

# **GE\_GERICHTE ATAS/517/2014 vom 15. April 2014**

GE Cour de justice, 2014-04-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_517\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_517_2014)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/517/2014 du 15 avril 2014

IT: GE\_GERICHTE ATAS/517/2014 del 15 aprile 2014

## **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

A/223/2012 - 13/25 - 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 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). 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. 3.3**

et B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2). c. Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/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 (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. 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, dans le cas concret, a adoptée 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 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; ATF non publié 8C\_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5). d. En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (ATF non publié 9C\_279/2008 du 16 décembre 2008, consid. 4).

A/223/2012 - 18/25 - Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPG, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328). D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une

capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (ATF non publié 9C\_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence).

#### **E. 4**

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, en vertu des art. 56ss LPGA.

#### **E. 5**

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

#### **E. 6**

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

A/223/2012 - 14/25 - 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. 28a al. 1 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 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. 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; ATFA non publié 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). Ces principes sont valables, selon

la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2).

## **E. 8**

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/223/2012 - 15/25 - 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). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, 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 jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge 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

A/223/2012 - 16/25 - cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C\_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). 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 la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

### **E. 9**

a. 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 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). 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 222 et ATF 128 V 174). b. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). 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 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou

A/223/2012 - 17/25 - encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATFA non publiés I 168/05 du 24 avril 2006, consid.

### **E. 10**

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à

laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Aux termes de l'art. 88a al. 2 RAI, si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable.

#### **E. 11**

Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la

A/223/2012 - 19/25 - contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 414 consid. 1a, 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet du litige, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503, 122 V 36 consid. 2a et les références). Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes: la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée et les droits procéduraux des parties doivent être respectés (ATF non publié 9C\_678/2011 du 4 janvier 2012, consid. 3.1). L'extension de l'objet de la contestation ne peut pas conduire à inclure dans le litige une question qui a déjà été jugée par une décision entrée en force et à remettre celle-ci en cause, au-delà d'un examen sous l'angle des conditions de la reconsidération ou de la révision procédurale (ATF non publié 9C\_678/2011 du 4 janvier 2012, consid. 3.3).

#### **E. 12**

En l'espèce, l'expertise des Dr T\_\_\_\_\_ et U\_\_\_\_\_ peut se voir reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. Leur rapport se fonde sur deux examens médicaux de l'assurée et une anamnèse précise, il est établi en pleine connaissance de l'ensemble du dossier, les questions litigieuses importantes ont fait l'objet d'une étude fouillée. Enfin, les conclusions des experts sont bien motivées, claires et étayées et ils ont précisé celles-ci à la demande de la Cour de céans. D'ailleurs, ni la recourante, ni l'intimé ne remettent en cause la valeur probante et les conclusions de l'expertise. Il est ainsi établi que l'assurée est incapable de travailler à 50% depuis le 1er juillet 2009 dans son activité habituelle, mais dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (port de charge, activité et mouvements répétés avec les membres supérieurs, surtout à gauche et des deux côtés en élévation, position debout prolongée et gestes fins répétés de la main gauche). Dès septembre 2012, elle est incapable de travailler à

50% dans toute activité en raison de la sévérité des troubles dépressifs et anxieux et elle n'a pas la capacité d'entreprendre des mesures de

A/223/2012 - 20/25 - réadaptation professionnelle, en raison de son état psychique et de ses limitations fonctionnelles.

### **E. 13**

Il convient donc en premier lieu de calculer le taux d'invalidité de la recourante dès juillet 2010, à l'issue du délai de carence d'un an dès le mois de juillet 2009, afin de déterminer son droit à une rente dès le 1er octobre 2010, à l'échéance de la période de 6 mois dès le dépôt de la demande le 14 avril 2010. Le salaire de l'assurée, à plein temps, était de CHF 3'400.- x 13 en 2009 selon l'attestation de l'employeur du 4 mai 2010. Après l'atteinte à la santé et la réduction de l'horaire de travail de 42 h. à 22,5 h., son salaire a été fixé à CHF 3'060.- x 13 dès le mois d'octobre 2009. On ne peut pour autant en déduire que sans atteinte à la santé, en continuant à travailler à 100%, l'assurée aurait alors vu son salaire fixé à CHF 5'700.- (CHF 3'060.-/. 22,5 h. x 42 h.). Ainsi le revenu de 2009 avant l'invalidité (CHF 3'400.- x 13 = CHF 44'200.-), réévalué à 2010 s'élève à CHF 45'128.-. L'OAI s'est fondé sur l'ESS, TA1, global, niveau 4 pour fixer le salaire avec invalidité. En 2010, pour 41,6 heures d'activité, ce salaire s'élevait à CHF 52'728.-. La recourante fait valoir qu'avant de fixer le salaire d'invalidité, l'OAI aurait dû déterminer quelle était l'activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Les experts ont retenu que l'activité habituelle n'était pas exigible à plus de 50% en raison des limitations fonctionnelles, en particulier les mouvements répétés avec le membre gauche, les gestes fins répétés avec la main gauche. A ces limitations concernant son activité habituelle s'ajoutent les mouvements répétés des deux membres supérieurs en élévation, le port de charges et la station debout prolongée. Le Tribunal fédéral confirme souvent que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif sont adaptées aux limitations d'épargne classiques du rachis (pas de port de charges supérieur à 10 kg de façon répétitive, pas de position en antéflexion ou en porte-à-faux du tronc de façon répétitive ou contre résistance, pas de position statique assise au-delà de 40 minutes, diminution du périmètre de marche à 20 minutes, pas de position statique debout au-delà de 20 minutes, possibilité d'alterner les positions assise/debout au minimum deux fois par heure, pas d'activité en terrain instable, pas de montée ou descente d'escaliers à répétition, pas d'activité en hauteur, pas d'exposition à des machines ou outils provoquant des vibrations dans le cas de l'arrêt cité 9C\_279/2008), ce qui permet à l'OAI de se fonder sur l'ESS, TA1 global, niveau 4. Dans le cas d'espèce toutefois, la recourante – outre les limites concernant le port de charge et la station debout prolongée - est non seulement limitée en élévation et en répétition avec les deux membres supérieurs, mais elle est plus gravement limitée avec son membre supérieur gauche, pour les mouvements amples, de force et les gestes fins, de sorte que même si elle est droitrière, il n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante qu'un nombre suffisant d'activités ressortant de l'ESS précité soient compatibles avec ses limitations. En effet, sans formation et sans expérience, l'assurée n'a accès qu'à des métiers manuels, simples et répétitifs et la Cour ne saurait retenir sans un examen approfondi par le service de la réadaptation

A/223/2012 - 21/25 - que l'assurée est en mesure de travailler à plus de 50% dans l'industrie légère, puisque tel n'est pas le cas dans une fabrique de chocolat. Au surplus, compte tenu de l'âge de l'assurée, de la seule activité légère possible, des importantes limitations et du nombre d'années d'activité dans la chocolaterie, il se justifiera de plus, pour autant qu'une

activité mieux adaptée que celle actuellement exercée existe, de retenir un abattement supplémentaire de 25% sur le salaire d'invalidé. Finalement, il est établi par l'expert psychiatre que l'assurée n'a plus les ressources psychiques pour changer d'activité, le cas échéant se soumettre à des mesures de réadaptation. D'ailleurs, dans la mesure où l'assurée parvient difficilement et courageusement à assumer son emploi à 50%, il n'est pas envisageable de la soumettre, pour le 50% restant, à un stage d'observation, sauf limité à quelques demi-journées éparses sur plusieurs semaines. Cela étant dit, l'expertise n'établit pas qu'en 2010 déjà, l'état psychique de l'assurée l'aurait empêchée de changer d'activité, de sorte que la Cour ne peut pas retenir que l'assurée était alors déjà invalide à 50%. Pour l'ensemble de ces motifs, la cause devra être renvoyée à l'OAI afin qu'il détermine quelles activités étaient objectivement et raisonnablement exigibles de l'assurée en 2010, compte tenu des limitations fonctionnelles retenues par les experts, puis fixe le cas échéant le salaire dans ces branches-là, afin de calculer le taux d'invalidité et le droit à la rente dès le 1er octobre 2010, après abattement de 25%.

#### **E. 14**

En second lieu, si la dégradation de l'état de santé psychique a été confirmée lors de l'expertise du 9 juillet 2013, elle remonte cependant en tout cas à septembre 2012 selon les experts, voire à une date antérieure. En effet, le Dr R\_\_\_\_\_ a mentionné en septembre 2012 qu'il avait dû revoir son appréciation de la sévérité de l'état dépressif de sa patiente, sans mentionner toutefois une aggravation qui daterait de septembre 2012. En mai 2012, le Dr R\_\_\_\_\_, qui suivait l'assurée depuis une année entière, estimait que l'incapacité était prioritairement causée par la maladie rhumatismale. En avril 2011, il relevait que l'expertise n'avait pas pris en compte la maladie psychiatrique dont il avait fait état dans son rapport du 21 mai 2010, sans mentionner d'aggravation. En juillet 2012, il a clairement exposé, de façon documentée, les motifs pour lesquels le trouble dépressif et l'anxiété impliquaient une incapacité de travail de 50%. Il est ainsi fort probable que, si la Cour de céans avait interrogé le Dr R\_\_\_\_\_ en mai 2012, au début de la procédure, ce psychiatre aurait donné les mêmes réponses que celles qu'il a faites en septembre 2012. Or, c'est sur la base du courrier du Dr R\_\_\_\_\_ du 18 septembre 2012 que l'expert judiciaire détermine que l'état dépressif est incapacitant dès cette date. On comprend cependant des explications de l'expert qu'à défaut de rapport médical plus circonstancié antérieur à celui de septembre 2012 (le cas échéant juillet 2012), il ne peut pas retenir avec certitude que l'état psychique était incapacitant avant cette date. Si l'on peut regretter que l'expert

A/223/2012 - 22/25 - judiciaire retienne une aggravation postérieure à l'expertise de la Dresse Q\_\_\_\_\_, puisque, dans le même temps, il relève avec pertinence que cette experte mandatée par l'OAI a ignoré la présence d'un trouble dépressif, tout en retenant les symptômes y relatifs et a écarté d'un revers de la main un trouble anxieux, qui était pourtant relevé, à défaut de date mieux documentée, il convient de retenir avec l'expert que l'assurée était, en tout cas, incapable de travailler à 50%, dans toute activité, en raison d'un trouble psychique depuis le mois de septembre 2012, voire depuis le mois de juillet 2012. Cela étant dit, lors du rapport d'expertise de juillet 2013, l'assurée présentait donc une incapacité de travail durable depuis 10 à 12 mois. Lorsque la cause a été gardée à juger, en décembre 2013, l'atteinte psychique invalidante n'était donc pas récente, puisqu'elle datait de plus d'une année. En d'autres termes, le 1er septembre 2013 au plus tard, à l'échéance du délai de carence d'un an, l'assurée était invalide à 50%. Il ne se justifie donc pas, contrairement à

ce que soutient l'intimé, de lui renvoyer la cause pour examiner si l'incapacité de travail a été durable puisque cela a été établi au cours de la présente procédure.

#### **E. 15**

A cet égard, l'objet de la contestation déterminé par la décision du 8 décembre 2011 est le droit à une rente d'invalidité à la date de ladite décision, soit en décembre 2011. Etant donné que la Cour de céans arrive à la conclusion, à la suite de l'instruction à laquelle elle a dû procéder, que la recourante a droit à une rente d'invalidité dès le 1er septembre 2013, il convient d'examiner si les conditions d'une extension de l'objet de la contestation sont réunies. Dans le présent cas, la question excédant l'objet de la contestation, à savoir le droit à une rente d'invalidité, est en état d'être jugée au vu de l'instruction menée à ce sujet par une expertise judiciaire établissant une telle invalidité. De plus, il existe un état de fait commun entre la question du droit à la rente en 2011 et celle d'un tel droit dès septembre 2013 puisque les mêmes causes sont invoquées dans les deux cas pour légitimer une incapacité de travail. En outre, l'intimé a été invité à se prononcer sur les résultats de l'expertise judiciaire et sur les questions complémentaires posées aux experts. Enfin, la question du droit à une rente d'invalidité dès le 1er septembre 2013 n'a pas fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée, puisque l'intimé a considéré que la recourante ne présentait aucune atteinte à la santé justifiant une incapacité de travail et que cette décision a fait l'objet du recours. Par conséquent, pour des raisons d'économie de procédure et de cohérence, il se justifie d'étendre l'objet du litige au droit à une rente d'invalidité dès le 1er septembre 2013.

#### **E. 16**

En définitive, au vu de l'incapacité de travail de 50 % dans toute activité lucrative, l'invalidité peut être fixée à 50 %. En effet, dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant

A/223/2012 - 23/25 - et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATFA non publiés I 43/05 du 30 juin 2006, consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003, consid. 5.2). Par conséquent, la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1er septembre 2013. Cela étant, si l'instruction complémentaire de l'OAI devait aboutir à l'octroi d'un quart de rente d'invalidité dès le 1er octobre 2010, l'OAI devra alors faire application de l'art. 88a al. 2 RAI et fixer le droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1er décembre 2012, soit trois mois après l'aggravation de l'état psychique remontant à septembre 2012.

#### **E. 17**

Il convient enfin de déterminer si les frais de l'expertise judiciaire peuvent être mis à la charge de l'intimé. Lorsque le Tribunal cantonal constate qu'une instruction est nécessaire et ordonne une expertise à la place d'un renvoi de la cause audit assureur, les coûts de l'expertise peuvent être supportés par l'assureur lorsque les résultats de l'instruction en procédure administrative non contentieuse n'ont pas de force probante et qu'un renvoi pourrait être envisagé aux fins d'instruction complémentaire mais qu'il convient d'y renoncer au regard du respect de la loyauté de la procédure (ATF 139 V 225 consid. 4.3 avec référence à l'ATF 137 V 210 consid. 4.4.1 et 4.4.2). Il convient d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des

constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.4). En l'espèce, au vu des importantes divergences entre l'appréciation de la Dresse Q\_\_\_\_\_ et du Dr R\_\_\_\_\_, qui faisait état d'éléments objectifs remettant en doute les conclusions de la Dresse Q\_\_\_\_\_, la Cour a dû ordonner une expertise psychiatrique. Compte tenu de l'appréciation divergente du Dr L\_\_\_\_\_ et du Dr P\_\_\_\_\_, la Cour a estimé utile de procéder à une expertise bidisciplinaire, incluant un volet rhumatologique. L'expertise de la Dresse T\_\_\_\_\_ rejoint les conclusions du Dr P\_\_\_\_\_. Par contre, l'expertise du Dr U\_\_\_\_\_ met en évidence les carences de celles de la Dresse Q\_\_\_\_\_, qui ne retient pas de troubles anxieux, malgré les manifestations cliniques et ne tire aucune conséquence des constatations faites quant à l'état dépressif de l'assurée. Par conséquent, les coûts de l'expertise judiciaire du Dr U\_\_\_\_\_ (CHF 3'600.-) sont mis à la charge de l'intimé, à l'exclusion de ceux de la Dresse T\_\_\_\_\_, qui restent à la charge de l'Etat.

A/223/2012 - 24/25 -

### **E. 18**

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 8 décembre 2011 sera annulée, la recourante ayant droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1er septembre 2013 et la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision pour la période antérieure. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens, compte tenu du nombre d'écritures et de leur pertinence (art. 61 let. g LPGA). Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-, en sus des frais d'expertise susmentionnés.

A/223/2012 - 25/25 - 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.