

# **GE\_GERICHTE ATAS/1267/2014 vom 4. Dezember 2014**

GE Cour de justice, 2014-12-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1267\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1267_2014)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1267/2014 du 4 décembre 2014

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1267/2014 del 4 dicembre 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ - E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Depuis le 1er janvier 2011, cette compétence est revenue à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable.

### **E. 3**

Est litigieuse en l'espèce la limitation du versement de la rente entière d'invalidité au recourant au 28 février 2011.

### **E. 4**

Aux termes des art. 4 LAI et 8 LPGA, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. également l'art. 8 LPGA). 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 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en A/4496/2011 - 15/21 - raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 105 V 158 consid.1).

### **E. 5**

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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). 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 (MEYER-BLASER,

Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

## **E. 6**

Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance- invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

A/4496/2011 - 16/21 - Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

## **E. 7**

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 LPG), 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 352 ss consid. 3). 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

A/4496/2011 - 17/21 -

## **E. 8**

Selon la jurisprudence, le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps doit être examiné à la lumière des conditions de révision du droit à la rente (ATF 125 V 413 consid. 2d p. 418 et les références). Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. 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 (ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). L'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

## **E. 9**

Il convient de rappeler que reste seule litigieuse à ce stade de la procédure l'évolution de l'état de santé du recourant et ses répercussions sur sa capacité de travail à compter de décembre 2010. En l'espèce, il convient donc d'examiner si l'état de santé de l'assuré s'est

effectivement amélioré au point que, d'une totale incapacité de travail depuis octobre 2008, il aurait recouvré une pleine capacité à exercer une activité dès décembre 2010. Force est de constater que le seul médecin à avoir conclu à une telle amélioration est la Dresse H\_\_\_\_\_. Celle-ci a estimé que la symptomatologie dépressive, grâce à une prise en charge adéquate, s'était progressivement améliorée jusqu'à disparaître. Le médecin du SMR a toutefois totalement omis d'envisager la situation de l'assuré sous l'angle de l'ESPT, pourtant retenu par le Dr G\_\_\_\_\_ et confirmé tant par le Dr J\_\_\_\_\_ que par l'expert judiciaire. A cet égard, on constatera que c'est plus une question de doctrine que d'évaluation médicale à proprement qui oppose ces différents médecins. Le SMR - avec la Dresse H\_\_\_\_\_ - soutient qu'une atteinte, pour être reconnue, doit être diagnostiquée selon la CIM-10 et que le DMS-IV ne ferait pas autorité en matière de « conflit assécurologique ». Cet argument ne résiste pas à l'examen.

A/4496/2011 - 18/21 - A cet égard, il apparaît utile de rappeler que jamais le Tribunal fédéral n'a opéré une telle distinction. Selon la jurisprudence, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose précisément la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (cf. notamment arrêt 9C\_815/2012 consid. 3 ; ATF 130 V 396 consid. 6.3 p. 403; 131 V 49 consid. 1.2 p. 50). Or, tel est bien le cas en l'occurrence. Ce ne sont pas moins de trois psychiatres - le Dr G\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, mais aussi le Dr J\_\_\_\_\_, spécialiste en matière d'ESPT et l'expert judiciaire - qui ont conclu à l'existence d'un ESPT invalidant, avec des nuances quant à l'ampleur de l'incapacité de travail en découlant. Tous les médecins spécialistes ont ainsi estimé unanimement que cette atteinte entraînait une réduction de la capacité de travail au-delà de décembre 2010 - puisque l'expert L\_\_\_\_\_ retient une capacité de 50% - étant précisé qu'il faudrait encore y ajouter une baisse de rendement - et le Dr J\_\_\_\_\_, une capacité réduite à 25%. C'est le lieu de relever que le rapport d'expertise du Dr L\_\_\_\_\_ se fonde sur une anamnèse détaillée, plusieurs entretiens avec le recourant et tient compte des plaintes rapportées par ce dernier. Il a été établi en pleine connaissance du dossier et ses conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradiction, contrairement à ce que soutient l'intimé. En effet, l'expert a dûment argumenté ses conclusions, expliquant de manière convaincante pour quelles raisons il préférerait se référer en l'occurrence au DMS-IV, en quoi consiste l'atteinte du recourant, pour quelles raisons il convient d'admettre qu'elle s'est manifestée avec un certain temps de latence et quelles sont ses conséquences en termes de capacité de travail. Il y a donc lieu de lui reconnaître pleine valeur probante ce, d'autant plus que l'ensemble des considérations émises par l'expert judiciaire rejoint les conclusions du Dr J\_\_\_\_\_, lequel a également livré un rapport détaillé. On relèvera également que le Dr L\_\_\_\_\_ a répondu de manière détaillée aux reproches formulés par l'intimé et de façon telle à emporter la conviction de la Cour de céans, expliquant, une fois encore, pourquoi il avait préféré se référer au DSM-IV et de quelle manière il avait posé ses diagnostics. Force est donc de constater que l'avis de la Dresse H\_\_\_\_\_ quant à une prétendue amélioration de l'état de santé de l'assuré fin 2010 est tout à fait isolé et démenti par plusieurs spécialistes, aux termes de rapports détaillés et convaincants. La seule divergence entre les Drs J\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ porte sur la capacité de travail résiduelle mais est finalement moindre puisque le premier conclut à une capacité de 25% alors que le second envisage un 50% dont il souligne toutefois qu'il s'agit d'un taux tout à fait théorique, qu'il ne serait envisageable que dans une activité n'exigeant ni concentration soutenue ni mémoire - même de la mémoire de travail -, permettant d'éviter

les relations interpersonnelles et toute ambiance stressante. Et même dans ces circonstances idéales, il faudrait tenir compte d'une

A/4496/2011 - 19/21 - diminution supplémentaire de rendement, en raison, notamment, des ralentissements idéique et moteur constatés.

### **E. 10**

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, à un trois-quarts de rente si son invalidité atteint au moins 60% et à une rente entière si son degré d'invalidité atteint 70%. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient 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, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). 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) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. 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 (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle avait été en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il 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 la santé.

A/4496/2011 - 20/21 -

### **E. 11**

En l'occurrence, même en admettant - en adoptant l'hypothèse la plus optimiste - que le recourant dispose d'une capacité résiduelle de travail de 40% (50% - 10% de baisse de rendement) dans une activité adaptée, force est de constater que la comparaison entre le revenu qu'il pourrait obtenir dans son activité d'informaticien - soit CHF 106'596.- (8'883.- par mois selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2010, TA1, 62-63) - et celui qu'il pourrait espérer dans une activité simple et répétitive exercée à 50% et compte

tenu d'une baisse de rendement de 10% - soit CHF 23'525.- (40901.- par mois, selon ESS 2008 TA1) -, conduit à un degré d'invalidité de 77.93%, suffisant pour sauvegarder son droit à une rente entière d'invalidité. Ainsi, en l'absence d'amélioration avérée survenue en décembre 2010, la rente entière d'invalidité accordée au recourant doit être maintenue au-delà du 28 février 2011. Au vu de ce qui précède, le recours, bien fondé, sera admis. Le recourant, obtenant gain de cause, a droit à des dépens (art. 61 al. 1 let. d et g LPGA).

A/4496/2011 - 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.