

# **GE\_GERICHTE ATAS/1011/2011 vom 1. November 2011**

GE Cour de justice, 2011-11-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1011\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1011_2011)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1011/2011 du 1 novembre 2011

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1011/2011 del 1 novembre 2011

## **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).

A/1274/2011 - 13/21 - Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.

### **E. 3**

Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA).

### **E. 4**

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, plus particulièrement sur son degré d'invalidité.

### **E. 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 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.

## **E. 6**

mai 2003, consid. 2.2). 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 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

A/1274/2011 - 15/21 - pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2). e) La garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère notamment à un justiciable le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431, consid. 3a). Ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (Ueli KIESER, ATSG- Kommentar: Kommentar zum

Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2ème éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61 ; ATF 130 II 425, consid. 2.1; ATF 124 V 90, consid. 4b; ATF 122 V 157, consid. 1d).

#### **E. 7**

a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue en règle générale en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus, puis en les confrontant l'un à l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente. Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (ATF 129 V 222, consid. 4.1, ATF 128 V 174). b) Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Si l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et encore que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, le revenu effectivement réalisé constitue en principe le revenu d'invalidé (ATF I 881/06 du 9 octobre 2007, consid. 5.4; ATF 126 V 75, consid. 3b/aa). S'agissant du recours à des données statistiques, le Tribunal fédéral a précisé que lors de la détermination du revenu d'invalidé, il convient généralement de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table de l'Enquête suisse des

A/1274/2011 - 16/21 - salaires TA1, à la ligne "total secteur privé" (ATF 124 V 321, consid. 3b/aa). Quant au revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1). c) La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75, consid. 5b). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation de l'autorité (ATF 132 V 393, consid. 3.3).

#### **E. 8**

L'expertise réalisée par les Dresses N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ satisfait pleinement aux critères dégagés par la jurisprudence. Elle contient en effet une anamnèse détaillée, se fonde sur l'étude du dossier médical du recourant, tient compte de ses plaintes et a été établie après un examen clinique complet. En outre, ses diagnostics sont clairs et ses conclusions sont convaincantes et motivées. Partant, elle doit se voir reconnaître une pleine valeur probante et le grief du recourant, qui allègue que l'expertise n'aurait pas été conduite dans les règles de l'art, sans fournir aucun indice permettant d'étayer cette affirmation, tombe ainsi à faux. Le recourant considère que l'expertise psychiatrique a été trop brève pour se voir reconnaître une valeur probante. On notera que le rapport d'expertise ne spécifie pas la durée des entretiens, durée que le recourant n'indique pas non plus dans ses écritures, de sorte que cette question est difficile à examiner. Quoi qu'il en soit, il ne s'agit pas là du seul élément déterminant pour définir si l'expertise a valeur probante ou non. En effet, le travail de l'expert ne se limite pas à l'entretien mais se poursuit ensuite par l'analyse des propos recueillis et du comportement observé (ATF I 746/05 du 30 mai 2006, consid. 2.3). Les spécialistes ne posent au demeurant aucune durée minimale pour un examen clinique dans le cadre d'une expertise psychiatrique (Lignes directrices de la Société suisse de psychiatrie d'assurance pour l'expertise médicale des troubles psychiques, in: Bulletin des médecins suisses, 2004/85, n° 36, p. 1905). De plus, s'il est souhaitable que la durée de l'entretien soit expressément mentionnée dans l'expertise, l'absence de cette indication n'est pas déterminante s'il n'existe aucun indice qui laisse supposer que le rapport d'expertise est lacunaire, ce qui est le cas en l'espèce (ATF 9C\_531/2007 du 3 juin 2008, consid. 2.2.4.). Le recourant affirme en outre que les symptômes qu'il présente sont suffisants pour admettre la présence d'un épisode dépressif sévère. Or, contrairement à ce qu'il

A/1274/2011 - 17/21 - allègue, les menaces exprimées lors de l'expertise ne traduisent pas forcément un état d'agitation qui permettrait de conclure à un état dépressif sévère. Le fait qu'il ait déclaré à la Dresse O\_\_\_\_\_ que son épouse lui reprochait son cancer ne peut non plus être assimilé à un sentiment de culpabilité, dès lors qu'il n'a pas indiqué qu'il se sentait responsable de la maladie de sa femme. Quant aux troubles de la concentration, l'experte les a exclus en se fondant sur ses observations, notamment parce que le recourant a été à même de répondre aux questions posées sans délais ou hésitations. Dès lors que les critiques du recourant consistent essentiellement à substituer son appréciation à celle de l'experte sur l'existence de symptômes dépressifs, elles ne suffisent pas à remettre en cause les conclusions de celle-ci. Le recourant entend encore tirer argument du fait qu'un rapport de l'experte psychiatre du BREM a été remis en cause lors d'une expertise judiciaire dans une procédure pendante devant la Cour de céans. Cependant, quelles qu'aient été les divergences entre l'expert judiciaire et la Dresse O\_\_\_\_\_ dans cette procédure, elles concernent une affaire sans lien avec le recourant et ne suffisent pas à conclure que toutes les expertises réalisées par cette psychiatre ne peuvent se voir reconnaître une quelconque valeur probante. Le recourant se réfère en outre à un arrêt du Tribunal fédéral du 28 juin 2011 (ATF 137 V 210), dans lequel notre Haute Cour s'est penchée sur les principes régissant les missions d'expertises confiées aux centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI). Il souligne qu'on ignore si les nouveaux critères dégagés par cette jurisprudence ont été respectés en l'espèce, de sorte qu'une nouvelle expertise doit être ordonnée. Cet argument tombe cependant à faux. Cet arrêt a certes amené des modifications en matière d'examen médicaux, mais il y a lieu de souligner que les changements ne concernent pas tant les expertises en tant que telles que les modalités de leur mise en œuvre afin de garantir l'égalité des armes entre autorités et assurés. Le Tribunal

fédéral a ainsi modifié sa jurisprudence en ce sens qu'une expertise ordonnée par l'administration doit faire l'objet d'une décision incidente susceptible de recours, et que les droits de participation de l'assuré sont renforcés (consid. 3.4.2.6 et 3.4.2.9 de l'arrêt précité). En revanche, il a expressément relevé que l'application aux cas en cours d'instruction des nouveaux principes jurisprudentiels n'implique pas que les expertises ordonnées selon l'ancienne procédure ne peuvent se voir reconnaître de valeur probante. Au contraire, il convient en fonction des spécificités du cas et des griefs soulevés de déterminer s'il est conforme au droit de se fonder sur les moyens de preuve à disposition (consid. 6). Tel est le cas en l'espèce, comme cela ressort des considérants qui précèdent. Quant aux hospitalisations du recourant au Service de psychiatrie, la Cour de céans retient ce qui suit. La première hospitalisation fait suite à une décompensation des troubles liées au décès du père du recourant, comme en attestent les rapports des Drs R\_\_\_\_\_ et S\_\_\_\_\_ et de la Dresse G\_\_\_\_\_. Elle a de plus duré

A/1274/2011 - 18/21 - moins d'un mois, avec une évolution favorable dès la mi-mars, de sorte qu'elle ne suffit pas à démontrer une aggravation durable de son état de santé. S'agissant du second séjour en service psychiatrique du recourant, il est postérieur à la décision attaquée. Or, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 116 V 248, consid. 1a et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 287, consid. 4). Partant, à supposer que cette deuxième hospitalisation soit la conséquence d'une dégradation durable de son état de santé – ce qui n'est pas démontré, puisque les symptômes présentés se sont rapidement amendés après la modification du traitement médicamenteux, ses conséquences n'ont pas à être examinées dans le cadre du présent recours. L'argument du recourant, selon lequel il serait impossible de passer d'un état dépressif léger à l'état dans lequel il se trouvait au moment de ses hospitalisations, est une affirmation qui ne repose sur aucun fondement médical, que la rapidité de la disparition des symptômes présents lors de ses hospitalisations permet en outre d'infirmier. En ce qui concerne le rapport de la Dresse G\_\_\_\_\_, comme on l'a vu, la décompensation des troubles du recourant est réactionnelle au récent décès de son père. Cet événement ne permet nullement de conclure que ces troubles étaient décompensés auparavant et qu'ils entraînaient une incapacité de travail que l'experte aurait sous-estimée. Pour le surplus, la psychiatre se contente de remettre en cause l'appréciation de la gravité des troubles psychiques du recourant sans avancer d'argument pertinent en ce sens et sans faire état de diagnostics que l'experte aurait ignorés. Il ne suffit ainsi pas à mettre en doute les conclusions de la Dresse O\_\_\_\_\_. On ajoutera que dans la mesure où la Dresse G\_\_\_\_\_ a eu l'occasion de se déterminer sur l'état de santé du recourant dans le rapport qu'elle a établi à la demande de la mandataire de ce dernier, il s'avère superflu de procéder à son audition, par appréciation anticipée des preuves. Compte tenu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions des expertes, que le SMR ne remet d'ailleurs pas formellement en cause. A cet égard, on notera que l'avis de la Dresse H\_\_\_\_\_ du 26 novembre 2010 semble résulter d'une erreur de lecture en tenant compte d'une capacité de travail avec un plein rendement dès la fin du mois de janvier 2009 et un rendement réduit à 80 % dès le mois de mars 2009, puisque les Dresses N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ ont admis une diminution de rendement de 20 % dès le mois d'octobre 2008 et une capacité de travail temporairement limitée à 50 % de mi-janvier à fin mars 2009.

## **E. 9**

Il convient encore d'examiner le calcul du degré d'invalidité auquel a procédé l'intimé, en retenant une diminution de rendement de 20 % dès le mois d'octobre 2008.

A/1274/2011 - 19/21 - Le revenu sans invalidité retenu par l'intimé dans son rapport du 25 janvier 2011 est erroné. On notera en effet qu'en 2003, dernière année complète d'activité du recourant à prendre en compte pour le calcul du degré d'invalidité, son revenu s'est élevé non pas à 64'210 fr. 60 mais à 70'212 fr. 60, compte tenu de l'indemnité pour les vacances de 6'002 fr. versée directement par la Caisse vacances du bâtiment. C'est d'ailleurs bien un montant de 70'212 fr. 60 qu'a retenu l'intimé dans le premier calcul du degré d'invalidité auquel il a procédé en mai 2007. Indexé jusqu'en 2009, année de début du droit à la rente, le revenu sans invalidité est ainsi de 76'616 fr. S'agissant des indemnités de subsistance dont le recourant se prévaut, on rappellera que conformément à l'art. 9 al. 2 du règlement sur l'assurance- vieillesse et survivants du 31 octobre 1947 (RAVS ; RS 831.101), les indemnités accordées régulièrement pour le déplacement du domicile au lieu de travail habituel et pour les repas courants pris au domicile ou au lieu de travail habituel; ces indemnités font en principe partie du salaire déterminant. Partant, elles sont incluses dans le revenu figurant dans le compte individuel du recourant, qui a été pris en compte pour la détermination du salaire sans invalidité. Quant au revenu sans invalidité, le recours au revenu statistique tiré d'une activité simple et répétitive selon l'ESS 2008, soit 4'806 fr. pour 40 heures hebdomadaires, est conforme à la jurisprudence. Après indexation sur la base de l'Indice suisse des salaires (2.1 % pour les hommes en 2009) et calculé sur la durée hebdomadaire moyenne de travail de 41.6 heures en 2009 selon la Statistique sur la durée normale du travail dans les entreprises (DNT) établie par l'OFFICE FEDERAL DE LA STATISTIQUE, on obtient un revenu de 61'238 fr. à 100 %, soit 48'991 fr. en tenant compte de la diminution de rendement de 20 %. Après réduction statistique de 10 %, le revenu d'invalidé est de 44'092 fr., ce qui aboutit à un degré d'invalidité de 42 %. S'agissant de l'abattement auquel l'intimé a procédé sur ce revenu, la Cour de céans relève qu'il est inférieur aux 15 % dont l'intimé avait tenu compte dans son calcul de mai 2007. A cet égard, il faut rappeler que conformément à l'art. 61 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative (LPA; RSG E 5 10), seul l'abus ou l'excès du pouvoir d'appréciation peut être revu par la Cour de céans. Il y a notamment excès de pouvoir d'appréciation négatif lorsque l'autorité renonce à faire usage de son pouvoir d'appréciation (ATF 116 V 307, consid. 2). On peut se demander si l'intimé, en n'appliquant pas la même réduction de 15 % que dans son calcul de 2007, n'a pas commis un excès de pouvoir d'appréciation. A titre d'exemple, le Tribunal fédéral a considéré qu'une réduction de 15 % était adéquate dans le cas d'un assuré ne pouvant plus travailler qu'à 60 % dans des activités légères (ATF I 147/05 du 25 juillet 2005, consid. 2.7). Partant, un abattement de

## **E. 10**

Conformément à ce qui précède, il y a lieu d'admettre que l'aggravation de l'état de santé du recourant dès octobre 2008 entraîne un degré d'invalidité de 42 %. Partant, le recourant a droit à un quart de rente dès l'issue du délai de carence d'une année, soit dès le mois d'octobre 2009. Le recours sera donc partiellement admis. 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). La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 500 fr.

A/1274/2011 - 21/21 - 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.