

GE_GERICHTE A/2786/2011 vom 1. Mai 2012

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2786_2011

FR: GE_GERICHTE A/2786/2011 du 1 mai 2012

IT: GE_GERICHTE A/2786/2011 del 1 maggio 2012

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 01.05.2012
A/2786/2011

A/2786/2011 ATAS/576/2012 du 01.05.2012 (AI) , REJETE Recours TF déposé le 11.06.2012, rendu le 07.01.2013, REJETE, 9C_486/2012 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2786/2011 ATAS/576/2012 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 1 er mai 2012 2ème Chambre En la cause Madame C_____, domiciliée à Carouge GE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître JORDAN Virginie recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT 1. Madame C_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née D_____ en 1965, au bénéfice d'un CFC d'aide en pharmacie obtenu en 1987, a déposé une demande de prestations d'invalidité le 11 février 1992 auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (l'OAI) en raison d'une maladie de Crohn.![endif]>![if> 2. Le Dr L_____ atteste que la maladie existe depuis 1986 et a nécessité des hospitalisations de quelques semaines en 1988, 1989 et deux fois en 1991. L'assurée est sous traitement continu depuis 1989, mais l'affection n'implique pas d'incapacité de travail. ![endif]>![if> 3. L'assurée a retiré sa demande en mars 1992, car elle a retrouvé du travail.![endif]>![if> 4. L'assurée a sollicité le 4 septembre 2006 des prestations d'invalidité, indiquant avoir dû diminuer son taux d'activité à 80% dès le 1 er juillet 2006 pour avoir une meilleure qualité de vie. Elle demande de l'aide pour faire face à d'importants frais médicaux.![endif]>![if> 5. Par projet de décision du 12 septembre 2006 confirmé par décision du 19 décembre 2006, l'OAI a refusé la prise en charge de mesures médicales en l'absence d'infirmité congénitale.![endif]>![if> 6. L'assurée a déposé le 26 septembre 2008 une demande de prestations à l'OAI, en raison d'une maladie de Crohn depuis 1988 stabilisée en 1995, un diabète détecté en juin 2006, une maladie de Verneuil, une insuffisance rénale depuis 2000. Elle précise être en instance de divorce et qu'elle n'a plus la force de travailler à plus de 80% et sollicite donc une rente AI de 20% et/ou une aide financière pour assumer le 10% des frais médicaux.![endif]>![if> 7. L'assurée travaille depuis le 1 er juillet 2006 en qualité d'assistante en pharmacie à raison de 34 heures par semaine, l'horaire habituel de l'entreprise étant de 42 heures, pour un salaire de 3'800 fr. augmenté dès le 1 er janvier 2008 à 3'830 fr. brut/mois, avec une gratification.![endif]>![if> 8. Des mesures professionnelles ne sont pas mises en place par l'OAI, du fait que bien que l'assurée ait diminué son taux d'activité à 80%, elle est très fatiguée.![endif]>![if> 9. Les rapports médicaux recueillis par l'OAI auprès des médecins traitants sont:![endif]>![if> a) un rapport du 6 octobre 2008 du Dr M_____, spécialiste en dermatologie, qui diagnostique une hidrosadénite suppurée ou maladie de Verneuil datant d'avant 2000, traitée par lui-même depuis 2004, l'assurée souffrant depuis plus de 10 ans de lésions inflammatoires localisées

dans les plis inguinaux, sur le pubis et les fesses, qui forment des nodules, puis abcèdent et fistulent à la peau, les poussées sont très douloureuses, puis lors de la cicatrisation, des comédons et une fibrose rétractile se forment. L'assurée a été totalement incapable de travailler du 9 février au 3 mars 2008, mais la situation est calme lors du contrôle de septembre. En cas de poussée, l'assurée éprouve des difficultés à se mouvoir et à s'asseoir, avec un impact psychologique considérable, et elle est capable de travailler entre 50% et 80%. b) un rapport du 7 octobre 2008 de la Dresse N_____, spécialiste en médecine interne et médecin de l'assurée depuis juin 2006, qui diagnostique une maladie de Crohn, de l'asthme, une maladie de Verneuil, des furoncles sur les plis inguinaux et un état dépressif réactionnel. L'incapacité de travail de 20% date du printemps 2008, l'assurée est capable de travailler entre 50% et 80% sans diminution de rendement dans une activité qui ne soit pas physiquement éprouvante, mais la patiente "est épuisée à force de tenir". c) un rapport médical du 2 avril 2009 du Dr M_____, qui indique que l'état est stationnaire depuis juillet 2008, la patiente travaille à 100% en dehors des poussées, durant lesquelles le rendement est de 0%, en raison des douleurs importantes et une grande difficulté à se mouvoir. d) un courrier du 28 avril 2009 de la Dresse N_____ qui explique ne pas avoir vu sa patiente depuis novembre 2008. e) un rapport du 15 mai 2009 du Dr O_____, spécialiste en médecine interne et néphrologie, qui diagnostique une insuffisance rénale chronique sur maladie lithiasique avec surinfection rénale, un diabète sucré non traité par le régime, un status après colostomie pour maladie de Crohn et après opération abdominale (filet sur bas ventre). La filtration est estimée à 45 ml/min et la multiplicité des problèmes implique une fatigabilité accrue, l'assurée est capable de travailler entre 50% et 80%. 10. Selon l'expertise du 16 octobre 2009 du Dr P_____, spécialiste en médecine interne, mandaté par l'OAI, le diabète, l'insuffisance rénale, l'asthme et les diverses pathologies de l'appareil locomoteur ne sont pas à l'origine de limitations fonctionnelles significatives, la maladie de Crohn est apparemment inactive et c'est essentiellement la maladie de Verneuil qui génère le plus une altération de la qualité de vie de l'assurée. Outre une souffrance esthétique, elle présente des douleurs et des difficultés de déambulation et pour tenir la position assise, de sorte que si l'activité d'assistante en pharmacie est exigible à 100%, il existe une diminution de rendement de 20%.>![endif]>![if> 11. L'assurée a été licenciée avec effet au 31 juillet 2010 et elle indique à l'OAI le 10 juin 2010 que, sans nouvelles de cet office, elle ne sait pas à quel taux elle doit chercher du travail. L'assurée s'annonce au chômage en août 2010.>![endif]>![if> 12. Par projet de décision du 11 octobre 2010, l'OAI envisage de refuser toute prestation, le taux d'invalidité étant de 20%.>![endif]>![if> 13. Par pli du 8 novembre 2010, le conseil de l'assurée fait valoir une aggravation de l'état de santé de sa cliente et conclut ainsi à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle produit le certificat du 1^{er} novembre 2010 du Dr M_____, selon lequel une demande AI a été déposée en 2008 en raison de l'aggravation de l'état de santé et que le problème médical se péjore avec des poussées qui occasionnent une grande difficulté à se mouvoir. Il confirme pour le surplus ses précédents rapports. >![endif]>![if> 14. Le rapport du 30 mai 2011 du Dr M_____ indique que l'état est stationnaire, que l'assurée est capable de travailler à 100% dans son activité en dehors des poussées de maladie de Verneuil, lors desquelles elle ne peut pas se tenir assise et a beaucoup de mal à marcher, mais que deux fistules para-anales ont été découvertes. Selon l'avis du Dr Q_____, polyclinique de chirurgie des HUG, un trajet fistuleux para-anal correspondant probablement à une fistule sur un plan de maladie de Crohn a été mis en évidence. Le rapport de gastroscopie du 1^{er} mars 2011 du Dr L_____

mentionne une gastrite modérée, un œsophage et un duodénum normaux.![endif]>![if> 15. Selon l'avis du SMR du 27 juin 2011, qui résume les nouveaux rapports médicaux, on ignore si une mise à plat de la fistule a pu être réalisée et si un traitement anti-TNF a été instauré en postopératoire, mais une fistule n'est pas susceptible de provoquer une incapacité de travail de longue durée hormis la période opératoire et postopératoire. Il n'y a donc pas de fait nouveau susceptible de représenter une incapacité de travail de longue durée.![endif]>![if> 16. Par décision du 8 août 2011, l'OAI refuse une rente et des mesures professionnelles à l'assurée, dès lors qu'aucun élément nouveau n'est susceptible de représenter une incapacité de travail de longue durée.![endif]>![if> 17. Par acte du 14 septembre 2011, l'assurée, représentée par avocat, recourt contre la décision. Elle fait valoir que, début 2010 son état de santé s'est fortement dégradé, concernant la maladie de Verneuil et de Crohn, mais aussi en raison d'une insuffisance rénale et de problèmes dermatologiques, ayant nécessité plusieurs opérations. Après de longues absences dues à la maladie, elle a été licenciée par son employeur courant juin 2010. Le médecin-conseil de l'assurance-chômage a estimé que la recourante était totalement invalide et de manière définitive. Exclue de l'assurance-chômage, elle a dû se tourner vers l'Hospice général. Elle a ainsi sollicité le 8 novembre 2010 de modifier sa demande initiale et de la traiter comme une demande de rente AI entière au vu de l'aggravation de son état de santé. Or, aucun médecin du SMR ne l'a examinée et il est indispensable de procéder à un nouvel examen pluridisciplinaire. Les médecins-traitants de l'assurée s'accordent pour dire que son état de santé s'est à tel point dégradé qu'il ne lui permet plus d'exercer une quelconque activité lucrative, soit les Drs L_____ pour la maladie de Crohn, le Dr M_____ pour la maladie de Verneuil, le Dr O_____ pour l'insuffisance rénale et le Dr R_____ pour les problèmes psychologiques. Elle conclut à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente pleine et entière depuis le 1^{er} janvier 2010.![endif]>![if> L'assurée joint à son recours l'avis médical du médecin de l'OCE qui mentionne qu'une rente AI a été demandée et qui indique "invalidité définitive". 18. Par pli du 12 octobre 2011, l'OAI conclut au rejet du recours, faisant valoir que l'expertise du Dr P_____ est probante et que, sans être pluridisciplinaire, l'expert s'est déterminé sur l'ensemble des pathologies dont souffre la recourante. Le Dr M_____ a d'ailleurs mentionné un état stationnaire, sans aggravation, de sorte que l'état de santé est parfaitement élucidé et que c'est à bon droit que l'OAI a refusé toute rente et mesure professionnelle.![endif]>![if> 19. Un délai a été accordé à l'assurée pour produire les certificats médicaux circonstanciés sur lesquels elle se fonde pour affirmer, dans son acte de recours, que ses quatre médecins-traitants estiment qu'elle est totalement incapable d'exercer une quelconque activité lucrative.![endif]>![if> 20. Par pli du 17 novembre 2011, l'assurée produit les certificats médicaux suivants :![endif]>![if> a) le certificat médical du 9 novembre 2011 du Dr M_____ certifiant prendre en charge l'assuré depuis mars 2004 pour une maladie de Verneuil. En raison de l'aggravation de la maladie, une demande AI a été effectuée le 6 octobre 2008. Actuellement, le problème médical se péjore, évoluant par poussées qui, durant ces phases, occasionnent une grande difficulté à se mouvoir. De ce fait, il demande d'étudier la situation pour un arrêt définitif. Il s'agit de lésions inflammatoires localisées principalement dans les plis inguinaux, le pubis et les fesses. Les lésions forment des nodules qui s'abcèdent et se fistulent à la peau. La maladie évolue par poussées imprévisibles, extrêmement douloureuses. Tous les traitements ont déjà été tentés (antibiothérapie et chirurgie), sans permettre une réelle rémission. Les études montrent que les anti-TNF seront efficaces à l'avenir, mais le prix des injections, en

l'absence de prise en charge par les caisses, rendent l'utilisation du traitement seulement dans le cadre d'un protocole.![endif]>![if> b) L'attestation du 7 octobre 2011 de la Dresse R_____, psychiatre, qui atteste suivre cette patiente depuis novembre 2008, en raison d'une symptomatologie dépressive, dont l'amélioration a été progressivement favorable. L'aggravation des problèmes somatiques a provoqué une péjoration de sa qualité de vie en raison des douleurs, de la fatigue et de la lourdeur des soins quotidiens nécessaires. Malgré ce contexte difficile, la patiente a toujours souhaité poursuivre une activité professionnelle dont elle doit faire le deuil aujourd'hui en raison des nombreuses comorbidités somatiques qui ne lui permettent plus d'assumer une charge professionnelle.![endif]>![if> c) le certificat médical du 3 novembre 2011 du Dr L_____, gastroentérologue, qui suit la patiente depuis 1989 pour une maladie inflammatoire cryptogénétique de l'intestin (MICI). Le médecin relate l'évolution de la maladie, depuis la colectomie jusqu'à l'intervention de pose d'un double filet en juillet 2002. Il indique qu'au même moment, l'affection dermatologique de Verneuil s'est aggravée, l'assurée ayant fait de louables efforts pour perdre du poids mais sans résultat, au vu de l'altération endocrinologique induite par les traitements prolongés sur plus de dix ans avec des corticoïdes. Un diabète de type II a été décelé en 2006, traité par antidiabétiques oraux puis par insuline. En 2010, elle a développé une fistule anale compliquée qui a fait l'objet d'une intervention avec mise à plat en 2011. L'affection entrant dans le contexte de la maladie inflammatoire digestive, il a été décidé de commencer un traitement immunologique avec injection d'anti-TNF Alpha (HUMIRA) dès mai 2011. Durant ces années, l'assurée a dû faire face à des problèmes au travail, licenciée en cours de traitement, elle a dû s'occuper de son père qui souffrait d'une tumeur jusqu'à son décès en 2006, tout cela a eu un impact certain sur son moral. Cet historique médical comportant de très nombreuses interventions chirurgicales se caractérise par des complications et des conséquences métaboliques importantes dont les effets sont évidents sur son état de santé, sa qualité de vie et sa capacité de travail.![endif]>![if> d) L'attestation du 16 novembre 2011 du Dr O_____, spécialiste en maladie des reins, qui atteste que l'assurée souffre depuis de nombreuses années d'affections médicales multiples dont les conséquences entraînent un lourd handicap fonctionnel ainsi qu'un état de faiblesse permanent, l'état s'étant progressivement aggravé durant ces vingt-quatre derniers mois, de sorte qu'elle est inapte à travailler dans toute activité.![endif]>![if> 21. L'OAI persiste dans ses conclusions le 20 décembre 2011 et produit les pièces manquantes au dossier.![endif]>![if> 22. Sur demande de la Cour, le dernier employeur de l'assurée a produit les relevés des absences pour cause de maladie de celle-ci durant les années 2008, 2009 et 2010. En 2008, elle a été absente un peu plus de deux semaines et demi. En 2009, elle a été absente près de six semaines et demi à raison de quelques jours durant le premier trimestre, quatre semaines en juin et deux semaines et demi en décembre. En 2010, de janvier à juillet (fin du contrat de travail), elle n'a pas été absente du tout.![endif]>![if> 23. Répondant aux questions posées par la Cour, le Dr M_____ a précisé, s'agissant de la fréquence des poussées, que celles-ci sont imprévisibles, et peuvent survenir trois fois par mois aussi bien qu'aucune fois durant trois mois. La durée des poussées dépend de l'inflammation et du nombre de lésions. Les poussées sont traitées d'abord par administration d'un antibiotique et d'une injection locale de corticoïde et, dans les cas rebelles, d'une intervention chirurgicale, de sorte que la durée peut varier d'une semaine à un mois. À la question de savoir en quoi la maladie avait connu une aggravation qui avait justifié le dépôt d'une demande AI en octobre 2008, le médecin donne des explications générales sur la maladie de Verneuil, dont l'origine est mal connue, certain cas étant traités

par anti TNF dans le cadre d'un protocole à l'hôpital avec une bonne évolution, sans prise en charge par l'assurance de base, l'assurée bénéficiant actuellement d'injections anti TNF-ALPHA (HUMIRA) qui n'ont pas d'influence particulière sur l'évolution de la maladie. S'agissant de savoir si la maladie a connu une nouvelle aggravation ultérieurement, le médecin expose que le traitement par HUMIRA a été administré dès mai 2011, l'assurée a connu une inflammation le 8 juillet 2011, puis, malgré les injections, de nouvelles lésions se sont développées en novembre 2011 et en décembre 2011 (quatre foyers) nécessitant un traitement, la situation paraissant toutefois s'être calmée jusqu'à ce jour, sans savoir si cela était dû aux effets du traitement.![endif]>![if> 24. Ces derniers documents ont été transmis aux parties avec un délai pour se déterminer sur l'ensemble de la procédure.![endif]>![if> 25. Par conclusions du 19 mars 2012, la recourante fait valoir qu'elle a travaillé toute sa vie, en dernier lieu auprès de X_____ SA et s'est battue pour manquer le moins possible son travail. Même après son opération de la fistule en 2011, notamment, elle est retournée travailler avec fil de sutures et agrafes en place. La recourante détaille les diverses affections de santé invalidantes, soit la maladie de Verneuil, totalement invalidante lors des poussées, ayant connu une aggravation en 2011, sans amélioration malgré les traitements; la maladie de Crohn, ayant notamment des conséquences métaboliques importantes sur sa santé; une insuffisance rénale qui la rend totalement incapable de travailler; un diabète de type II, décelé en 2006; des troubles dépressifs depuis 2008. Tous les avis des spécialistes depuis de nombreuses années indiquent qu'elle est totalement invalide. Elle reproche au SMR de ne pas l'avoir auscultée, de reprendre les propos de tous les médecins, sans les discuter, de ne pas tenir compte de l'avis du médecin-conseil du chômage, qui l'a estimée totalement invalide de façon durable. Il convient donc de suivre l'avis des médecins-traitants complété par l'avis du médecin-conseil de l'assurance-chômage afin de la reconnaître comme étant totalement invalide.![endif]>![if> 26. Par pli du 21 mars 2012, l'OAI a persisté dans ses conclusions, faisant référence à l'avis du SMR du 19 mars 2012 (Dresse S_____), qui rappelle que, mis à part quelques aggravations de courte durée depuis le début du traitement, il semble qu'une amélioration de l'état de santé se fasse sentir depuis lors, selon le dernier avis du Dr M_____. Il n'y a donc pas eu d'aggravation manifeste de l'état de santé depuis l'expertise du Dr P_____. L'OAI relève par ailleurs que l'assurée a présenté moins de trois semaines d'absence en 2008, un mois et demi d'absence en 2009, réparti sur toute l'année et aucune absence en 2010, ces renseignements corroborant les données médicales.![endif]>![if> 27. La cause a été gardée à juger le 27 mars 2012.![endif]>![if> EN DROIT 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 1 er 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).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 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.![endif]>![if> 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). 3. Les

modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision) et du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} 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).

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.

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

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 1^{er} 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).

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 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 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). 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).!>[endif]>![if> 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). 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 assumer de charge professionnelle. La maladie de Verneuil est fluctuante, avec des périodes de poussées impliquant de courtes incapacité 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 incapacité 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.!>[endif]>![if> 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. 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 précédent 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. 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 émoluments, 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).

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. Le rejette. 3. Renonce à la perception d'un émoluments. 4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique

aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.![endif]>![if> La greffière Irène PONCET La présidente Sabina MASCOTTO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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