

## **GE\_GERICHTE ATAS/521/2008 vom 5. Mai 2008**

GE Cour de justice, 2008-05-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_521\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_521_2008)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/521/2008 du 5 mai 2008

IT: GE\_GERICHTE ATAS/521/2008 del 5 maggio 2008

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Par ordonnance du 10 décembre 2007, le Tribunal de céans a déclaré le recours recevable et la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du

#### **E. 6**

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; jusqu'au 31 décembre 2002 : art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: 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). Le revenu d'invalidité 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 (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF

A/2508/2007 - 15/20 - 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 était 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, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de

meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

## E. 7

a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). 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 LPG), 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

A/2508/2007 - 16/20 - 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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3). b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). c) 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. Etant 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 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). d) Le juge ne s'écarte en principe 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 352 consid. 3b/aa et les références). e) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est

A/2508/2007 - 17/20 - 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). f) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

## **E. 8**

En l'espèce, l'expertise judiciaire remplit tous les critères jurisprudentiels pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. En particulier, l'expert a reçu à deux reprises la recourante, a pris connaissance de l'entier de son dossier médical et contacté téléphoniquement les Drs R\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_. L'expertise mentionne une anamnèse familiale et personnelle détaillée, fait état des plaintes de la recourante et résume les observations de l'expert lors de chaque entretien. Les conclusions sont claires et bien motivées. L'expert explique aussi pour quelles raisons il s'écarte de l'avis du Dr W\_\_\_\_\_. Dès lors que l'expert a confirmé au Tribunal de céans qu'il avait lui-même mené l'expertise et rédigé le rapport, il n'y a pas lieu de retenir, comme l'a fait le SMR, que celle-ci ne serait ni objective ni convaincante dès lors qu'elle aurait été effectuée par un candidat médecin, la contribution à la rédaction du rapport de la part de ce dernier ayant en particulier été supervisée par l'expert. Au demeurant, les critiques formées par le SMR à l'encontre de cette expertise ne résistent pas à l'examen. En premier lieu, la Dresse A\_\_\_\_\_, qui n'est pas une spécialiste en psychiatrie, se borne à affirmer, sans avoir vu la recourante et sans motivation, que celle-ci présente un trouble de la personnalité

compensé, qui n'est pas forcément du registre de la psychose, ce qui ne saurait remettre en cause le diagnostic de l'expert. S'agissant du traitement, l'expert estime qu'un suivi psychothérapeutique serait indiqué, tout en relevant, outre les difficultés asséurologiques, des difficultés de fond et en précisant qu'une amélioration est peu vraisemblable compte tenu du mode relationnel de la recourante et de sa capacité à se gérer, conclusion qui est claire et précise.

A/2508/2007 - 18/20 - Ensuite, l'expert n'a en effet pas motivé l'exclusion du diagnostic de trouble somatoforme douloureux (TSD) mais cet aspect n'a pas d'influence sur les conclusions de son expertise dès lors que le trouble psychique sévère, du registre de la psychose, motive à lui seul l'incapacité totale de travail. Par ailleurs, le diagnostic de TSD n'avait pas été posé non plus par l'expert du CEM, dont le rapport a valeur probante selon le SMR. Le fait que l'expert indique (expertise p. 26) que la perception de la réalité de la recourante peut être entraînée par un vécu paranoïde ne remet pas en cause les diagnostics qu'il a posés et leur influence sur la capacité de travail de l'intéressée. Il a expliqué par ailleurs qu'une évaluation psychologique ne lui paraissait pas nécessaire car la désorganisation mentale ressortait du dossier et était cliniquement observable. L'expert s'est prononcé sur l'expertise du CEM de façon suffisante. Il explique en effet que cette expertise présente une anamnèse superficielle, qu'il manque la mention de la maladie maniaco-dépressive de la mère, qu'il manque un commentaire relatif à l'obésité et ses conséquences ainsi que la référence aux suivis psychiatriques de la recourante, et, enfin, que le Dr W\_\_\_\_\_ constate une capacité de travail totale sans motivation et qu'il exclut un trouble de la personnalité en se fondant sur une mauvaise interprétation des faits. Enfin, l'objet du litige est limité à la question de l'amélioration ou non de l'état de santé de la recourante depuis le 11 juillet 2001, date d'octroi de la rente entière d'invalidité, point sur lequel l'expertise est claire et précise, de telle sorte que la question de la capacité de travail de la recourante depuis 1994 n'a pas à être investiguée. Au surplus, une telle capacité de travail n'est pas manifeste puisque figure au dossier la mention d'un employeur "Y\_\_\_\_\_" en 1995 dont on ne connaît pas le détail et la durée du contrat de travail avec la recourante puis une activité de celle-ci de quelques mois dans le cadre d'une projet d'occupation du chômage entre 1996 et 1997 suivie d'un gain intermédiaire pendant trois mois en 1998 et, enfin, de vaines tentatives de reprises de travail.

## **E. 9**

Au vu de ce qui précède, il convient de suivre les conclusions de l'expert selon lesquelles l'état de santé de la recourante ne s'est pas amélioré depuis le 11 juillet 2001, cette dernière présentant encore une incapacité de travail totale. En conséquence, aucun motif de révision n'est réalisé, en particulier l'état de santé de la recourante ne s'est pas amélioré, de sorte que la décision de suppression de la rente d'invalidité de la recourante du 24 mai 2007 doit être annulée.

## **E. 10**

a) La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de 2'500 fr., à charge de l'intimé. b) La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal

A/2508/2007 - 19/20 - cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le

refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005), de sorte qu'un émolument de 500 fr. sera mis à la charge de l'intimé.

A/2508/2007 - 20/20 -

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