

## **GE\_GERICHTE ATAS/831/2009 vom 15. Juni 2009**

GE Cour de justice, 2009-06-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_831\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_831_2009)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/831/2009 du 15 juin 2009

IT: GE\_GERICHTE ATAS/831/2009 del 15 giugno 2009

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.

#### **E. 2**

La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance- invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006, apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal fédéral des assurances (art. 132 al. 2 et 134 OJ). Le présent cas est soumis au nouveau droit, du moment que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

A/457/2008 - 14/20 - En revanche, les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008 (à l'exception de l'art. 68quater entré en vigueur rétroactivement le 1er juillet 2007), seront prises en considération selon les principes de droit intertemporel à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2007 et au regard des nouvelles dispositions pour la période postérieure (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

#### **E. 3**

Il convient en l'occurrence de déterminer si l'état de santé de la recourante a connu une aggravation notable ayant une répercussion sur sa capacité de travail depuis la date de la décision initiale de l'OCAI, soit depuis le 28 avril 2004, soit quel est son droit à des prestations de l'assurance-invalidité. a) Selon l'art. 17 LPGA, 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. 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'art. 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 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Enfin, l'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343

consid. 3.5). b) Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1er LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1er LPGA).

A/457/2008 - 15/20 - 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 275 consid. 4a). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01). c) Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % 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. L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2 et du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4). d) 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1). 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

A/457/2008 - 16/20 - 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 ainsi 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). Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori 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 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). Le juge des assurances sociales 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. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, *Grundriss des Zivilprozessrechts*, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 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 322 consid. 5a). S'agissant de la valeur probante des 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 A/457/2008 - 17/20 - de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

#### **E. 4**

En l'occurrence, le Tribunal fédéral des assurances a, par arrêt du 5 juillet 2006, constaté que la requérante présentait une capacité résiduelle de travail de 100 % dans une activité légère qui permette l'alternance des positions debout et assise, évite le port de charges supérieures à deux kilos ainsi que tout mouvement répétitif avec les membres supérieurs, en particulier le travail sur ordinateur. Il a admis qu'au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, un certain nombre d'entre elles étaient légères et donc à la portée de l'assurée en dépit de ses douleurs résiduelles. Après une comparaison des revenus avant et après invalidité, le Tribunal fédéral est arrivé à la conclusion que l'assurée présentait un degré d'invalidité de 45 % ouvrant droit

à un quart de rente à partir du 1er décembre 2002. Cette autorité a pour le surplus renvoyé la cause à l'OCAI afin qu'il examine la question du droit à des mesures de réadaptation professionnelle. En date du 21 novembre 2006, la recourante a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité, invoquant une aggravation de son état de santé. Elle a produit plusieurs attestations de ses médecins traitants et a fait l'objet de deux expertises rhumatologiques, l'une conduite à la demande de l'OCAI par le Dr G \_\_\_\_\_ en mai 2007 et l'autre conduite à la demande du Tribunal de céans par la Dresse I \_\_\_\_\_ en février 2009. Le Tribunal a ordonné cette expertise judiciaire car les déclarations du médecin traitant avaient soulevé des doutes s'agissant des conclusions de l'expert G \_\_\_\_\_. Il convient dès lors de déterminer la valeur probante de l'expertise de la Dresse - I \_\_\_\_\_. Cette expertise comporte une histoire médicale, une anamnèse. L'experte a pratiqué un examen clinique général, un status ostéoarticulaire et un status neurologique. Elle a examiné les radiographies amenées par la patiente et procédé à une discussion. Elle a posé des diagnostics clairs et répondu précisément aux questions posées par le Tribunal de céans. L'ensemble du rapport est clair et ne comporte pas de contradiction. Les conclusions sont motivées. Partant, cette expertise ne prête pas flan à la critique et doit se voir reconnaître une pleine valeur probante, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral. L'experte arrive à la conclusion que d'un point de vue fonctionnel, par rapport à 2004, les limitations sont les mêmes que celles décrites par la Dresse B \_\_\_\_\_ qui mentionnait une impossibilité à travailler sur ordinateur, une limitation dans les mouvements répétitifs et le port de charges de plus de deux kilos, une limitation à la marche à environ une heure et en station debout prolongée à deux heures. Actuellement, la capacité de travail était en plus limitée par les mouvements fins et répétés avec les pouces, les mouvements répétés avec les membres supérieurs en général, dans les escaliers et sur échelle. Concernant la capacité de travail, la recourante ne pouvait effectivement plus travailler sur ordinateur. Dans la vente, elle était également

A/457/2008 - 18/20 - limitée, selon le secteur, dans la manipulation répétée d'objets (mise en rayon) et sa capacité dans cette activité s'élevait à 50 %. Dans une activité légère, bien adaptée, respectant toutes les limitations la capacité de travail restait entière. Il convient enfin de relever que la Dresse I \_\_\_\_\_ arrive à la même conclusion que le Dr G \_\_\_\_\_ s'agissant de la capacité de travail résiduelle entière de la recourante. Au vu de ce qui précède, le Tribunal fera siennes les conclusions de l'experte judiciaire et tiendra pour établi que la recourante présente une pleine capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Ainsi, il n'apparaît pas du point de vue de la capacité de gain que l'assurée présente une aggravation de son état de santé et dès lors sa demande de révision doit être rejetée. Il convient encore de préciser qu'il est inutile de procéder à une nouvelle comparaison des revenus avant et après invalidité puisqu'on peut admettre qu'au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, un certain nombre d'entre elles sont légères et donc à la portée de l'assurée en dépit de ses douleurs résiduelles et des nouvelles limitations fonctionnelles.

## **E. 5**

Reste à examiner la question des mesures professionnelles. Dans son arrêt du 5 juillet 2006, le Tribunal fédéral des assurances a notamment renvoyé le dossier à l'OCAI afin que celui-ci examine le droit de l'assurée à des mesures de réadaptation professionnelle. Il s'est avéré, ce qui a été établi lors de la convocation par l'OCAI et en une audience de

comparution personnelle devant le Tribunal de céans, que la recourante ne se sent pas capable de travailler à plein temps mais à 50 % seulement. L'OCAI est donc parti de l'idée qu'elle n'avait pas droit à des mesures de réadaptation professionnelle et a indiqué que tant qu'elle n'avait pas une aptitude objective au placement de 100%, elle n'avait pas non plus droit à une décision. Ce point de vue est mal fondé. En effet, l'art. 56 al. 2 LPGA vise le refus de statuer et le retard à statuer d'un assureur ou d'une autorité administrative. Il y a un retard injustifié de la part de l'autorité lorsqu'elle diffère sa décision au-delà de tout délai raisonnable. Le caractère raisonnable d'une procédure s'apprécie en fonction des circonstances particulières de la cause, lesquelles commandent généralement une évaluation globale. Il faut notamment prendre en considération l'ampleur et la difficulté de celle-ci, ainsi que le comportement du justiciable, mais non des circonstances sans rapport avec le litige, telle une surcharge de travail de l'autorité (ATF 125 V 188 consid. 2a). À cet égard, la jurisprudence rendue avant l'entrée en vigueur de la loi demeure applicable, la LPGA n'ayant apporté aucune modification à la notion du déni de justice (cf. KIESER, ATSG-Kommentar, Zürich 2003, n. 10, 13 et 14 ad art. 56). Entre autres critères sont notamment déterminants le degré de complexité de l'affaire, l'enjeu que revêt le litige pour l'intéressé ainsi que le comportement de celui-ci et le comportement de l'autorité compétente (ATF 124 I 139 consid. 2c, 119 Ib 311 consid. 5b et les références). En particulier, il appartient au justiciable d'entreprendre ce qui est en son pouvoir pour que l'autorité fasse diligence, que ce soit en l'invitant à accélérer la procédure ou en recourant, le cas

A/457/2008 - 19/20 - échéant, pour retard injustifié (ATF 107 Ib 155 consid. 2b et c). Cette obligation s'apprécie toutefois avec moins de rigueur en procédure administrative (AUER/MALINVERNI/HOTTELIER, Droit constitutionnel suisse, vol. II, n. 1243). On ne saurait par ailleurs reprocher à une autorité quelques temps morts, qui sont inévitables dans une procédure (cf. ATF 124 et 119 précités), mais une organisation déficiente ou une surcharge structurelle ne sauraient en justifier la lenteur excessive (ATF 122 IV 103 consid. I/4, 107 Ib 160 consid. 3c) ; il appartient en effet à l'État d'organiser ses autorités et de fournir les moyens matériels nécessaires à leur fonctionnement normal, sous réserve qu'à l'impossible nul n'est tenu (cf ATF 119 III 1 consid. 3 ; BOVAY, Procédure administrative, Berne 2000, pp. 170 ss ; KNAPP, Précis de droit administratif, Bâle 1991, n. 633). Dans le cadre d'une appréciation d'ensemble, il faut également tenir compte du fait qu'en matière d'assurances sociales le législateur accorde une importance particulière à une liquidation rapide des procès (ATF 126 V 249 consid. 4a). Cela étant, l'autorité saisie d'un recours pour retard injustifié ne saurait se substituer à l'autorité précédente pour statuer au fond. Elle ne peut qu'inviter l'autorité concernée à statuer à bref délai (ATFA du 27 mars 2006, cause U 23/05, consid. 6). Ainsi, le droit à une décision (positive ou négative) est indépendant de l'attitude de l'assurée par rapport à la réadaptation. Le Tribunal de céans constate donc l'existence d'un déni de justice s'agissant du droit aux mesures de réadaptation professionnelle et enjoindra l'OCAI à se prononcer sur ce point. Par ailleurs, il sera rappelé la jurisprudence du Tribunal de céans en matière de réadaptation professionnelle. En effet, le Tribunal cantonal des assurances sociales a rendu un arrêt le 10 septembre 2008 (ATAS/998/2008) dans lequel il a jugé que le recourant qui estimait ne pouvoir travailler qu'à 50% contrairement aux médecins et au Tribunal fédéral qui l'estimaient capable à 100% avait droit à des mesures de réadaptation professionnelle. En effet, cette autolimitation ne faisait pas obstacle à la mise en place d'une mesure d'ordre professionnel, mais à 50%, étant entendu que l'assuré devrait assumer son choix de travailler à 50%, sans

pouvoir prétendre parallèlement à une rente.

**E. 6**

Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté et la décision de l'OCAI confirmée. Le dossier sera en outre renvoyé à l'intimé afin qu'il statue sur le droit de la recourante à des mesures de réadaptation professionnelle.

A/457/2008 - 20/20 -

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