

# **GE\_GERICHTE ATAS/65/2013 vom 24. Januar 2013**

GE Cour de justice, 2013-01-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_65\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_65_2013)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/65/2013 du 24 janvier 2013

IT: GE\_GERICHTE ATAS/65/2013 del 24 gennaio 2013

## **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). La compétence de la Cour de céans 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

A/958/2012 - 9/20 - 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. 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). 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**

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 la date du début du droit à une rente entière, singulièrement sur l'évaluation de l'état de santé de la recourante entre 2005 et 2011.

#### **E. 6**

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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).

#### **E. 7**

a) 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 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. 28 al. 2 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

A/958/2012 - 10/20 - 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). b) En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans leur teneur en vigueur depuis le 1er décembre 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. En d'autres termes, le droit à la rente naît dès la survenance du cas d'assurance, qui est en principe réalisé un jour après l'échéance du délai d'attente d'une année, mais au plus tôt six mois après le dépôt de la demande (ch. 2025 de la Circulaire de l'OFAS concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité [CIIAI]) b/aa) Selon la jurisprudence, une interaction existe en cas d'affection pathologique labile entre la naissance du droit à la rente, d'une part, et son étendue ainsi que les bases de calcul, d'autre part, même si des conditions différentes sont applicables. C'est ainsi qu'une incapacité de gain d'au moins 40 % due à une affection labile n'entraîne pas la naissance d'un droit sans incapacité de travail préalable au moins équivalente pendant l'année qui précède. A l'inverse, une incapacité de travail d'au moins 40 % pendant une année ne suffit pas à elle seule à créer un droit, mais doit pour cela être suivie d'une incapacité de gain au moins équivalente. Cela vaut pour tous les types de rente

que définit la loi (art. 28 al. 1 LAI). Le degré moyen d'incapacité de travail pendant une année et l'incapacité de gain subsistant après la période d'attente doivent être cumulés et atteindre le degré minimum légal ouvrant droit à la rente (ATF 121 V 274 consid. 6b/cc; ATFA non publiés I 632/05 du 25 octobre 2006, consid. 4.1, I 531/05 et I 543/05 du 17 août 2006 consid. 5). La situation peut ainsi être résumée de la manière suivante (Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 2010, p. 362) : Rente Incapacité de travail min pendant délai d'attente Incapacité de gain min à l'expiration du délai d'attente ¼ 40% 40% ½ 50% 50% ¾ 60% 60% Rente entière 70% 70%

A/958/2012 - 11/20 - b/bb) Comme indiqué précédemment, le droit à la rente prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008, 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, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré. En d'autres termes, la personne assurée n'a droit à l'intégralité des prestations que si elle a présenté sa demande dans le délai de six mois à partir de la survenance de l'incapacité de gain. Si elle le fait plus tard, elle perd son droit pour chaque mois de retard. Ainsi, Depuis l'entrée en vigueur de l'art. 29 al. 1 LAI au 1er janvier 2008, un assuré qui présente sa demande de rente postérieurement à cette date ne peut donc pas réclamer une rente d'invalidité pour la période de douze mois précédant le dépôt de sa demande (voire pour une période antérieure, en vertu de l'art. 48 al. 2 aLAI). Il ne peut plus en effet se fonder sur l'art. 48 aLAI pour sauvegarder ses droits au sens de cette disposition, puisque celle-ci n'est plus applicable au moment du dépôt de sa demande (ATF non publié 9C\_432/2012 et 9C\_441/2012 du 31 août 2012 consid. 3.3). c) A teneur de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. Ainsi, lorsque l'état de santé d'une personne au bénéfice d'un quart de rente ou d'une demi-rente s'aggrave, elle a droit à une demi-rente ou à trois quarts de rente, si elle a subi une incapacité de travail de 50 % ou de 60 % au moins pendant trois mois sans interruption notable et qu'elle présente encore une incapacité de gain de 50 % ou de 60 % au moins (RCC 1986 p. 362, 1980 p. 478, 1979 p. 285, voir également ch. 4008 CIAII).

## **E. 8**

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). b) Selon le principe de 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

A/958/2012 - 12/20 - 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). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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). d) 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) 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a).

A/958/2012 - 13/20 - b) 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 ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - 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 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

#### **E. 10**

En l'espèce, l'OAI a nié, par décision du 8 mai 2007, confirmée par le Tribunal cantonal le 14 mai 2010, le droit de la recourante à une rente d'invalidité, sa capacité de travail étant de 80% dans l'ancienne activité d'assistante administrative, jugée adaptée. Dès lors que la recourante conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité rétroactivement au mois de janvier 2005, il y a lieu d'examiner : – la période antérieure à la décision de mai 2007, en examinant s'il y a lieu de réviser l'arrêt du 14 mai 2010 ; – la situation postérieure au mois de mai 2007, en appliquant les règles usuelles en matière d'appréciation de la capacité de travail et de l'invalidité.

#### **E. 11**

Se pose donc, en premier lieu, la question de la révision de l'arrêt du Tribunal cantonal. a/aa) A titre liminaire, la Cour de céans relève que les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (art. 53 al. 1 LPGA). Toutefois, selon une jurisprudence constante, l'administration ne peut revenir sur une décision ou une décision sur opposition que si un juge n'a pas déjà statué matériellement sur celles-ci (ATF 127 V 466 consid. 2c p. 469; 109 V 119 consid. 2b p. 121; arrêts 8C\_868/2010 du 6 septembre 2011 consid. 2.1; 8C\_787/2008 du 4 février 2009). a/bb) En l'espèce, dès lors que la décision du 8 mai 2007 de l'OAI a été confirmée par l'arrêt du TCAS du 14 mai 2010, l'intimé ne pouvait revenir sur sa décision, seul l'arrêt du 14 mai 2010 pouvant faire l'objet d'une révision. b/aa) A teneur de l'art. 89I al. 2 et 3 de la loi sur la procédure administrative du

#### **E. 12**

La période postérieure au mois de mai 2007 peut être divisée en deux parties : a) la période courant de mai 2007 à février 2009 inclus et b) celle courant dès mars 2009, date à laquelle le Dr O \_\_\_\_\_ fait remonter l'aggravation de l'état de santé de la recourante. a) S'agissant de la période courant entre mai 2007 et mars 2009, la Cour de céans constate que l'état de santé de la recourante est resté stable par rapport à celui ayant fait l'objet de la précédente procédure. Par conséquent, dès lors que l'état de santé de la recourante ne s'est aggravé qu'en mars 2009, l'appréciation de la capacité de travail émise par le TCAS dans son arrêt du 14 mai 2010 conserve toute sa validité, de sorte que c'est à juste titre que l'intimé n'a pas reconnu d'incapacité de travail pendant cette période. b) En ce qui concerne la période postérieure au mois de mars 2009, force est de constater que les parties s'accordent sur le fait que l'état de santé de la recourante s'est aggravé et qu'elle est désormais totalement incapable de travailler. Il n'y a donc pas lieu d'examiner la valeur probante du rapport du Dr O \_\_\_\_\_, étant donné que tant l'OAI que la recourante admettent ses conclusions. La question qui subsiste toutefois est celle de savoir à partir de quand une rente d'invalidité est due. b/aa) En l'espèce, l'incapacité de travail a été de 20% jusqu'au 28 février 2009, l'aggravation de l'état de santé, survenue au mois de mars 2009, ayant entraîné une incapacité totale de travailler. Il y a donc lieu de déterminer quand le délai d'attente d'un mois a expiré.

A/958/2012 - 18/20 - Selon la formule [a mois à 20 %] + [b mois à 100 %] (voir ch. 2018 CIIAI), le calcul de l'incapacité de travail moyenne et du délai d'attente se présente de la façon suivante : a mois à 20% + b mois à 100% = 12 mois à 40%, étant précisé que : a mois + b mois = 12 mois a mois = 12 mois - b mois Le calcul est donc le suivant : (a x 20 %) +

$([12 - a] \times 100 \%) = 12 \times 40 \% 20a + 12 \times 100 - 100a = 480 20a + 1'200 - 100a = 480 1'200 - 80a = 480 720 - 80a = 0 720 = 80a 720 / 80 = a a = 9$  mois à 20% et  $b = 3$  mois à 100% Il en résulte que le délai d'attente était échu le 31 mai 2009 (9 mois à 20 % à partir du 1er juin 2008 et 3 mois à 100% à partir du 1er mars 2009). Partant, le cas d'assurance est survenu le 1er juin 2009. Tant le délai d'attente que le cas d'assurance sont survenus après l'entrée en vigueur de la nouvelle teneur de l'art. 29 LAI de sorte que cette nouvelle disposition trouve application. Par conséquent, ce n'est que six mois après le dépôt, le 8 juin 2010, de la demande de prestation que le droit à la rente de la recourante est né. Ainsi, le 8 décembre 2010, la recourante pouvait prétendre à un quart de rente, correspondant à ce qui lui revenait lors de la survenance du cas d'assurance le 1er juin 2009. Cependant, dès lors que sa capacité de travail était en réalité nulle, une rente entière devait lui être reconnue dès le 8 mars 2011, soit à l'expiration du délai de trois mois prévu par l'art. 88a al. 2 RAI. Pour sa part, l'OAI a décidé de ne pas appliquer le délai de six mois prévu par l'art. 29 al. 1 LAI, mais a considéré, selon toute vraisemblance, que le droit à la rente naissait au jour la date du dépôt de la demande. La Cour de céans ne saurait le suivre. En effet, la seule dérogation à l'application de l'art. 29 LAI reconnue par le Tribunal fédéral concerne les cas où la demande de prestations a été déposée avant le 31 décembre 2008 (ATF non publiés 9C 432/2012 du 31 août 2012, 9C 473/2011 du 14 mai 2012, 9C 583/2010 du 22 septembre 2011). Or, tel n'est pas le cas en l'espèce.

A/958/2012 - 19/20 - Appliquer le délai de six mois au cas de la recourante, alors que l'OAI ne l'a pas fait, reviendrait toutefois à procéder à une reformatio in pejus. b/bb) Aux termes de l'art. 61 let. d LPGA, le Tribunal cantonal des assurances n'est pas lié par les conclusions des parties; il peut notamment réformer, au détriment du recourant, la décision attaquée. Dans un tel cas, il doit cependant donner aux parties l'occasion de se prononcer ou de retirer le recours. La reformatio in pejus est une faculté donnée au juge (ATF 119 V 249 consid. 5) et non une obligation. En l'espèce, compte tenu du contexte et du fait que c'est délibérément que l'intimé n'a pas appliqué le délai de six mois prévu par l'art. 29 al. 1 LAI, la Cour de céans renoncera à procéder à une reformatio in pejus et confirmera le dispositif de la décision attaquée.

### **E. 13**

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. Étant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de 200 fr.

A/958/2012 - 20/20 -

**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.