

# **GE\_GERICHTE ATAS/807/2015 vom 22. Oktober 2015**

GE Cour de justice, 2015-10-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_807\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_807_2015)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/807/2015 du 22 octobre 2015

IT: GE\_GERICHTE ATAS/807/2015 del 22 ottobre 2015

## **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 - 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 chambre 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). 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),

A/541/2015 - 8/17 - 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 15 janvier 2015 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI citées supra. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4ème, 5ème et 6ème révisions de cette loi, 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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**

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. 4**

Le litige porte sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a limité le droit à une rente d'invalidité au 31 juillet 2012, étant précisé que la recourante ne conteste pas n'avoir plus droit à une rente depuis son engagement, le 17 mars 2014.

#### **E. 5**

a. 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). 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. L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. 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; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas

A/541/2015 - 9/17 - (ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). b. L'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413 consid. 2d, confirmé in ATF 131 V 164 consid. 2.3.3 et ATF 135 V 141 consid. 1.4.4; voir également arrêt I.99/00 du 26 octobre 2000 consid. 1, in VSI 2001 p. 155).

#### **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). 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

## **E. 7**

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

A/541/2015 - 10/17 - (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 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. 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; RJJ 1995, p. 44; RCC 1988 p. 504 consid. 2). d. Un rapport du SMR au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales

contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

#### **E. 8**

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

A/541/2015 - 11/17 - 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).

#### **E. 9**

a. En l'occurrence, l'intimé a retenu une totale incapacité de travail dès juillet 2010 et une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à compter de juillet 2012. b. A la lecture des pièces versées au dossier, il n'est pas contestable, ni contesté par les parties, que la recourante a été dans l'incapacité totale d'exercer la moindre activité à partir de juillet 2010. Par la suite, le SMR a considéré que l'assurée avait recouvré une capacité de 50% dans une activité adaptée dès juillet 2012 (cf. avis du 17 janvier 2014). La chambre de céans constate, à la lecture des rapports établis par le Dr F\_\_\_\_\_, médecin traitant, que si ce dernier a certes indiqué que la reprise d'une activité adaptée pouvait se faire probablement d'ici la fin de l'été 2012, c'était parce qu'il prévoyait que ladite reprise aurait lieu après une réinsertion professionnelle (cf. ses rapports des 16 mai et 9 septembre 2012). Or, il résulte de son rapport du 27 juin 2014 qu'en mai 2012 déjà, la capacité de travail dans une activité adaptée était de 50%, fait corroboré par le rapport établi par le même médecin le 26 décembre 2011. Par ailleurs, sur le plan neurologique, le Dr I\_\_\_\_\_ a également considéré en janvier 2012 qu'une reprise du travail à temps partiel serait possible d'ici quelques mois (cf. son rapport du 27 janvier 2012) et, sur le plan psychiatrique, le Dr G\_\_\_\_\_ a également conclu, dans son rapport du 16 mai 2012, à une capacité de travail. Au vu de l'ensemble de ces éléments, l'appréciation du SMR concluant à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée dès juillet 2012 ne peut être suivie. Il convient bien plutôt de retenir que la recourante a été dans l'incapacité totale de travail jusqu'à mai 2012, date à laquelle elle a recouvré une capacité de 50% dans une activité adaptée.

#### **E. 10**

décembre 2010 par l'employeur, la recourante aurait pu réaliser en 2010, sans atteinte à la santé, un salaire annuel brut de CHF 40'950.-, montant que la recourante ne conteste au demeurant pas. Indexé en 2012 selon l'évolution des salaires pour les femmes en termes nominaux, le salaire annuel sans invalidité correspond à CHF 41'759.- (40'950.- x 2630 / 2579; Office fédéral de la statistique, indice suisse des salaires, tableau T39). S'agissant du salaire avec invalidité, la recourante n'ayant pas repris d'activité lucrative en mai 2012, c'est à juste titre que l'intimé s'est référé à l'ESS. En l'espèce, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, à savoir CHF 50'700.- par année (4'225 x

12; ESS 2010, TA1). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux handicaps de la recourante. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2012 (41,7 heures ; La Vie économique, 9-2012, p. 94, B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 52'854.- ( $50'700 \times 41.7 : 40$ ) et à CHF 53'899.- indexé à 2012 selon l'évolution des salaires pour les femmes en termes nominaux ( $52'854 \times 2630 /$

A/541/2015 - 14/17 - 2579; Office fédéral de la statistique, indice suisse des salaires, tableau T39), soit CHF 26'949.-, compte tenu d'une capacité de 50% ( $53'899 - 26'949$ ). Par ailleurs, l'intimé a retenu qu'il y avait lieu d'effectuer un abattement supplémentaire sur le salaire statistique de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles de la recourante (évaluation du 24 octobre 2012). La chambre de céans constate que la recourante, âgée de 53 ans en 2012, présentait un taux d'occupation partiel dans une activité adaptée et quatorze années de service auprès de son ancien employeur. Or, ces critères, auxquels s'ajoutent les limitations fonctionnelles, diminuent de manière déterminante les perspectives salariales de la recourante, de sorte qu'une déduction de 20% apparaît plus appropriée. Compte tenu donc de l'abattement de 20%, le revenu d'invalidité sur la base statistique s'élève à CHF 21'559.- ( $26'949 - 5'390$ ), qui, une fois comparé avec le revenu sans invalidité de CHF 41'759.-, conduit à un taux d'invalidité de 48% ( $41'759 - 21'559 / 41'759 \times 100$ ) ouvrant droit à un quart de rente. g. Par conséquent, il y a lieu de retenir que l'incapacité de travail totale dès juillet 2010 correspond à une invalidité de 100% et donne droit à une rente entière d'invalidité. Par ailleurs, la capacité de travail à 50% dans une activité adaptée dès le mois de mai 2012 donne droit à un quart de rente d'invalidité. C'est donc à tort que, dans sa décision litigieuse, l'intimé - se fondant sur l'évaluation de l'invalidité à l'issue du placement à l'essai du 28 avril 2014 - a conclu à l'absence d'invalidité en 2012. C'est également à tort que dans sa réponse du 19 mars 2015, l'intimé s'est référé à l'évaluation de l'invalidité du 24 octobre 2012, puisque celle-ci prend en compte l'exercice d'une activité adaptée à plein temps, alors que seule une activité à 50% est exigible.

## **E. 11**

a. Reste encore à déterminer les dates auxquelles les rentes doivent être octroyées et remplacées, étant rappelé que, du 18 août 2013 au 14 mars 2014, la recourante a été mise au bénéfice de mesures de réadaptation professionnelle pendant lesquelles elle a bénéficié d'indemnités journalières. b. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, 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 LPG) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG) 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 LPG. c. En cas de décision simultanée sur l'octroi d'une rente et son remplacement par une autre rente ou même sa suppression, le changement est régi par l'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), lequel prévoit que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son

A/541/2015 - 15/17 - impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou

partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où 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. d. Selon l'art. 47 LAI, durant la mise en œuvre des mesures d'instruction, des mesures de réadaptation et des mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a, les bénéficiaires perçoivent leur rente en dérogation à l'art. 19 al. 3 LPGA (al. 1, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2012). Les rentes sont perçues, pour les mesures de réadaptation autres que celles prévues à l'art. 8a, au plus jusqu'à la fin du troisième mois civil entier qui suit le début des mesures (al. 1bis let. b, en vigueur depuis le 1er janvier 2012). Les bénéficiaires de rente ont droit en outre à une indemnité journalière. Durant la mise en œuvre des mesures d'instruction ou de réadaptation, l'indemnité est toutefois réduite d'un trentième du montant de la rente pendant la période au cours de laquelle deux prestations sont dues (al. 1ter, en vigueur depuis le 1er janvier 2012). Lorsque l'assuré a droit à une indemnité journalière, la prestation pour enfant y compris, au sens des art. 23 et 23bis LAI, inférieure à la rente versée jusqu'ici, la rente continue d'être allouée au lieu de l'indemnité journalière (art. 20ter al. 1 RAI).

#### **E. 12**

En l'occurrence, comme l'a admis l'intimé, la recourante a droit à une rente entière dès le 1er juillet 2011 (soit à l'échéance d'une année à compter du 7 juillet 2010; la demande ayant été déposée en novembre 2010) jusqu'au 31 juillet 2012. Dès le 1er août 2012 (soit trois mois après l'amélioration de la capacité de gain, le 1er mai 2012), la recourante a droit à un quart de rente d'invalidité. Etant donné qu'à compter du 18 mars 2013, elle a bénéficié d'une mesure de réadaptation professionnelle, elle a droit au versement du quart de rente d'invalidité jusqu'au 30 juin 2013, soit jusqu'à la fin du troisième mois civil entier qui a suivi le début de la mesure (art. 47 al. 1bis let. b LAI). C'est par conséquent à tort que l'intimé a limité le droit à la rente d'invalidité au 31 juillet 2012. La cause sera renvoyée à l'intimé, à charge pour ce dernier de calculer le montant des prestations dues à la recourante pendant la période du 1er août 2012 au 30 juin 2013, compte tenu notamment des indemnités journalières déjà versées en sa faveur dès le 18 mars 2013 et de la réduction des indemnités journalières prévue par l'art. 47 al. 1ter LAI. S'agissant de la période postérieure au 30 juin 2013, soit du 1er juillet 2013 au

#### **E. 14**

mars 2014 (date à laquelle a pris fin le versement des indemnités journalières), il reviendra également à l'intimé de déterminer si la recourante a droit au versement du quart de rente d'invalidité au lieu de l'indemnité journalière, en application de l'art. 20ter al. 1 RAI.

A/541/2015 - 16/17 - 13. Compte tenu de ce qui précède, la décision litigieuse sera annulée en tant qu'elle limite le droit de la recourante à une rente d'invalidité au 31 juillet 2012, et confirmée pour le surplus. Il est constaté que la recourante a droit à un quart de rente d'invalidité du 1er août 2012 au 30 juin 2013 et la cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. La recourante, représentée par un conseil et obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens [art. 61 let. g LPGA, 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA-GE – E 5 10) et art. 6 du Règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 – RFPA ; E 5 10.03]. Enfin, étant 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.-.

A/541/2015 - 17/17 - 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.