

# **GE\_GERICHTE ATAS/370/2016 vom 12. Mai 2016**

GE Cour de justice, 2016-05-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_370\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_370_2016)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/370/2016 du 12 mai 2016

IT: GE\_GERICHTE ATAS/370/2016 del 12 maggio 2016

## **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 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).

### **E. 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 respectivement le 1er janvier 2004, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, ont entraîné 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).

### **E. 4**

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

### **E. 5**

Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité.

A/798/2013 - 11/21 -

### **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. 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est donc 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).

#### **E. 7**

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 finalement 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. 8**

Le Tribunal fédéral a durant longtemps déterminé les conditions auxquelles des tableaux cliniques psychosomatiques (cf. ATF 137 V 64, consid. 4.3, p. 69) pouvaient donner droit à une rente d'invalidité (ATF 130 V 352, consid. 2.2.2, p. 353, ATF 131 V 49, consid. 1.2, p. 50) en se basant sur la présomption qu'il était possible de surmonter un trouble douloureux somatoforme ou ses effets par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail pouvait résulter de facteurs déterminés, qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Au premier plan figurait l'existence d'une comorbidité

A/798/2013 - 12/21 - psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Les autres critères déterminants étaient : la présence d'affections corporelles chroniques, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit mais apportant un soulagement du point

de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, « fuite dans la maladie ») et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Mais dans un arrêt récent (9C\_492/2014 du 3 juin 2015), notre Haute Cour a repensé la jurisprudence établie depuis l'ATF 130 V 352 en tenant compte, d'une part, de l'expérience accumulée au cours des onze années s'étant écoulées depuis cet arrêt de principe, d'autre part, des critiques formulées par la doctrine médicale et juridique à l'encontre de cette jurisprudence et de sa mise en œuvre. Le Tribunal fédéral a dû convenir que la présomption du caractère surmontable retenue jusqu'alors s'opposait à deux égards à une investigation complète des circonstances déterminantes pour l'incapacité de travail : d'une part, la focalisation sur des indices pouvant éventuellement renverser la présomption avait pour conséquence que l'on cherchait avant tout des aspects invalidants, alors que les ressources avaient tendance à être négligées, d'autre part, la présomption du caractère surmontable incitait parfois à sélectionner sur la base des critères les éléments de fait déterminants de manière à ce que le cas type soit réalisé, ce qui conduisait à une schématisation contraire à la libre appréciation des preuves et à l'application d'office du droit. Au surplus, la présomption favorisait la conception que le caractère surmontable était indivisible, de sorte que seule une incapacité de travail entière pouvait entrer en considération (arrêt op. cit. consid. 3.4.2). Fort de ce constat, le Tribunal fédéral a choisi de remplacer le modèle règle/exception ayant cours jusqu'alors par une grille d'analyse structurée et normative (arrêt op. cit. consid. 3.6). Il préconise une nouvelle méthode pour apprécier la question de savoir si le trouble douloureux diagnostiqué entraîne une incapacité de travail entière ou partielle : au moyen d'un catalogue d'indicateurs, la capacité de travail effectivement atteignable est soumise à une appréciation symétrique sans résultat prédéfini – qui tient compte des facteurs extérieurs incapacitants, d'une part, des potentiels de compensation (ressources), d'autre part (arrêt op. cit. consid. 3.6). Il sied toutefois de souligner que l'abandon de la présomption du caractère surmontable de la douleur n'a pas d'influence sur l'exigibilité et la nécessité d'une preuve objective : il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable.

A/798/2013 - 13/21 -

## **E. 9**

Les observations médicales constituent le point de départ de l'examen du droit à la rente conformément aux art. 4 al. 1 LAI et 6ss LPGA (en particulier l'art. 7 al. 2 LPGA) : une limitation de la capacité de travail ne peut donner droit à des prestations que si elle résulte d'une atteinte à la santé ayant fait l'objet d'un diagnostic indiscutable, établi par un médecin spécialiste de la discipline concernée) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (arrêt op. cit., consid. 2.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3). Les experts doivent donc donner des explications quant au diagnostic, afin d'établir le caractère de maladie, mais également quant aux atteintes concrètes des fonctions nécessaires à la gestion du quotidien, lesquelles seront aussi reprises dans l'estimation de la capacité de travail. A cet égard, il ne faut inclure dans la « preuve cohérente d'une activité et d'une participation perturbées » que des déficits fonctionnels émanant des observations qui ont également été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par un examen consciencieux de plausibilité (arrêt op. cit. consid. 2.1.2 ; ATF 140 V 290, consid. 3.3.1, p. 296 et consid. 3.3.2 au début, p. 297). Il conviendra également que les experts se prononcent sur

l'existence ou non d'une limitation résultant d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (se manifestant par une discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins médicaux, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ou encore, l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact étant précisé qu'un simple comportement explicite n'indique pas en soi une exagération ; arrêt op. cit. consid. 2.2.1).

#### **E. 10**

Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas. Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations

A/798/2013 - 14/21 - de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. L'égalité de traitement commande en effet de soumettre tous les tableaux cliniques présentant des syndromes sans origine pathogène ou étiologique claire aux mêmes exigences en matière d'assurances sociales (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 70/07 du 14 avril 2008 consid. 5). Ainsi, les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), aux syndromes de fatigue chronique (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3), de neurasthénie (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 70/07 du 14 avril 2008, consid. 5), d'anesthésie dissociative et d'atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007, consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4) et de traumatisme du type "coup du lapin" (ATF 136 V 279 consid. 3.2.3). S'agissant en particulier des troubles moteurs dissociatifs, le TF a confirmé à plusieurs reprises sa jurisprudence, notamment dans plusieurs arrêts de principe (cf. ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3 p. 13 s.; 137 V 64 consid. 4.2 p. 68; 136 V 279 consid. 3.2.1 p. 282 ; cf. également arrêt 8C\_607/2015 du 3 février 2016).

#### **E. 11**

La nouvelle approche préconisée par le Tribunal fédéral entraîne des adaptations dans la formulation des indicateurs et un certain élargissement matériel des aspects déterminants de l'examen. S'il est ainsi possible de se baser sur la liste de critères utilisée jusqu'alors, cette liste doit cependant être utilisée en tenant toujours compte des circonstances du cas particulier (il ne s'agit pas d'une « check-list où il suffit de cocher des rubriques ») et elle

n'est pas non plus immuable en tant que telle mais ouverte aux connaissances médicales nouvellement établies qui, en tant que réalités juridiques, marquent la conception de la liste de leur empreinte (cf. arrêt op. cit. consid. 4.1.1). Il s'impose dès lors d'abandonner l'importance prioritaire de la comorbidité psychique et de renoncer à faire référence au bénéfice primaire de la maladie. On ne parle plus de « critères » mais d'« indicateurs », c'est-à-dire d'éléments de preuve déterminants servant à établir un état de fait donné (arrêt op. cit. consid. 4.1.29.), les réponses des experts médicaux constituant des indices devant aider à pallier à la difficulté d'apporter la preuve dans l'évaluation de l'incapacité de travail lors de troubles psychosomatiques. Ces indicateurs peuvent être systématisés de la manière suivante : Catégorie « degré de gravité fonctionnel » - complexe « atteinte à la santé » : • expression des éléments pertinents pour le diagnostic

A/798/2013 - 15/21 - • succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard • comorbidités - complexe « personnalité » : diagnostic de la personnalité, ressources personnelles - complexe « contexte social » Catégorie « cohérence » (comportement) - limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines de la vie - poids des souffrances révélé par l'anamnèse (cf. traitements et réadaptation)

## **E. 12**

En l'espèce, l'expert neurologue a rendu un rapport basé sur une documentation complète et des diagnostics précis, comportant une discussion convaincante des diagnostics retenus et apportant des réponses motivées, exhaustives et sans équivoque aux questions posées. Elle peut donc se voir reconnaître pleine valeur probante, ce qu'aucune des parties ne conteste d'ailleurs. On rappellera par ailleurs qu'en principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Se pose en revanche la question de savoir si une expertise complémentaire psychiatrique est nécessaire, étant rappelé qu'il n'est désormais plus contesté que la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral doit trouver ici application, dans la mesure où la procédure était pendante au moment où elle a été adoptée, d'une part, où les troubles moteurs dissociatifs tels que celui retenu par l'expert judiciaire en l'occurrence y sont soumis de jurisprudence constante, d'autre part. Pour répondre à cette question, il convient de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a ainsi lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (ATF 141 V 281 consid. 8 p. 309). Dans la nouvelle jurisprudence 9C\_492/2014, si le Tribunal fédéral a abandonné la présomption du caractère surmontable d'un syndrome douloureux somatoforme, il a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable et ce, même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées.

A/798/2013 - 16/21 - Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses

douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (cf. arrêts 9C\_899/2014 et 9C\_173/2015). En l'occurrence, aucun motif d'exclusion du droit aux prestations n'a été mis en évidence par les nombreux médecins qui se sont déjà prononcés, que ce soit les neurologues ou le psychiatre traitant. Au contraire, les plaintes de l'assurée ont été corroborées et les tremblements objectivés par les différents intervenants. Aucun n'a mis en doute l'existence de ceux-ci et les neurologues ont clairement exclu que les tremblements soient feints, simulés ou même exagérés. À cet égard, une expertise supplémentaire n'apparaît donc pas nécessaire. Reste à examiner si les rapports et examens des médecins et expert judiciaire permettent d'examiner la réalisation des nouveaux critères énoncés par notre Haute Cour. Le premier indicateur mentionné est celui de « l'expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes ». À cet égard, on attend des experts que leurs constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles qui résultent de l'atteinte des conséquences (directes) de facteurs non assurés. C'est dans ce cadre qu'il convient d'examiner, par exemple, s'il y a exagération sans qu'il faille a priori exclure de ce fait une atteinte à la santé significative sur le plan juridique. La gravité de l'évolution de la maladie doit aussi être rendue plausible à l'aide de tous les éléments disponibles provenant de l'étiologie et de la pathogenèse déterminantes pour le diagnostic. En l'occurrence, les limitations fonctionnelles ont été clairement énoncées par l'expert judiciaire. Tous les médecins s'étant exprimés, sans exception, ont reconnu l'impact - qualifié de « majeur » par le Dr E \_\_\_\_\_ - des tremblements de l'assurée sur ses activités. Par ailleurs, comme déjà dit, tout élément d'exagération a été écarté par l'expert judiciaire. De ce point de vue encore, une expertise supplémentaire apparaît inutile. Le second indicateur mentionné est le succès du traitement ou la résistance à cet égard, c'est-à-dire l'évolution et le résultat des thérapies.

L'échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée, réalisée lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif, alors qu'on ne pourra rien déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie si, en revanche, le traitement resté sans résultat ne correspond pas (ou plus) à l'état actuel de la médecine ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce.

A/798/2013 - 17/21 -

A cet égard, l'expert judiciaire a souligné la durée de l'évolution de la maladie dans le temps. S'il a préconisé une physiothérapie, il a également convenu que les résultats n'étaient pas garantis et ne pourraient se faire sentir qu'après des mois, voire des années. Le troisième indicateur réunit les anciens critères de « comorbidité psychiatrique » et de « maladies physiques concomitantes », en vertu de la nécessité de l'approche globale des interactions et autres corrélations du trouble douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes préconisée par le Tribunal fédéral. Il est renoncé à l'importance prépondérante accordée jusqu'alors à la comorbidité psychiatrique : la comorbidité psychique n'est plus prioritaire de manière générale mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive la personne assurée de ressources. L'importance accordée jusque-là à « sa gravité, son acuité et sa durée » n'est plus relevante. En l'occurrence, le psychiatre traitant a

clairement indiqué que l'état dépressivo- anxieux initialement présent avait bien répondu au traitement et était en rémission depuis fin 2012, de sorte qu'il n'y a pas lieu à investiguer plus avant, le seul trouble psychique étant finalement celui retenu par l'expert judiciaire. À ces trois premiers indicateurs concernant le degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, s'ajoute un quatrième, relatif à la personnalité. En effet, du fait de la prise en compte renforcée des ressources, le complexe de la personnalité (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales) gagne en importance. En l'occurrence, cependant, l'expert judiciaire a d'ores et déjà établi que le trouble ne pouvait être surmonté et n'était pas maîtrisable par la recourante. Enfin, le contexte social, qui influence aussi la manière dont se manifestent concrètement les effets de l'atteinte à la santé, constitue un cinquième indicateur. À ce sujet, il y a deux choses à retenir : d'une part, dans la mesure où elles ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, les contraintes sociales continuent à ne pas être prises en considération. D'autre part, des ressources (mobilisables) peuvent aussi être tirées du contexte de vie de la personne assurée, notamment le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social. Il faut toujours s'assurer que l'incapacité de gain pour des raisons de santé, d'une part, et l'absence de revenus non assurés ou d'autres situations éprouvantes, d'autre part, ne se recouvrent pas (arrêt op. cit. consid. 4.3.3). Il n'apparaît cependant pas que ce soit le cas en l'espèce. On ajoutera que les limitations que rencontrent la recourante sont uniformes dans tous les domaines, puisqu'elle est entravée tant dans ses activités ménagères que professionnelles et dans sa toilette.

A/798/2013 - 18/21 - Eu égard aux considérations qui précèdent, la Cour de céans considère que les rapports médicaux versés au dossier sont suffisants pour examiner les nouveaux critères jurisprudentiels, étant par ailleurs rappelé que, contrairement à ce qui prévaut en matière de trouble somatoforme douloureux à proprement parler, on se trouve ici devant un trouble moteur objectivé par tous les médecins, non feint, non simulé et non exagéré, entraînant des limitations également non contestées, évaluées par l'expert judiciaire à 40% dans une activité adaptée. Pour son évaluation de la capacité de travail, l'expert s'est basé exclusivement sur les déficits fonctionnels constatés objectivement, en précisant une fois encore que ce n'est pas parce que le trouble est psychique qu'il faut en conclure qu'il serait surmontable. Il convient à cet égard de rappeler que, selon la nouvelle jurisprudence, l'évaluation de l'invalidité dans des cas de troubles psychosomatiques doit aujourd'hui davantage tenir compte de l'aspect des répercussions fonctionnelles. En l'occurrence, dans la mesure où les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé constatée médicalement sont prouvées de manière définitive et sans contradiction avec une vraisemblance prépondérante au moyen des indicateurs standards, il convient de reconnaître un caractère invalidant aux tremblements de l'assurée et de se ranger à l'appréciation de la capacité résiduelle de travail de l'expert, soit 60% dans une activité adaptée et ce, depuis 2012, époque où l'assurée n'a plus pu porter d'objets du côté droit.

## **E. 13**

Il convient à présent de se prononcer sur le taux d'invalidité. a) 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).

A/798/2013 - 19/21 - 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 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. Il convient encore de rappeler l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage. Il s'agit là d'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). Le juge ne peut dès lors 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). b) En l'espèce, la recourante a travaillé en dernier lieu en tant qu'indépendante. Si les bilans des années 2010 et 2011 figurent certes au dossier, le montant du revenu déclaré à l'AVS en 2011 fait défaut. Par ailleurs, jamais l'intimé ne s'est exprimé - bien qu'il y ait été plusieurs fois invité - sur le calcul du degré d'invalidité. Dans ces circonstances, il convient de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il procède aux investigations nécessaires à l'établissement du revenu avant invalidité puis au calcul du degré d'invalidité compte tenu d'une capacité résiduelle de travail de 60% dans une activité adaptée telle que décrite par l'expert judiciaire, après consultation de sa division de réadaptation professionnelle et examen d'une éventuelle réduction du revenu d'invalidé à prendre en considération. Cas échéant, il conviendra également qu'il se prononce sur l'octroi éventuel de mesures de réadaptation.

A/798/2013 - 20/21 -

#### **E. 14**

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens

des considérants.

A/798/2013 - 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.