

# **GE\_GERICHTE ATAS/1012/2015 vom 23. Dezember 2015**

GE Cour de justice, 2015-12-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1012\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1012_2015)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1012/2015 du 23 décembre 2015

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1012/2015 del 23 dicembre 2015

## **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) en vigueur depuis 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.

### **E. 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. 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). Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, 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).

A/3284/2014 - 10/15 - En l'espèce, la décision litigieuse du 14 octobre 2014 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4ème, 5ème et 6ème révisions de cette loi, 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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).

### **E. 3**

Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.

#### **E. 4**

Le litige a pour objet le droit de la recourante au maintien d'une rente d'invalidité au-delà du 1er décembre 2014, plus particulièrement la question de savoir si son état de santé s'est amélioré depuis l'octroi initial d'une demi-rente, en octobre 2005 - confirmé en septembre 2007.

#### **E. 5**

Mais il convient de se pencher, préalablement, sur le grief de violation du droit d'être entendue invoqué par la recourante, qui reproche à l'intimé d'avoir rendu sa décision sans donner suite à sa demande de prolongation de délai pour produire des pièces médicales. Son reproche est cependant infondé dans la mesure où l'art. 73ter al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) prescrit aux parties un délai de 30 jours pour faire part à l'OAI de leurs observations quant au projet de décision prévu par l'art. 57a LAI. Il s'agit là d'un délai légal qui, comme tel, ne peut être prolongé (cf. art. 40 al. 1 LPGA). L'intimé ne saurait donc se voir reprocher d'avoir rendu sa décision formelle sans donner suite à la demande de l'assurée.

#### **E. 6**

Selon la jurisprudence, aussi bien dans le cadre d'une nouvelle demande au sens de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3) que dans celui d'une révision d'une rente au sens de l'art. 17 LGPA (ATF 133 V 108 consid. 5), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5).

A/3284/2014 - 11/15 -

#### **E. 7**

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 1er janvier 2008). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

## **E. 8**

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

## **E. 9**

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le

A/3284/2014 - 12/15 - juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral U.58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

## **E. 10**

Enfin, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas,

en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

### **E. 11**

a. En l'espèce, il convient d'examiner si la situation de la recourante a subi un changement important propre à influencer son degré d'invalidité, et donc son droit aux prestations, depuis septembre 2009, date à laquelle l'intimé a confirmé son droit à une demi-rente d'invalidité. Il convient de rappeler que le droit à une demi-rente d'invalidité a été reconnu à l'assurée principalement en raison d'un état dépressif récurrent moyen à sévère, diagnostiqué par le Dr C\_\_\_\_\_, dont il convient de relever qu'il est le psychiatre traitant de la recourante depuis juin 2002. Or, dans le cadre de la révision initiée fin 2012, ce médecin a fait état d'une amélioration de l'état de santé de sa patiente, qu'il a confirmée et expliquée en février 2013, indiquant qu'elle avait recouvré une capacité de 70% en mai 2012 et de 80% en octobre 2012. La recourante conteste ce point de vue en faisant valoir que son psychiatre traitant se serait fondé sur une prémisse erronée, à savoir sa prétendue participation à l'entreprise de son époux. Elle soutient qu'au contraire, il y a eu aggravation significative de son état de santé psychique en décembre 2013. b. La Cour de céans constate que l'évaluation du Dr C\_\_\_\_\_ ne se fonde pas seulement sur la reprise d'une activité par sa patiente. Le médecin a constaté que le fait, pour l'assurée, de fréquenter le commerce de son mari avait eu pour

A/3284/2014 - 13/15 - conséquence une amélioration importante de son état psychique et lui avait permis de retrouver beaucoup de confiance en elle, au point que l'état dépressif était en voie de rémission complète. Il en voulait pour preuve la disparition des symptômes dépressifs - en dehors d'une fatigue résiduelle. Les conclusions du psychiatre traitant reposaient donc sur des éléments objectifs et sur ses propres observations cliniques. Elles sont d'autant plus convaincantes que c'est ce même médecin qui, par le passé, a jugé l'état dépressif de la recourante invalidant. Il a donc pu juger des différences cliniques avec 2003 et 2009. Quant au rapport du Dr D\_\_\_\_\_, produit par la recourante, il ne permet pas d'infirmer les observations du Dr C\_\_\_\_\_, bien au contraire, puisqu'il en ressort que l'épisode dépressif grave intervenu en décembre 2014 - postérieurement à la décision litigieuse - s'est vite amendé (il est redevenu moyen début janvier 2015). Certes, ce médecin évalue depuis lors la capacité de travail de sa patiente à 50%, mais sans motiver sa position. Il en découle qu'on ne saurait reprocher à l'intimé d'avoir considéré, à l'instar du psychiatre traitant, que l'état de l'assurée s'était amélioré au point de lui permettre de recouvrer, dès octobre 2012, une capacité de travail de 80%. A cet égard, le fait que l'intéressée n'ait pas repris une activité formelle rémunérée est sans pertinence. Quant à l'aggravation alléguée par la recourante au niveau de ses cervicales, elle est certes objectivée par une radiographie mais postérieure à la décision litigieuse. Enfin, les autres atteintes évoquées par la recourante (problèmes ORL et céphalées) n'ont été documentées par aucun rapport médical.

### **E. 12**

Reste à vérifier si cette amélioration avérée de l'état de santé de la recourante s'est traduite par une diminution du degré d'invalidité et dans quelle mesure. L'OAI a fixé le revenu que l'assurée aurait réalisé sans atteinte à sa santé à CHF 47'079.-. En effet, l'intéressée avait travaillé de juin 1997 à juin 2000 en qualité de femme de chambre et, selon son dernier employeur, aurait réalisé en juillet 2000 un revenu annuel de CHF 38'594.40 en travaillant à

plein temps, ce qui, après indexation selon l'ISS, correspond à un montant de CHF 47'079.- en 2012. Ce montant n'apparaît pas critiquable et n'est d'ailleurs pas contesté par la recourante. L'OAI l'a ensuite comparé à celui qu'aurait pu obtenir l'assurée en exerçant une activité adaptée à 70% dès mai 2012 selon les statistiques (ESS 2010, TA1, tous secteurs confondus, activité de niveau 4 = 4'225.- CHF/mois pour un horaire de 40 h./sem. = CHF 37'639.- par an à 70% pour un horaire de 41,6 h./sem. en 2012, puis réduction supplémentaire de 10% pour tenir compte du taux d'occupation réduit), soit CHF 33'876.-, ce qui l'a conduit à un degré d'invalidité de 28%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente et d'autant moins par la suite, lorsque le taux d'occupation a été augmenté à 80%.

A/3284/2014 - 14/15 - Il en découle que c'est à juste titre que l'intimé a mis un terme au versement de la demi-rente allouée jusqu'alors à la recourante, étant précisé qu'il est loisible à celle-ci, si elle considère que son état de santé s'est aggravé postérieurement à la décision litigieuse, de saisir l'intimé d'une demande de révision. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté.

A/3284/2014 - 15/15 - 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.