

# **GE\_GERICHTE ATAS/140/2011 vom 10. Februar 2011**

GE Cour de justice, 2011-02-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_140\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_140_2011)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/140/2011 du 10 février 2011

IT: GE\_GERICHTE ATAS/140/2011 del 10 febbraio 2011

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Jusqu'au 31 décembre 2010, conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (aLOJ; RS 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

A/2196/2010 - 9/15 - 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 revient 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 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). En l'espèce, les décisions litigieuses datant des 1er et 9 juin 2010 sont postérieures à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision) et, le 1er janvier 2008, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance- invalidité du 6 octobre 2006 (5ème révision), cependant, les faits pertinents remontent au mois de juillet 2004. Partant, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné, pour la période jusqu'au 31 décembre 2007, au regard des dispositions de la LPGA et de celles de la LAI en vigueur jusqu'à cette date, et dès le 1er janvier 2008, en fonction des modifications de la LAI consécutives à la 5ème révision, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). 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, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

### **E. 3**

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Les décisions des 1er et 9 juin 2010 ont été reçues par la recourante en date du 2 juin 2010, respectivement du 10 juin 2010, de sorte que le délai de recours a commencé à courir le lendemain de leur réception (art. 38 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). Partant, les recours datés du 22 juin 2010 ont été formés en temps utile. Interjetés dans les formes et délai prévus par la loi, ils sont ainsi recevables (art. 56 et ss LPGA).

A/2196/2010 - 10/15 - On relèvera encore que la qualité pour recourir de l'institution de prévoyance n'est pas contestable au regard de l'art. 49 al. 4 LPGA et de la jurisprudence prévoyant que l'assureur LPP dispose d'un droit de recours propre dans les procédures régies par la LAI (ATF 129 V 73 consid. 4.2.2). En effet, l'art. 49 al. 4 LPGA dispose que l'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en communiquer un exemplaire (1ère phrase). Cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré (2ème phrase).

#### **E. 4**

Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a considéré que les atteintes dont souffre l'appelée en cause ont entraîné une totale incapacité de travail dès le mois de juillet 2003, lui ouvrant droit à une rente entière de l'assurance-invalidité à l'issue du délai de carence.

#### **E. 5**

L'art. 28 al. 1 LAI en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007 (art. 28 al. 2 LAI en vigueur dès le 1er janvier 2008) 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. Selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à la rente au sens de l'art. 28 prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA).

#### **E. 6**

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. 4 al. 1er LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1er LPGA). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er 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 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine).

#### **E. 7**

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

A/2196/2010 - 11/15 - 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). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C\_773/2007, consid. 2.1). c) 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, lorsque, 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). Par ailleurs, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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

A/2196/2010 - 12/15 - (ATF 125 V 353 ss consid. 3b/ee; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). 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 ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

#### **E. 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a).

#### **E. 9**

En l'espèce, se fondant essentiellement sur les rapports d'expertise du Dr B\_\_\_\_\_, l'intimé a reconnu à l'appelée en cause une totale incapacité de travail dès le 28 juillet 2003, ce que la recourante conteste en alléguant que l'assurée ne souffre tout au plus que d'un déconditionnement réversible et non invalidant.

#### **E. 10**

a) Sur le plan somatique, le Dr B\_\_\_\_\_ a fait état d'un status après opération de Bentall pour insuffisance aortique sévère sur bicuspidie et anévrisme de l'aorte ascendante, d'un épanchement péricardique post-opératoire tardif avec tamponnade, d'une tachycardie supraventriculaire paroxystique, de douleurs thoraciques sternales et scapulo-cervicales post-opératoires, d'une hyperthyroïdie insuffisamment freinée et d'un déconditionnement cardio-pulmonaire et musculaire important. L'expert a notamment expliqué, durant l'année 2007, que l'assurée avait souffert de tachycardie supraventriculaire d'une fréquence de 140 battements par minute, pouvant occasionner une gêne notoire. L'expert a également pu constater personnellement les conséquences de tels épisodes. Il a relevé que l'assurée avait alors eu de la difficulté à se mobiliser et à marcher vers une pièce voisine, qu'elle avait même chuté. Si l'expert a admis l'éventualité d'une activité professionnelle, il l'a expressément conditionnée à la maîtrise des troubles rythmiques, dont il a souligné qu'elle n'avait pas été acquise. L'expert a par ailleurs insisté sur l'incapacité de l'assurée à se mobiliser, même pour les activités de la vie courante, sur l'importance de l'état anxio-dépressif développé suite à cette baisse de qualité de vie et sur ses douleurs chroniques. En décembre 2009, le Dr B\_\_\_\_\_ a ajouté que l'assuré avait encore souffert d'arythmies supraventriculaires récidivantes jusqu'en mai 2009, date à laquelle elle avait subi la thermo-ablation d'une tachycardie nodale par réentrée typique. Malgré tout, l'examen clinique et l'électrocardiogramme, lui ont permis de constater de fréquentes extrasystoles ventriculaires isolées et polymorphes, ainsi qu'un doublet et un triplet lors de l'effort, et une tachycardie de repos s'accéléralant rapidement dès le début de l'effort. L'expert a également décrit en détails l'effondrement de la capacité fonctionnelle de l'assurée à l'effort et a finalement confirmé ses conclusions précédentes, à savoir une capacité de 0% quelle que soit l'activité envisagée. b) La Cour de céans constate que le Dr B\_\_\_\_\_ a établi ses rapports de manière neutre, après entretiens avec l'assurée et sur la base d'examen cliniques et cardiologiques complets. L'expert s'est également fondé sur

le dossier médical de l'intéressée, sur une anamnèse professionnelle et sociale et a pris en considération les plaintes formulées par l'assurée. Les diagnostics ont été précisément posés, les atteintes et leurs conséquences clairement exposées et illustrées. Ces rapports permettent de comprendre que les troubles cardiologiques dont souffre l'assurée sont d'une sévérité telle qu'ils entraînent une incapacité de se mobiliser pour effectuer le moindre effort au vu de l'existence d'une arythmie (en 2007), d'une part, d'un effondrement de la capacité fonctionnelle et de l'existence d'extrasystoles ventriculaires et polymorphes (en 2009), d'autre part. Attendu que même les activités de la vie quotidienne ne peuvent plus être assumées, on comprend les raisons pour lesquelles l'expert conclut à une totale incapacité de travail. Partant, la Cour de céans est convaincue par les conclusions motivées du Dr B \_\_\_\_\_ dont elle considère que les rapports doivent se voir reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence, d'autant que la recourante n'amène aucun élément médical susceptible de remettre en cause cette valeur probante. La recourante semble perdre de vue que le déconditionnement complet cardio-vasculaire est la conséquence des importants troubles cardiologiques dont souffre l'assurée depuis l'année 2003 et non du fait qu'elle serait volontairement restée inactive. En outre, il convient de rappeler que le Dr B \_\_\_\_\_ a exclu toute possibilité de réadaptation. Pour le surplus, il sied encore de relever que les autres rapports médicaux versés au dossier ne font que confirmer les conclusions du Dr B \_\_\_\_\_.

A/2196/2010 - 14/15 - Ainsi, la Dresse E \_\_\_\_\_ a rappelé, le 15 juillet 2010, l'apparition d'extrasystoles ventriculaires isolées et polymorphes à l'effort et souligné qu'un réentraînement - tel que préconisé par la recourante pour surmonter le déconditionnement - pourrait entraîner des salves de tachycardie ventriculaire, une syncope ou encore une mort subite. Le Dr A \_\_\_\_\_ a quant à lui conclu, en date du 29 juillet 2006, à une totale incapacité de travail en raison des limitations majeures liées à la cardiopathie. Au vu de tout ce qui précède, il y a lieu de confirmer que la capacité de travail de l'assurée doit être considérée comme nulle quelle que soit l'activité envisagée et ce, dès la fin de mois de juillet 2003, en raison de ses problèmes cardiologiques.

#### **E. 11**

Pour le surplus, l'argument de la recourante quant à la violation de la maxime inquisitoire par l'intimé est dénué de fondement. Ainsi qu'on l'a vu supra, les rapports du Dr B \_\_\_\_\_ doivent se voir reconnaître pleine valeur probante et permettent de tirer des conclusions claires sur l'état de santé de l'appelée en cause et sur ses conséquences sur la capacité de travail. L'intimé n'avait ainsi nullement besoin d'instruire plus avant l'état de santé de l'appelée en cause. Par ailleurs, dans la mesure où les atteintes somatiques ne permettent pas à l'appelée en cause d'exercer une activité lucrative, il est superflu d'examiner ses éventuels problèmes psychiatriques.

#### **E. 12**

En conclusion, l'appelée en cause présentant une totale incapacité de travail dans toutes les activités lucratives depuis le mois de juillet 2003, son degré d'invalidité se confond avec celui de son incapacité de travail (cf. Arrêt du Tribunal fédéral I 43/05 du 30 juin 2006, consid. 5.2). C'est ainsi à juste titre que l'intimé lui a alloué une rente entière d'invalidité dès le mois de juillet 2004 (art. 29 al. 1 let. b LAI). Aussi le recours doit-il être rejeté. Pour le surplus, un émolument de 1'000 fr. est mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

A/2196/2010 - 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.