

# **GE\_GERICHTE ATAS/139/2013 vom 6. Februar 2013**

GE Cour de justice, 2013-02-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_139\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_139_2013)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/139/2013 du 6 février 2013

IT: GE\_GERICHTE ATAS/139/2013 del 6 febbraio 2013

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

### **E. 2**

a) 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). b) 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/2973/2012 - 8/13 - c) En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1er janvier 2012, 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).

### **E. 3**

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 (art. 56ss LPGA ; art. 89B de la loi sur la

procédure administrative du 12 septembre 1985, LPA - E 5 10).

#### **E. 4**

Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, voire à des mesures professionnelles et singulièrement sur les limitations fonctionnelles et sur sa capacité de travail dans une activité adaptée.

#### **E. 5**

a) Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er 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

A/2973/2012 - 9/13 - 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).

#### **E. 6**

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). 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). b) 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

A/2973/2012 - 10/13 - 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). c) 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). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3). d) La jurisprudence (DTA 2001 p. 169) prévoit deux solutions lorsque le juge cantonal estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de la rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136; RAMA 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La récente jurisprudence du Tribunal Fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210).

## **E. 7**

En l'espèce, la Cour de céans considère que les éléments médicaux recueillis par l'intimé ne permettent pas de se prononcer de manière définitive sur la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée. En effet, contrairement aux affirmations du SMR, la Dresse L \_\_\_\_\_ n'admet pas une pleine capacité de travail, mais indique précisément qu'en cas d'amélioration et de stabilisation, la reprise d'une activité professionnelle légère est envisageable à temps partiel, du point de vue cardiovasculaire (rapport du 15 avril 2011), le dossier ne contenant pas le rapport du 12 août 2011 cité par le SMR. De plus, les annexes produites par ce médecin mentionnent l'existence de toute une série d'autres affections, dont l'arthrose des genoux. De même, l'enquêtrice a constaté les difficultés de déplacement de l'assurée, que ce soit du point de vue de l'essoufflement ou en raison de sa position courbée, l'assurée mentionnant à cette occasion des douleurs

A/2973/2012 - 11/13 - dans le dos. L'enquêtrice a d'ailleurs retenu des empêchements particulièrement importants. Il est donc inexact de prétendre que les gonalgies et lombalgies ont été mentionnées pour la première fois après la décision et/ou seraient des affections nouvelles. Du point de vue psychiatrique, il faut convenir que les conclusions de la Dresse N \_\_\_\_\_ n'apparaissent pas convaincantes ; en effet, un tableau psychiatrique aussi sombre que celui qu'elle a évoqué n'aurait vraisemblablement pas permis à l'assurée de travailler à 100%, voire plus, de l'âge de 9 ans à celui de 60 ans. De même, le pronostic d'une totale et définitive incapacité de travail du point de vue psychique n'est absolument pas motivé et, d'ailleurs, la recourante et son généraliste admettent une amélioration sur ce plan, confirmée par le Dr O \_\_\_\_\_. Cela étant, le rapport du médecin psychiatre du SMR est incomplet : il n'expose pas quelle était la capacité de travail de la recourante du point de vue psychique entre août 2010 et l'amélioration de juillet 2011 (il mentionne uniquement plus de 20% d'incapacité), ni les éventuelles conséquences de l'anxiété voire de l'asthénie sur la capacité de travail, ne serait-ce qu'au titre de la diminution de rendement au-delà de juillet 2011, soit à l'issue du délai de carence d'un an. Ainsi, il n'est de loin pas établi que la recourante, qui parvient à peine à monter les escaliers et qui est très largement limitée dans son propre ménage suite aux troubles cardiaques dont elle souffre, soit capable de travailler à 100% dans une activité certes légère, mais néanmoins manuelle. Une expertise pluridisciplinaire telle que proposée par l'intimé apparaît ainsi indispensable afin de déterminer quelles sont les atteintes à la santé présentées par la recourante, les limitations fonctionnelles et leurs effets sur sa capacité de travail, y compris l'éventualité d'une diminution de rendement, et quelle activité est adaptée. Cela étant, il incombera à l'intimé d'examiner si l'assurée dispose encore d'une capacité de travail exploitable compte tenu de son âge (62 ans lors de la décision), de son état de santé, de l'importance de ses limitations, du fait qu'elle doit exercer une nouvelle activité inconnue, en se posant concrètement la question de savoir si un employeur consentirait à l'engager même sur un marché du travail détendu. Dans ces circonstances, compte tenu de l'instruction médicale sommaire, voire lacunaire du point de vue somatique en tout cas, la Cour de céans décide de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il ordonne l'expertise susmentionnée, étant précisé que les experts devront disposer d'un dossier complet (rapport de la Dresse L \_\_\_\_\_ du 12 août 2011, mandat donné ou questionnaire adressé à la Dresse N \_\_\_\_\_, etc.).

## **E. 8**

Le recours est partiellement admis, la décision du 25 septembre 2012 est annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

A/2973/2012 - 12/13 - La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de l'intimé. Pour le surplus, l'intimé versera à la recourante une indemnité de 500 fr. à titre de participation à ses frais et dépens ainsi qu'à ceux de son mandataire (art. 61 let. g LPGA).

A/2973/2012 - 13/13 - 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.