

# **GE\_GERICHTE ATAS/483/2011 vom 17. Mai 2011**

GE Cour de justice, 2011-05-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_483\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_483_2011)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/483/2011 du 17 mai 2011

IT: GE\_GERICHTE ATAS/483/2011 del 17 maggio 2011

## **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; 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). Dès 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 26 septembre 2010). 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 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b). En l'espèce, la demande de prestation a été formée le 19 avril 2007 et la décision litigieuse date du 28 octobre 2009. Le litige concerne l'octroi d'une rente au-delà du 31 janvier 2008, mais porte sur l'amélioration de l'état de santé de l'assurée dès novembre 2007. Par conséquent, d'un point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, entrées en vigueur le 1er janvier 2004. Les modifications de la LAI consécutives à la 5ème révision entrées en vigueur le 1er janvier 2008 ne sont pas applicables sauf aux modifications de l'état de santé postérieures au 1er janvier 2008 (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329).

### **E. 3**

La recevabilité du recours a déjà été admise par arrêt du 23 mars 2010 (art 56 et 60 LPGA).

### **E. 4**

Sont litigieux l'octroi d'une rente au-delà du 31 janvier 2008, la capacité de travail de l'assurée dès fin novembre 2007 et le calcul du taux d'invalidité.

A/4201/2009 - 10/16 -

### **E. 5**

a) 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, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1er LPGA).

b) Selon l'art. 4 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé de l'assuré ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 5 consid. 2b, 157 consid. 3a). S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où il prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1er LAI dans sa version en vigueur avant la 5e révision de la loi, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable, mais au plus tôt le premier jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 aLAI ; ATF 126 V 5 consid. 2b et les références).

c) Selon l'art. 28 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007, 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.

d) En vertu de l'art. 28a al. 1er LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette dernière 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. Pour procéder à la comparaison des revenus, 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

A/4201/2009 - 11/16 - 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'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 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 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). Enfin, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser, dans un arrêt du 19 décembre 2003 (ATF 130 V 121), que le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. e) La réduction des salaires ressortant des statistiques ressortit en premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité a, dans le cas concret, adopté dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références). f) Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit

A/4201/2009 - 12/16 - l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPG (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).

## **E. 6**

a) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références ; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). b) 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 enfin que 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 160 consid. 1c et les références). c) 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).

A/4201/2009 - 13/16 - d) On ne saurait mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un COMAI – dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'Office fédéral des assurances sociales sont garantis (ATF 123 V 175) – et un rapport médical établi par le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) ; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est de manière générale nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères exposés précédemment (ATFA non publié du 24 août 2006, I 938/05, consid. 3.2).

#### **E. 7**

a) En l'espèce, force est de constater que le premier arrêt du 23 mars 2010 a mal apprécié les divers rapports médicaux et le taux d'invalidité de l'assurée. Le médecin de l'assurée, les médecins du SMR, en particulier le rhumatologue ayant procédé à l'examen du 25 août 2009 et les experts du CEMED s'accordent sur le fait que le seul diagnostic avec effet sur la capacité de travail est celui de spondylarthropathie, les autres affections (asthme, syndrome obstructif et obésité) n'étant pas invalidantes. Les autres douleurs alléguées par l'assurée ne sont pas objectivées et sont retenues comme étant invalidantes seulement par le médecin traitant. Les mêmes limitations fonctionnelles sont retenues par tous les médecins : alternance des positions assise et debout, maintien de la position debout au maximum trente minutes, assise au maximum une heure, port de charges limitées à sept kilos. Seul le médecin traitant retient d'autres limitations (s'accroupir et s'agenouiller et pas de travail dans une atmosphère enfumée).

S'agissant des autres affections, non seulement l'avis du médecin traitant n'est pas suffisant pour fonder la décision de la Cour, mais cet avis est, après réexamen du dossier, valablement contredit par celui du Dr I \_\_\_\_\_ et du CEMED. Ceux-ci retiennent, d'une part, que les autres douleurs articulaires ne sont pas objectivées et, d'autre part, que l'importante obésité en est la cause principale. Le médecin traitant ne nie d'ailleurs pas que cette obésité participe aux douleurs multiples que ressent l'assurée, mais il affirme, sans se fonder sur des éléments objectifs que toutes les autres douleurs (chevilles, genoux et dos) peuvent être liées à la spondylarthropathie. Il s'agit ainsi d'une affirmation qui n'est pas étayée, le médecin faisant lui aussi état de "douleurs diffuses".

Il faut donc retenir, en premier lieu que seule la spondylarthropathie a un effet sur la capacité de travail, l'obésité n'étant pas du ressort de l'AI et les autres affections n'étant pas démontrées. b) Les avis divergent également s'agissant des répercussions sur la capacité de travail des diagnostics posés. Le Dr I \_\_\_\_\_, rhumatologue auprès du SMR, et le

CEMED estiment que la capacité de travail est complète depuis novembre 2007 dans une activité respectant toutes les limitations fonctionnelles, telle que celle de

A/4201/2009 - 14/16 - réceptionniste ou de téléphoniste, alors que le médecin traitant estime que la capacité de travail est au maximum de 50%, compte tenu de l'ensemble des affections dont souffre la patiente, soit des douleurs plantaires, à la cheville, au genou et au dos, ainsi que la surcharge pondérale et ce, même si le traitement anti-inflammatoire était suivi. En analysant de façon plus précise les déclarations du Dr B\_\_\_\_\_, il semble que l'assurée a cessé le traitement de REMICADE pour plusieurs motifs infondés (coût du traitement, qui est pourtant à la charge de l'assurance, absence d'effet sur les douleurs alors que les HUG ont clairement informé la patiente que trois injections étaient nécessaires, crainte abstraite des effets du médicament). De plus, l'assurée a clairement indiqué en audience que ce n'était pas en raison d'effets secondaires lors de ce traitement-là qu'elle l'avait interrompu. Au demeurant, tous les médecins admettent qu'un traitement par HUMIRA ou REMICADE, de même que les autres traitements anti-inflammatoires, améliorent la situation inflammatoire et donc douloureuse. Tant le CEMED que le Dr I\_\_\_\_\_ et les HUG retiennent le bénéfice incontestable d'un traitement régulièrement suivi, les autres plaintes étant à prédominance mécanique. En suivant ces avis convergents, force est de constater que l'assurée dispose depuis fin 2007 d'une pleine capacité de travail dans son activité antérieure de réceptionniste, qui n'empêche pas de se lever une fois par heure un instant, étant précisé que cette activité peut être déployée ailleurs que dans un restaurant, évitant ainsi la fumée, problème d'ailleurs résolu depuis l'interdiction de fumer dans les établissements publics. c) En suivant l'avis du Dr B\_\_\_\_\_ quant aux effets néfastes des divers traitements tentés dont la poursuite n'est peut-être pas exigible de l'assurée, l'arrêt du 23 mars 2010 a omis de tenir compte de deux éléments. D'une part, l'incapacité de travail de 50% alléguée par le médecin traitant est tout autant causée par la spondylarthropathie que par les autres douleurs, qui ne relèvent pas de l'invalidité. D'autre part, il ressort de la description d'une journée de travail par l'assurée et de son comportement lors de l'examen clinique du Dr I\_\_\_\_\_ que l'importance des douleurs annoncées par l'assurée contraste fortement avec sa capacité locomotrice.

Ainsi et en admettant que la spondylarthropathie persiste à avoir, au-delà de fin 2007, des effets sur la capacité de travail, compte tenu de la fluctuation des périodes inflammatoires, cas échéant de l'admissibilité de l'irrégularité des traitements, l'incapacité de travail de l'assurée ne dépasse pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, 25% au maximum.

d) S'agissant du calcul du taux d'invalidité, l'arrêt du 23 mars 2010 ne tenait pas compte d'un abattement de 10% sur le salaire, mais d'une diminution de rendement

A/4201/2009 - 15/16 - de 10%, qui s'ajoute effectivement au taux d'incapacité de travail retenu. En cela, le calcul était correct. La comparaison des revenus n'a pas à être effectuée, dès lors que l'activité antérieure reste exigible, de sorte que l'incapacité de travail se confond avec le taux d'invalidité. Cela étant, s'il faut effectuer la démonstration de ce qui précède, le dernier revenu de l'assurée, en qualité de réceptionniste était de 38'981 fr. pour 42 heures de travail en 2000. Indexé à 2008, le revenu est de 45'184 fr. Dès lors que l'assurée peut effectuer le même travail, le cas échéant au minimum à un taux de 75%, le revenu d'invalidité est de 33'888 fr., ce qui implique un taux d'invalidité de 25%. La question de la justification d'un abattement supplémentaire de 10% en raison des poussées inflammatoires (aucun autre critère n'étant réalisé) pourra rester ouverte dès lors que cela aboutirait à un revenu de 30'500 fr., ce qui impliquerait un taux d'invalidité de 32% qui

n'ouvre pas non plus de droit à une rente d'invalidité, le quart de rente étant octroyé à partir d'un taux de 40%. e) L'assurée étant capable d'exercer la même profession, aucune mesure de réadaptation professionnelle ne se justifie.

**E. 8**

Le recours est donc rejeté. La recourante, qui succombe, est par ailleurs condamnée à un émolument de 200 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI).

A/4201/2009 - 16/16 - 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.