

# **GE\_GERICHTE ATAS/347/2011 vom 31. März 2011**

GE Cour de justice, 2011-03-31, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_347\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_347_2011)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/347/2011 du 31 mars 2011

IT: GE\_GERICHTE ATAS/347/2011 del 31 marzo 2011

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Jusqu'au 31 décembre 2010, conformément à l'art. 56 V al. 1 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 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. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229, consid. 1.1). S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de l'AI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, elles sont à prendre en considération pour déterminer les prestations dès cette date, eu égard au principe rappelé ci-dessus. Cela étant, cette nouvelle n'a pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4322).

A/1598/2009 - 14/21 - Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b).

### **E. 3**

Le recours, interjeté dans les délais et forme légaux, est recevable (art. 56 ss LPGA).

### **E. 4**

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente au-delà du 31 mars 2007, et singulièrement sur sa capacité à exercer une activité lucrative adaptée dès le 1er avril 2007 et sur le calcul de son degré d'invalidité depuis lors.

### **E. 5**

Préalablement, la Cour de céans relève que si la décision initialement rendue par l'intimée en date du 19 mars 2009 ne limitait pas expressément l'octroi de la rente au 31 mars 2007, il ressortait clairement de sa motivation qu'à compter de janvier 2007, l'OAI considérait qu'il n'y avait plus d'invalidité. Quoi qu'il en soit, la recourante n'a subi aucun préjudice du fait de

cette irrégularité puisqu'une nouvelle décision a été rendue en date du 23 avril 2009 et qu'elle a pu interjeter recours en temps utile.

#### **E. 6**

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et ATF 125 V 413 consid. 2d ; ATF non publiés des 28 décembre 2006, I 520/05, et 21 août 2006, I 554/06). 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). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1).

#### **E. 7**

Il y a ainsi lieu de déterminer si l'état de santé de la recourante s'est amélioré en janvier 2007.

#### **E. 8**

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

A/1598/2009 - 15/21 - 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. 9**

En l'espèce, il ressort du rapport rédigé par la Dresse P\_\_\_\_\_ en mars 2007 que l'état de sa patiente s'est effectivement amélioré, sans que cela entraîne de changement dans les diagnostics posés. Le médecin a précisé que le traitement mis sur pied avait permis une "nette diminution" de la symptomatologie clinique dépressive, même si la symptomatologie

anxieuse restait, elle, présente. Il a fait remonter le début de cette amélioration au 7 décembre 2006 et a conclu à une capacité de travail de 50% depuis janvier 2007, dans tout poste permettant d'éviter stress ou responsabilités. Il est par conséquent indéniable que l'état de santé de la recourante - aux dires de son psychiatre traitant lui-même - s'est amélioré à la fin de l'année 2006. Au surplus, cette amélioration a duré plus de trois mois puisqu'elle a été confirmée en mars 2007. Ce n'est qu'en mai 2007 que le Dr M\_\_\_\_\_ a fait état d'une aggravation somatique due à un problème survenu au niveau du genou. Il ressort de ce qui précède qu'il y a bien eu amélioration de l'état de santé de l'assurée au début de l'année 2007 - voire même en décembre 2006. Reste à examiner dans quelle mesure et quelles en sont les conséquences en termes d'invalidité.

## **E. 10**

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). 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

A/1598/2009 - 16/21 - 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, 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 (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. 11**

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

A/1598/2009 - 17/21 - 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. 12**

En l'espèce, l'intimé a considéré qu'à compter du 1er avril 2007, la recourante a recouvré la capacité d'exercer à plein temps une activité adaptée c'est-à-dire correspondant à celle décrite par les experts, à savoir une activité légère, permettant d'éviter port de charges, montées ou descentes d'escaliers répétées, accroupissement, station debout prolongée, mouvements contraignants pour le dos, stress et promiscuité. A titre d'exemples, les experts ont cité une activité de manutention légère ou un travail de bureau. Pour conclure de la sorte, l'intimé s'est basé sur le rapport d'expertise des Drs Q\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_. Force est de constater que ce rapport doit se voir reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence, quoi qu'en dise la recourante. En effet, il a été établi sur la base des documents mis à la disposition des experts, d'un exposé complet des plaintes exprimées par l'intéressée et d'examens cliniques. De plus, les experts ont clairement expliqué les diagnostics retenus dont on relèvera qu'ils correspondent parfaitement à ceux posés par les différents médecins traitants à l'exception du TOC évoqué pour la première fois en audience par le Dr A\_\_\_\_\_ en octobre 2009, soit bien après la décision litigieuse. La Cour de céans ne met en exergue aucune circonstance particulière permettant de douter de l'indépendance des experts. Ni le Dr M\_\_\_\_\_ ni le Dr U\_\_\_\_\_ ni le Dr A\_\_\_\_\_ n'ont avancé d'éléments permettant de mettre en doute les conclusions des experts sur le plan purement somatique. Ils ne divergent que sur la question de l'évaluation de la capacité de leur patiente à exercer une activité lucrative eu égard à son état de santé psychique. Or, sur ce point, force est de constater que la Dresse Q\_\_\_\_\_ a fort bien motivé sa position. Tout comme le Dr P\_\_\_\_\_, elle a préconisé d'éviter stress et responsabilités. Elle a cependant considéré que, dans ces conditions, la capacité de travail de l'assurée était entièrement préservée, expliquant qu'elle était parvenue à cette conclusion en dépit des diagnostics posés par le fait que l'état dépressif de la patiente avait bien répondu au traitement et ne revêtait plus qu'un degré de gravité moyen, que l'assurée avait

les ressources nécessaires pour continuer à s'y soumettre, qu'elle avait d'ailleurs démontré au personnel soignant qu'elle était capable de s'organiser et de se motiver dans une activité lui correspondant et qu'une reprise du travail lui serait au surplus bénéfique. Si les différents médecins entendus ont permis de rendre plausible une aggravation de l'état de leur patiente désormais sujette à un TOC, ils n'ont apporté aucun élément objectif permettant de s'écarter des conclusions des experts s'agissant de la période antérieure à la décision litigieuse. Ainsi que l'a relevé à juste titre le SMR, la situation qu'ils ont décrite est la même que celle relatée par l'expert psychiatre.

A/1598/2009 - 18/21 - Dans ces conditions, il convient de se ranger à l'avis de l'expert en question, sans qu'il soit besoin de mettre sur pied une nouvelle expertise ainsi que le demande la recourante. Il convient à cet égard de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration 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 traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert, ce qui n'est pas le cas en l'espèce, ainsi qu'on l'a vu. Il suit de ce qui précède que la Cour retiendra, conformément aux conclusions du rapport d'expertise, qu'au début de l'année 2007, la recourante a recouvré la capacité d'exercer à plein temps et plein rendement une activité adaptée telle que décrite par les experts.

### **E. 13**

Reste à se prononcer sur le calcul du degré d'invalidité effectué par l'intimé. a) L'art. 28 al. 1 LAI, en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007, 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). b) D'après l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. c) L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette disposition prévoit que, 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.

A/1598/2009 - 19/21 - Pour ce faire, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). 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 (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalidé 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 75 consid. 3b). 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 ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global 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 75 consid. 5). Le Tribunal fédéral a par exemple admis la réduction maximale de 25% s'agissant d'un assuré âgé de presque soixante-et-un ans au moment de la décision litigieuse, employé depuis près de vingt ans par le même employeur, rencontrant de nombreuses limitations fonctionnelles et ne pouvant travailler qu'à temps partiel (arrêts du TF 9C\_354/2009 et 9C\_405/2009). Il l'a également admis s'agissant d'un assuré âgé, souffrant d'une angine de poitrine et d'une insuffisance artérielle des membres inférieurs, réduit à une activité à temps partiel (arrêt du TF I 405/03) ou encore d'un autre, rencontrant de très nombreuses limitations fonctionnelles, réduit à exercer à temps partiel et titulaire d'un permis B (arrêt du TF I 491/01). Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). 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 non publié du 25 mai 2007, I 428/06 et I 429/06). d) En l'espèce, il a précédemment été déterminé que la recourante a été dans l'incapacité totale d'exercer la moindre activité lucrative du 28 janvier 2005 au 31 décembre 2006, raison pour laquelle elle s'est vu reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité du mois de janvier 2006 à mars 2007 (art. 88a al. 1 RAI).

A/1598/2009 - 20/21 - En ce qui concerne la période postérieure, il sied de procéder à une comparaison des revenus. Il a été établi qu'en bonne santé, l'assurée aurait réalisé en 2006 un revenu de 43'014 fr. Ce montant n'étant pas contesté, il n'y a pas lieu de s'en écarter. Quant au revenu d'invalidé, la recourante n'ayant pas repris l'exercice d'une activité lucrative, il convient de se référer aux salaires statistiques tels qu'ils résultent de l'ESS. Comme cela a été déterminé ci-dessus, la recourante pourrait exercer une activité adaptée à 100%, telle que celle de manutentionnaire par exemple. Eu égard au large éventail d'activités simples et répétitives offertes par les secteurs de la production et des services, on peut considérer qu'un marché du travail équilibré offre un nombre significatif de postes de travail légers correspondant à cette description. Selon les données de l'ESS 2006, le revenu mensuel standardisé d'une femme exerçant une activité simple et répétitive s'élevait à 4'019 fr. par mois (tableau TA1). Ce salaire hypothétique, calculé sur la base d'un horaire hebdomadaire de travail de 40 heures, doit encore être adapté à l'horaire de travail de 2006, lequel est de 41.7 heures (La Vie économique, 7-8/2010, p. 90, tableau B 9.2). On obtient ainsi un revenu annuel brut de 50'278 fr. qui, même si l'on appliquait une réduction maximale de 25% qui ne se justifie pas en l'espèce, ne conduirait qu'à un degré d'invalidité de 12.33% insuffisant pour ouvrir droit à des prestations. Eu égard à ce qui précède, le

recours se révèle infondé de sorte qu'il sera rejeté. Toutefois, dans la mesure où l'instruction de la cause a fait apparaître comme plausible l'éventualité d'une aggravation de l'état de santé de la recourante postérieurement à la décision litigieuse, la cause sera renvoyée à l'intimé à charge pour ce dernier d'instruire cette question et de statuer ensuite.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.