

# **GE\_GERICHTE ATAS/688/2012 vom 22. Mai 2012**

GE Cour de justice, 2012-05-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_688\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_688_2012)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/688/2012 du 22 mai 2012

IT: GE\_GERICHTE ATAS/688/2012 del 22 maggio 2012

## **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 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

A/30/2012 - 10/20 - 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 345 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, la décision litigieuse du 24 novembre 2011, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA, ainsi qu'à l'entrée en vigueur respectivement, le 1er janvier 2004 et le 1er janvier 2008, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision) et de celles du 6 octobre 2006 (5ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives aux 4ème et 5ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329).

### **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 suppression à compter du 1er novembre 2006 de toute rente octroyée à la recourante.

#### **E. 6**

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2), respectivement. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; ATF 113 V 273 consid. 1a ; ATF non publié 9C\_1006/2010 du 22 mars 2011, consid 2.2).

#### **E. 7**

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/30/2012 - 11/20 - demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. 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). 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. 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 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

A/30/2012 - 12/20 - 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). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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 351 consid. 3b/ee). 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 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. cc). 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/30/2012 - 13/20 - cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C\_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

#### **E. 9**

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). 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'occurrence, la recourante est d'avis que contrairement à ce qu'a retenu l'intimé, elle ne peut exercer une activité adaptée à plein temps à compter du 14 juillet 2006, soit huit mois après l'intervention chirurgicale du rachis effectuée par le Dr P\_\_\_\_\_. Il n'est pas contestable que la recourante, qui souffre de lombalgies chroniques, de cervico-brachialgies droites et d'une périarthrite scapulo-humérale bilatérale, présente une incapacité de travail totale depuis le 15 janvier 2001 dans son activité habituelle d'aide-hospitalière. La recourante ne conteste par ailleurs pas qu'avant de subir l'intervention chirurgicale du rachis le 5 octobre 2005, sa capacité de travail dans une activité adaptée était totale depuis mars 2001, comme l'a retenu l'intimé dans sa décision litigieuse. Est contestée par contre, la capacité de travail résiduelle que présentait la recourante huit mois après cette intervention chirurgicale. Le 22 janvier 2007, la recourante a été soumise à un examen effectué par les Drs Q\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_, médecins auprès du SMR. Dans leur rapport du 23 janvier 2007, les Drs Q\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_ ont diagnostiqué avec répercussion sur la capacité de travail, des lombalgies chroniques persistantes et des

A/30/2012 - 14/20 - cervico-brachialgies droites chroniques persistantes. Ils ont constaté que la situation lombaire s'était nettement améliorée suite à l'intervention chirurgicale; en revanche, depuis l'été 2006, les cervico-brachialgies droites étaient devenues plus importantes. Les limitations fonctionnelles étaient : la nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charge d'un poids excédant 7 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas de travail impliquant le déploiement de force avec le membre supérieur droit, pas de travail se faisant avec le

membre supérieur droit maintenu à plus de 45° de flexion et/ou d'abduction, pas de travail imposant le maintien de la tête dans une position extrême prolongée. Les médecins ont estimé que la recourante présentait une capacité de travail totale dans une activité adaptée depuis mars 2001, excepté pendant les six mois qui avaient suivi l'opération, période pendant laquelle son incapacité de travail avait été totale. Le 25 juin 2009, la recourante a été soumise à une expertise effectuée par les Drs T\_\_\_\_\_ et U\_\_\_\_\_, médecins auprès du BREM. Par rapport du 26 octobre 2009, les experts ont diagnostiqué avec répercussion sur la capacité de travail, une spondylodiscarthrose cervico-lombaire évoluée sans radiculopathie ni myélopathie, une périarthrite scapulo-humérale récidivante, un status après décompression et arthrodèse L4-L5 pour canal lombaire étroit sur spondylolisthésis dégénératif. Sans répercussion sur la capacité de travail, la recourante présentait notamment une neuropathie cubitale droite irritative et un status après cure du tunnel carpien et maladie de Dupuytren. En raison de ces troubles somatiques, la recourante présentait des limitations fonctionnelles : éviter le travail répété au-dessus de l'horizontale, le port de charges bras tendus ou en flexion statique de plus de 5-10kg de façon répétée, les mouvements répétés de serrage et dévissage, le port de charges de plus de 15 kg, la station assise ou debout prolongée de plus de 60 minutes d'affilée, les longs déplacements à pieds, le travail statique en porte-à-faux, en réclinaison, flexion ou torsion répétées du tronc, l'extension prolongée de la nuque, ainsi que les déplacements sur de longues distances. L'activité exercée devait permettre d'alterner les positions. S'agissant de la capacité de travail résiduelle, les experts ont également estimé que dans une activité adaptée, la capacité de travail était totale, mis à part la période chirurgicale du rachis qui avait donné lieu à une incapacité de travail totale dans toute activité sur six mois, avec une reprise à 50% pendant un mois, et à 75% pendant encore un mois. A huit mois post-opératoire, une capacité de travail totale dans une activité adaptée était donc exigible, étant précisé qu'une diminution de rendement de 10% dans l'activité à 100% devait être envisagée, en raison de la prise de médicaments pouvant interférer quelque peu avec la vigilance. La Cour de céans constate que tant le rapport des examinateurs que celui des experts se basent sur des examens de la recourante et sur son dossier assécurologique. Les anamnèses sont complètes et les plaintes ont été prises en

A/30/2012 - 15/20 - considération. Les descriptions et les appréciations de la situation médicale sont claires. Les examinateurs et les experts se sont exprimés sur l'évolution de l'état de santé de la recourante, sur sa capacité de travail et sur ses limitations fonctionnelles. Enfin, ils ont dûment expliqué et motivé leur point de vue. Leurs conclusions sont cohérentes et convaincantes. Il s'ensuit que ces deux rapports remplissent en tous points les réquisits jurisprudentiels pour que leur soit accordée une pleine valeur probante. Par ailleurs, il ne ressort pas des rapports versés à la procédure d'éléments concrets susceptibles de remettre en cause leurs conclusions. En effet, les diagnostics posés par les examinateurs et les experts correspondent à ceux constatés par les Drs L\_\_\_\_\_, P\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_. S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée après l'intervention chirurgicale, le Dr M\_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcé sur cette question ; quant au Dr P\_\_\_\_\_ et à la Dresse L\_\_\_\_\_, ceux-ci ont certes indiqué qu'elle serait de 50% (rapports du Dr P\_\_\_\_\_ des 3 avril 2006, 28 août 2008, 14 février et 18 juin 2009 ; rapports de la Dresse L\_\_\_\_\_ des 21 avril 2006 et

Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RS 831.201 ; RAI), si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. En l'occurrence, la recourante - qui avait une capacité de travail résiduelle de 75% dès le 13 mai 2006, lui donnant droit à une demi-rente dès le 1er septembre 2006 - a eu, dès le 14 juillet 2006, une capacité de travail résiduelle de 90% aboutissant à un degré d'invalidité de 42%. Il s'ensuit qu'à compter du 1er novembre 2006, soit trois mois après l'amélioration de sa capacité de gain, la recourante a droit à un quart de rente. Par conséquent, le droit de la recourante à une demi-rente octroyé dès le 1er septembre 2006 - non contesté dans le cadre du recours - doit être diminué, dès le 1er novembre 2006, à un quart de rente. Compte tenu de ce qui précède, c'est à tort que l'intimé a supprimé le droit de la recourante à la rente au 31 octobre 2006.

#### **E. 14**

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis partiellement et la décision du 24 novembre 2011 sera annulée en tant qu'elle limite le droit à la rente au 31 octobre 2006. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 1'500 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (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 500 fr.

A/30/2012 - 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.