allègue que l'évaluation par les experts du CHUV a eu lieu en phase active de la maladie et n'est ainsi pas déterminante, d'autant plus que ces experts ont indiqué que la situation pourrait s'améliorer sous traitement optimal. Par ailleurs, il conteste que l'évaluation par le SMR ne tienne compte des seules atteintes gastro-entérologiques, puisque les limitations fonctionnelles retenues excluent le port de charges, la marche prolongée et imposent des changements de position fréquents.

E. 37

Par réplique du 24 mai 2011, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il fait grief à l'intimé d'écarter les conclusions des spécialistes en gastro-entérologie et rappelle que les problèmes de genoux et de hanche n'ont pas été évoqués dans le rapport d'expertise. Il reproche de surcroît à l'intimé de ne pas avoir déterminé quelles activités étaient exigibles.

E. 38

L'intimé, dans son courrier du 22 juin 2011, a persisté dans ses conclusions en renvoyant à l'argumentation développée dans sa réponse du 16 mai 2011.

E. 39

Copie de cette écriture a été adressée au recourant le 24 juin 2011.

E. 40

Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT

A/479/2011 - 12/17 - 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. 2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable. S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, elles sont à prendre en considération pour déterminer les prestations dès cette date dans la mesure de leur pertinence, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment de la réalisation de l'état de fait dont les conséquences juridiques font l'objet de la décision (ATF 129 V 1, consid. 1.2). 3. Le recours ayant été interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, il est recevable (art. 56 ss LPGA). 4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur son degré d'invalidité et le début du droit à une rente. 5.

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 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. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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). En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de

A/479/2011 - 13/17 - travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). 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. 6. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 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; ATF 115 V 133, consid. 2). b) 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 convient 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; ATF 122 V 157, consid. 1c). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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). d) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est

A/479/2011 - 14/17 - 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 médecins 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 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2). 7. En l'espèce, l'expertise réalisée par les Drs W_____ et AA_____ satisfait aux réquisits jurisprudentiels développés ci-dessus. Elle a en effet été établie en parfaite connaissance du dossier médical du recourant, contient une anamnèse, repose sur l'examen clinique de l'assuré dont elle relate les plaintes subjectives, et ses conclusions sont claires et motivées. Les appréciations différentes du Dr AB_____ ne permettent pas de remettre en cause ces conclusions. On notera d'ailleurs que ce médecin admet lui-même que l'expertise doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. On comprend dès lors mal pour quels motifs il s'en écarte. Il considère que les conclusions de l'expertise ne seraient pas valables au motif que celle-ci aurait été réalisée en période de crise et sans traitement tombe à faux. Or, en premier lieu, il sied de souligner que cette appréciation du Dr AB_____ est contestée par la Dresse H_____, dont les explications du 20 octobre 2010 sont parfaitement convaincantes, ainsi que par le Dr K_____ qui a souligné l'adéquation du traitement médicamenteux. De plus, même à supposer que tel ait été le cas, la maladie de Crohn dont est atteint le recourant semble évoluer par phases lors desquelles les symptômes sont plus ou moins exacerbés, ce qui a d'ailleurs conduit le Tribunal cantonal des assurances sociales à renvoyer le dossier à l'intimé pour expertise dans son arrêt du 9 juin 2009. Dans ces conditions, il ne serait pas admissible de calculer le degré d'invalidité en se fondant uniquement sur la capacité de travail qu'a présentée le recourant lors d'une phase d'accalmie de sa maladie. Il y a lieu d'ajouter qu'une éventuelle amélioration de l'état de santé du recourant pourrait être prise en compte dans le cadre d'une éventuelle révision. On peine en outre à comprendre que le Dr AB_____ nie le caractère durable de l'atteinte, alors que le SMR, soit le Dr T_____, a admis une incapacité de travail de 50 % en se fondant essentiellement sur cette pathologie dans ses avis des 30 octobre 2008, 28 janvier et 13 février 2009, et que cette maladie est chronique, comme le rappelle le Dr K_____ dans son rapport du 9 décembre 2010. Par surabondance, on relèvera que les experts et des médecins traitants sont unanimes sur l'incapacité de travail totale du recourant. L'opinion du Dr AB_____ étant

A/479/2011 - 15/17 - isolée et ce médecin ne disposant pas d'une formation spécialisée en gastro-entérologie, contrairement aux autres praticiens et experts, on ne peut s'y rallier. Compte tenu de ce qui précède, la Cour de céans ne s'écartera pas des conclusions de

l'expertise et admettra que le recourant est totalement incapable de travailler depuis janvier 2007. En effet, si les experts du CHUV se sont contentés d'indiquer que le recourant subit une incapacité de travail "dès 2007", il faut comprendre que cette incapacité a débuté en janvier 2007 et perduré par la suite. C'est d'ailleurs à la même conclusion que l'intimé est parvenu. 8. Le recourant conclut à l'octroi d'une rente dès le 1er juillet 2006, soit une année avant le dépôt de sa demande de rente, arguant du fait qu'il souffrait de la maladie de Crohn avant qu'elle ne soit découverte. A cet égard, il convient de rappeler que 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 126 V 353, consid. 5b; ATF 125 V 193, consid. 2). 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 et le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF I 339/03 du 19 novembre 2003, consid. 2; ATF 126 V 319, consid. 5a). S'il est probablement fréquent qu'un temps de latence de quelques semaines ou quelques mois existe entre l'apparition d'une maladie et le moment auquel elle est diagnostiquée, cela ne suffit pas en l'espèce à démontrer au degré de la vraisemblance prépondérante que le recourant était déjà atteint de la maladie de Crohn en juillet 2006. On rappelle en effet que la Dresse H_____ a fait état de cette pathologie pour la première fois dans son rapport du mois de septembre 2007, en indiquant qu'elle existait depuis mars de la même année, et qu'aucun des nombreux médecins consultés auparavant par le recourant ne l'a diagnostiquée. Par ailleurs, ce n'est pas la survenance d'une maladie en tant que telle qui fonde un droit à une rente d'invalidité, mais bien ses répercussions sur la capacité de travail. A cet égard, les experts sont clairs, et considèrent que c'est depuis 2007 que le recourant n'est plus à même d'exercer une activité. En l'espèce, la demande a été déposée le 2 juillet 2007. Jusqu'au 31 décembre 2007, l'invalidité était réputée survenue au moment où le droit à la rente prenait naissance, conformément à l'art. 29 al. 1er aLAI, soit dès que l'assuré présentait une incapacité de gain durable de 40% au moins (variante A) ou dès qu'il avait présenté, en A/479/2011 - 16/17 - moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (variante B), mais au plus tôt le premier jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré. La variante A présupposait une invalidité permanente, soit une atteinte à la santé en bonne partie stabilisée, et essentiellement irréversible (Jean-Louis DUC; L'assurance-invalidité, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR]; ATF 111 V 21, consid. 2a). Il est patent que dans le cas du recourant, la maladie de Crohn ne constituait pas une invalidité permanente et stabilisée lors de son diagnostic en 2007, de sorte que c'est la variante B, prévoyant une période de carence d'une année, qui est applicable à son cas. Partant, c'est bien après un délai d'une année, soit dès le 1er janvier 2008, que naît le droit à la rente du recourant. 9. Eu égard à ce qui précède, le recours doit être partiellement admis en ce sens que le recourant a droit à une rente entière depuis le 1er janvier 2008. Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité de dépens qu'il convient de fixer à 2'000 fr (art. 61 let. g LPGA). Elle sera versée par l'intimé, qui supporte également l'émolument de justice de 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

A/479/2011 - 17/17 - 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.