

## **GE\_GERICHTE ATAS/873/2008 vom 13. August 2008**

GE Cour de justice, 2008-08-13, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_873\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_873_2008)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/873/2008 du 13 août 2008

IT: GE\_GERICHTE ATAS/873/2008 del 13 agosto 2008

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

#### **E. 2**

a) La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Lorsque toutefois l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer le principe général de droit transitoire, selon lequel - même en cas de changement de bases légales - les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits. Aussi le droit à une rente doit-il être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 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. 6 b). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un Tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues à la LPGA et par les dispositions de procédures contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA. b) En l'espèce, la recourante a formé une demande de prestations d'assurance- invalidité en octobre 2002 suite à son incapacité de travail dès le 20 novembre 2001. Par conséquent, il y a lieu d'appliquer les dispositions légales dans leur ancienne teneur jusqu'au 1er janvier 2003, et ensuite la nouvelle réglementation légale dans sa teneur valable à la date de la décision litigieuse. Cependant, les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, n'ont pas à être prises en considération dans le présent litige, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment de la réalisation de l'état de fait dont les conséquences juridiques font l'objet de la décision (ATF 129 V 1 consid. 1.2 p. 4 et les arrêts cités). Les dispositions de la LAI seront dès lors citées dans leur teneur antérieure au 1er janvier 2008.

A/877/2007 - 9/15 -

#### **E. 3**

Déposé dans les forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 38 al. 4 let. c et 56 ss LPGA).

#### **E. 4**

Le litige porte sur le point de savoir si les atteintes à la santé dont souffre la recourante provoquent une invalidité à un degré suffisant pour ouvrir le droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

#### **E. 5**

Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 417 ss consid. 2 et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Conformément à cette disposition, lorsque l'invalidité d'un bénéficiaire de rente subit une modification de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence (ATFA non publié du 30 août 2005, I 362/04, consid. 2.2). Selon la jurisprudence, 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 et que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver la révision de celle-ci. 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; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2d; RCC 1984 p. 137). Selon cette disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré 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.

#### **E. 6**

La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré. Elle est définie à l'art. 8 al. 1 LPGA comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

A/877/2007 - 10/15 - En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance- invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus

ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas. D'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Une appréciation divergente ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. A cet égard, il ne suffit donc pas qu'une appréciation divergente soit soutenable, voire même équivalente. Peuvent en revanche constituer des motifs suffisants le fait qu'une telle évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATFA non publié du 30 novembre 2004, I 50/04).

#### **E. 7**

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur entrée en vigueur le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts et 70 % au moins rente entière. Selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date à laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGa). 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 ; 105 V 207 consid. 2). 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). Lorsqu'en raison

A/877/2007 - 11/15 - 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, 105 V 158 consid.1). L'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

#### **E. 8**

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir.

L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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, ces données constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance-sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes et être reportée à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés et être reportée à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 ; ATFA du 30 novembre 2004, I 600/03, consid. 3.2).

## **E. 9**

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. 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.

A/877/2007 - 12/15 - 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). Il a ainsi admis que 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). Le juge ne s'écarter 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. 10**

En l'espèce, aussi bien la SUVA que l'intimé ont considéré que la recourante présente une capacité de travail totale dans une activité adaptée dès août 2003. Cette appréciation est confirmée par l'expertise judiciaire. Celle-ci remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Elle comporte notamment une anamnèse complète, prend en considération les plaintes et repose sur un examen clinique approfondi. Compte tenu des limitations constatées à l'examen et les éléments de discordance relevés, ses conclusions sont par ailleurs convaincantes. A cet égard, l'expert a notamment relevé des incohérences fonctionnelles "évidentes" et l'absence d'atteintes objectivables consécutives aux déficits fonctionnels allégués, tels que notamment la fonte musculaire et des déficits

A/877/2007 - 13/15 - de mobilité articulaire. Ces éléments permettent de comprendre la divergence de l'appréciation de la capacité de travail par les médecins spécialistes et le COPAI. L'avis du Dr G \_\_\_\_\_ n'est pas non plus contredit par d'autres spécialistes en la matière. Au contraire, il est partagé par le SMR et les médecins de la SUVA. Le SMR a ainsi constaté que des mesures professionnelles pouvaient être mises en œuvre dès août 2003, tout en relevant une amélioration de l'abduction et de la flexion du bras gauche, par rapport à l'examen du Dr B \_\_\_\_\_ du 17 février 2003. Dans son rapport d'examen médical final du 8 août 2003, ce dernier médecin a également observé que la mobilité de la rotation de l'épaule gauche s'était améliorée, que la capsulite retractile n'était plus au premier plan et qu'il n'y avait plus de signe d'algodystrophie active. La SUVA a donc aussi considéré que l'état de santé de la recourante s'était amélioré. Seul le médecin traitant a un avis divergent.. Cependant, selon la jurisprudence, 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Certes, le Centre d'intégration professionnelle (ci-après : CIP) a mentionné dans son rapport COPAI du 17 novembre 2005 que le rendement minimum exigible de la recourante était de 50 %. Il convient cependant d'en conclure que le rendement peut être supérieur à ce pourcentage, puisqu'il s'agit d'un minimum. Par ailleurs, il appert que ce centre n'a en fait pas pu déterminer la capacité de travail de la recourante, dès lors que celle-ci a plutôt cherché à démontrer son incapacité à réaliser des travaux même très simples et ne nécessitant aucun effort physique. Quant au Dr F \_\_\_\_\_, il n'affirme pas que la recourante ne pourrait pas travailler à 100 %. Il se contente de reprendre ses plaintes et mentionne notamment qu'"elle est totalement convaincue de son incapacité à reprendre une activité, aussi légère soit-elle". Il se fonde du reste sur le stage effectué au COPAI et les conclusions des maîtres de réadaptation. Il ne saurait dès lors être considéré que le médecin-conseil du COPAI ait émis un avis différent à celui de l'expert judiciaire et du SMR. Il sied par ailleurs de relever que les constatations médicales l'emportent sur celles qui peuvent être faites à l'occasion d'un

stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par les éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié du 6 mai 2003, I 762/02), ce qui est manifestement le cas ici.

A/877/2007 - 14/15 - Au vu de ce qui précède, il y a lieu d'admettre une pleine capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée dès août 2003. Or, dans celle-ci, la perte de gain de la recourante s'élève au plus à 38 %, étant précisé que le calcul de la perte de gain de la SUVA n'a pas été contesté. Un tel taux n'ouvre pas le droit à une rente.

**E. 11**

Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

**E. 14**

Dans la mesure où la recourante succombe, elle sera condamnée à un émolument de justice de 200 fr., en application de l'art. 69 al. 1 bis LAI qui est entré en vigueur le 1er juillet 2006.

A/877/2007 - 15/15 -

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