

# **GE\_GERICHTE ATAS/836/2018 vom 25. September 2018**

GE Cour de justice, 2018-09-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_836\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_836_2018)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/836/2018 du 25 septembre 2018

IT: GE\_GERICHTE ATAS/836/2018 del 25 settembre 2018

## **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 - 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

À 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 343 consid. 3).

### **E. 3**

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]). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et 89C let. c LPA-GE). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

### **E. 4**

Est litigieux le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité avant le 1er septembre 2017.

A/149/2018 - 8/14 - Bien que la recourante semble confondre la décision du 19 décembre 2017 qui concerne la rente d'invalidité avec celle du 6 mars 2018 qui a trait à l'allocation pour impotent, force est de constater qu'elle n'a pas recouru contre cette dernière. Par conséquent, la décision concernant l'allocation pour impotent est entrée en force de chose décidée, de sorte que la chambre de céans ne peut pas réexaminer son bien-fondé, notamment la question du début du droit aux prestations pour impotence.

### **E. 5**

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). Selon 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. b. 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.

## **E. 6**

a. 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). 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

A/149/2018 - 9/14 - 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). c. 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 RAI ; 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). d. 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 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne 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. 7**

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

A/149/2018 - 10/14 - 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**

a. En l'espèce, la recourante soutient que son invalidité existe depuis son enfance et qu'elle a droit à une rente d'invalidité depuis son mariage en 1999. b. Selon le rapport de la Dresse C\_\_\_\_\_ du 27 avril 2017, la sclérose en plaque a été diagnostiquée en novembre 2016, mais évolue au moins depuis 2004 et est incapacitante depuis le début 2015 en raison d'une très nette atteinte de la marche, de troubles de coordination, de difficultés dans les gestes du quotidien impliquant les membres supérieurs et de difficultés de concentration. Dans son avis du 16 mai 2017, le SMR confirme que la recourante présente une capacité de travail nulle dans toute activité depuis le début 2015. La recourante ne conteste pas la valeur probante de ces rapports médicaux qui résument la situation médicale, procèdent à l'appréciation de celle-ci et ont un contenu convergent. Étant donné que la recourante ne produit aucun rapport médical faisant état d'une incapacité de travail durable antérieure au début 2015 et qu'aucun élément ne permet de douter de la valeur probante des rapports de la Dresse C\_\_\_\_\_ et du SMR, force est de constater que même si la sclérose en plaque dont souffre la recourante évolue au moins depuis 2004, elle n'est incapacitante que depuis le début de l'année 2015. Par conséquent, en application de l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt dès l'existence d'une incapacité de travail durable d'au moins 40 %, soit dès le 1er janvier 2015, sous réserve de l'art. 29 al. 1 LAI, qui prévoit un délai d'attente de six mois dès le moment où l'assuré a déposé sa demande de prestations. c. En l'occurrence, la recourante a signé sa demande de prestations en mentionnant la date du

20 février 2017 et l'intimé a apposé un timbre humide lors de sa réception avec la date du 9 mars 2017. Interrogé à ce sujet dans le cadre de la présente procédure, l'intimé a confirmé dans son écriture du 13 février 2018 que, faute d'indices contraires, notamment d'un envoi en courrier recommandé, il avait reçu la demande en date du 9 mars 2017. Toutefois, la date déterminante pour l'application de l'art. 29 al. 1 LAI n'est pas la date de réception de la demande de prestations, mais celle de son expédition par la poste ou de son dépôt au guichet de l'intimé. En effet, conformément à la jurisprudence relative à l'art. 29 al. 3 LPGA, la date déterminante quant aux effets juridiques d'une demande est celle à laquelle la requête a été remise à la poste ou

A/149/2018 - 11/14 - déposée auprès de cet organe (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_573/2017 du 23 janvier 2018 consid. 5). Dès lors, il convient d'établir quand la recourante a envoyé sa demande de prestations. Sa demande est datée du 20 février 2017 et l'intimé a apposé un timbre humide daté du 9 mars 2017 lors de sa réception.

#### **E. 9**

a. Selon l'art. 29 LPGA, celui qui fait valoir son droit à des prestations doit s'annoncer à l'assureur compétent, dans la forme prescrite pour l'assurance sociale concernée (al. 1). Si une demande ne respecte pas les exigences de forme ou si elle est remise à un organe incompétent, la date à laquelle elle a été remise à la poste ou déposée auprès de cet organe est déterminante quant à l'observation des délais et aux effets juridiques de la demande (al. 3). b. En cas de contestation quant à la date de l'annonce, l'assuré supporte les conséquences d'une éventuelle absence de preuve (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 3ème éd., 2015, n. 37 ad art. 29). Le fardeau de la preuve (c'est-à-dire les conséquences d'une éventuelle absence de preuve) quant à la date de l'annonce incombe à la partie qui veut en déduire des droits, soit à l'assuré (KIESER, op. cit., n. 8 ad art. 39). Si la date est contestée et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF 124 V 400 consid. 2a ; ATF 103 V 63 consid. 2a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_791/2010 du

#### **E. 10**

Il reste à examiner si la recourante a droit à des prestations arriérées. a. Dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2012, l'art. 48 LAI prescrit que si un assuré ayant droit à une allocation pour impotent, à des mesures médicales ou à des moyens auxiliaires présente sa demande plus de douze mois après la naissance de ce droit, la prestation, en dérogation à l'art. 24 al. 1 LPGA, n'est allouée que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande (al. 1). Les prestations arriérées sont allouées à l'assuré pour des périodes plus longues aux conditions suivantes : a. il ne pouvait pas connaître les faits ayant établi son droit aux prestations ; b. il a fait valoir son droit dans un délai de douze mois à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de ces faits (al. 2). b. Antérieurement, soit dans sa version du 6 octobre 2000 résultant de l'adoption de la LPGA, en vigueur depuis le 1er janvier 2003 et jusqu'au 31 décembre 2007, l'art. 48 aLAI prévoyait, à son al. 1, que le droit à des prestations arriérées était régi par l'art. 24 al. 1 LPGA (al. 1), mais il précisait, à son al. 2, que si l'assuré présentait sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations, en dérogation à l'art. 24 al. 1 LPGA, n'étaient allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande ; elles étaient allouées pour une période antérieure si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits donnant droit à prestation et qu'il présentait sa demande dans les douze mois dès le moment où il en avait eu connaissance. Selon la

jurisprudence, l'art. 48 al. 2 phr. 2 aLAI s'appliquait lorsque l'assuré ne savait pas et ne pouvait pas savoir qu'il était atteint, en raison d'une atteinte à la santé physique ou mentale, d'une diminution de la capacité de gain dans une mesure propre à lui ouvrir le droit à des prestations. Cette disposition ne concernait en revanche pas les cas où l'assuré connaissait ces faits mais ignorait qu'ils donnent droit à une rente de l'assurance-invalidité (ATF 102 V 112 consid. 1a). Autrement dit, « les faits donnant droit à des prestations (que) l'assuré ne pouvait pas connaître », étaient ceux qui n'étaient objectivement pas reconnaissables, mais non ceux dont l'assuré ne pouvait subjectivement pas saisir la portée (ATF 100 V 114 consid. 2c ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_48/2009 du 28 avril 2009 consid. 5.2). c. Cet art. 48 al. 2 aLAI a été supprimé dès le 1er janvier 2008. Ayant cependant reconnu que la suppression de cette disposition avait engendré des effets non désirables (inégalités de traitement) sur la perception d'arriérés de certaines prestations (allocation pour impotent, mesures médicales et moyens auxiliaire ; cf. Message du 24 février 2010 relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [6ème révision, premier volet], FF 2010 1702 ch. 1.3.5.2), le législateur a réintroduit l'art. 48 LAI, dans sa version actuelle, qui ne s'applique toutefois désormais qu'aux prestations évoquées (cf. FF 2010 1733 ch. 2 ad art. 48 LAI), de sorte que, s'agissant des rentes, il n'y a pas de lacune (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_896/2014 du 29 mai 2015 consid. 3.3).

A/149/2018 - 13/14 - Selon l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_583/2010 du 22 septembre 2011, l'art. 48 al. 2 aLAI reste applicable dans les cas où l'incapacité de travail était survenue avant le 1er janvier 2008. Toutefois, l'application de l'art. 48 al. 2 aLAI au-delà du 1er janvier 2008 suppose non seulement que le délai d'attente d'une année ait commencé à courir avant le 1er janvier 2008, mais également que la demande ait été déposée jusqu'au 31 décembre 2008 (soit dans les douze mois prévus par l'art. 48 al. 2 phr. 1 aLAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_896/2014, op. cit., consid. 3.3). d. En l'espèce, l'incapacité de travail est survenue après le 1er janvier 2008 et la demande de rente a été déposée après le 31 décembre 2008, de sorte que seul est applicable l'art. 48 LAI dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2012. Or, selon le texte clair de cette disposition, l'octroi de prestations arriérées ne concerne que les prestations énumérées à son alinéa 1, à savoir exclusivement l'allocation pour impotent, les mesures médicales et les moyens auxiliaires, et non pas la rente d'invalidité. Par conséquent, seul s'applique à la recourante l'art. 29 al. 1 LAI, qui fixe le début du droit à la rente dès le sixième mois après le dépôt de la demande, soit en l'occurrence, dès le 1er septembre 2017.

## **E. 11**

Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Étant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument, arrêté au minimum de CHF 200.-, eu égard au sort du recours. \*  
\* \* \* \* \*

A/149/2018 - 14/14 - 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.