

## **GE\_GERICHTE A/2194/2010 vom 10. Februar 2011**

GE Cour de justice, 2011-02-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2194\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2194_2010)

FR: GE\_GERICHTE A/2194/2010 du 10 février 2011

IT: GE\_GERICHTE A/2194/2010 del 10 febbraio 2011

### **Erwägungen**

#### **E. 3**

ème Chambre En la cause GASTROSOCIAL CAISSE DE PENSION, sise Bahnhofstrasse 86, 5001 AARAU recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé et Madame R\_\_\_\_\_, domiciliée au PETIT-LANCY appelée en cause EN FAIT Madame R\_\_\_\_\_, (ci-après l'assurée), née en 1965, d'origine albanaise et naturalisée suisse en 2009, est arrivée en Suisse en 1990. Du 10 avril 2000 au 31 juillet 2003, elle a travaillé à plein temps chez X\_\_\_\_\_. Elle était alors affiliée, pour la prévoyance professionnelle, à la CAISSE DE PENSION GASTROSOCIAL (ci-après : GASTROSOCIAL ou la caisse de pension). Du 30 juillet au 4 août 2003, l'assurée a été hospitalisée aux soins intensifs, suite à un "anévrisme aorte ascendante de 6 cm de diamètre jusqu'au tronc brachio-céphalique droite" (cf. rapport des Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG] du 4 août 2003; pièce intimé 21, p. 7 et 8). Du résumé d'observation établi le 29 août 2003 par les médecins de la Clinique de chirurgie cardio-vasculaire des HUG il ressort que l'assurée a subi en date du 4 août 2003 une opération de Bentall avec un tube valvulé St Jude et qu'elle est restée hospitalisée jusqu'au 19 août 2003. Les médecins ont retenu les diagnostics suivants : maladie aortique à prédominance insuffisante sur bicuspidie valvulaire, anévrisme des sinus de Valsalva et de l'aorte ascendante de 6-7 cm de diamètre, hypertension artérielle traitée et hyperthyroïdie connue depuis le mois de janvier 2001, traitée par Néomercazol. Ils ont prescrit un arrêt de travail jusqu'au 14 septembre 2003 (pièce intimé 21, p. 9ss). En date du 9 décembre 2003, le Dr A\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a informé l'assureur perte de gain de l'assurée des diagnostics posés par les médecins. Il a précisé que la bicuspidie, maladie congénitale, était connue depuis la grossesse de l'assurée et que la décompensation cardiaque sur aggravation de l'insuffisance aortique et l'ectasie de l'aorte ascendante avaient été objectivées en Croatie par un cardiologue durant le mois de juillet 2003. L'incapacité de travail était totale depuis le 11 juillet 2003 et pour une durée encore indéterminée (pièce intimé 8, p. 6ss). Du résumé d'observation établi le 10 février 2004 par les médecins de la Clinique de chirurgie cardio-vasculaire des HUG, il ressort que l'assurée a à nouveau été hospitalisée du 9 au 30 octobre 2003. Les médecins ont retenu les mêmes diagnostics que précédemment. Ils ont indiqué avoir procédé à un drainage péricardique avec mise en place d'un drain péricardique no 28 (drainage de 1'350cc de liquide séreux) et avoir vainement tenté un drainage péricardique par abord sous-xiphoidien en date du 21 octobre 2003. Une échographie pratiquée avant la sortie de la patiente avait montré un épanchement péricardique minime, eu égard à la région postéro-latérale du ventricule gauche (pièce 21 intimé, p. 15 et 16). Le 22 juin 2004, le Dr A\_\_\_\_\_ a fait état d'un remplacement prothétique par tube valve (Bentall) pour insuffisance aortique sévère et anévrisme de l'aorte ascendante, d'un diastasis résiduel du sternum, d'une extrasystolie, d'une hypertension artérielle et d'une hyperthyroïdie. L'incapacité de travail était toujours

totale (pièce 8 intimé, p. 4ss). Le 2 septembre 2004, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OAI), visant à l'octroi d'une rente ou au reclassement dans une nouvelle profession. Elle y signalait souffrir d'une valvulopathie aortique (bicuspidie), d'hypertension et d'hyperthyroïdie (pièce 1 intimé). Interrogé par l'OAI, le dernier employeur de l'assurée a indiqué que celle-ci avait travaillé en qualité de femme de chambre du 10 avril 2000 au 28 juillet 2003, date à laquelle elle avait été licenciée pour faute grave. Il lui reprochait d'avoir prolongé ses vacances d'une semaine par le biais d'un arrêt maladie. Son revenu mensuel pour un horaire hebdomadaire de 42 heures s'était élevé à 3'200 fr. en 2002 et à 3'280 fr. en 2003 (x 13); il se serait élevé à 3'305 fr. en 2004 (pièce 9 intimé). Dans un rapport du 29 juillet 2006, le Dr A\_\_\_\_\_ a repris les diagnostics précédemment posés. Il y a ajouté ceux de cervicarthrose présente depuis 2005 et d'obésité de classe 2 (IMC 32.6 kg/ m<sup>2</sup>). Le médecin a conclu à une capacité de travail de 0% dans l'activité précédemment exercée et ce, du 14 au 18 mai 2003 et depuis le 30 juillet 2003. Le médecin a émis l'avis qu'aucune autre activité n'était envisageable, au vu notamment de la limitation fonctionnelle majeure liée à la cardiopathie. A terme, le pronostic restait satisfaisant sur le plan de l'espérance de vie, mais la qualité de vie apparaissait définitivement réduite avec une limitation significative de la capacité fonctionnelle, y compris dans la vie quotidienne (pièce 21 intimé). L'OAI a sollicité une expertise cardiologique qu'il a confiée au Dr B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en cardiologie et médecin responsable du programme de réadaptation cardiovasculaire auprès de la Clinique La Lignière. Dans son rapport du 26 juin 2007, l'expert a retenu les diagnostics d'insuffisance aortique sévère sur bicuspidie et anévrisme de l'aorte ascendante, d'épanchement péricardique post-opératoire tardif avec tamponnade, de tachycardie supra-ventriculaire paroxystique et de douleurs thoraciques sternales et scapulo-cervicales post-opératoires. Il y a ajouté ceux d'hypertension artérielle, d'hyperthyroïdie et d'obésité, tout en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail. Du point de vue cardio-vasculaire, l'expert a constaté que l'opération de Bentall avec mise en place d'une prothèse mécanique avait permis un résultat satisfaisant, sans anomalie de la fonction valvulaire ou de la fonction cardiaque résiduelle, avec une fraction d'éjection conservée et sans dilatation du ventricule gauche ou des cavités droites. En revanche, il existait une arythmie sous forme de tachycardie supra-ventriculaire à une fréquence d'environ 140 battements par minute, une tachycardie régulière, dont l'enregistrement électrocardiographique n'avait pas pu être réalisé, attendu que l'arythmie avait cessé spontanément lors de la mise en place de l'électrocardiogramme. Toutefois, anamnestiquement, cette arythmie était fréquente et survenait plusieurs fois par jour, de manière symptomatique. Le jour de l'examen, lorsque s'était manifestée cette arythmie, l'assurée s'était sentie moins bien; elle avait eu de la difficulté à se mobiliser et à marcher vers une pièce voisine pour effectuer l'électrocardiogramme et avait même chuté sur les genoux. Dans la mesure où ces tachycardies persistaient malgré les bêtabloquants, l'expert a suggéré des investigations supplémentaires et une évaluation électrophysiologique dont il a indiqué qu'elle pouvait aboutir à une éventuelle thermo-ablation suivant l'origine du trouble rythmique. Par ailleurs, l'expert a relevé l'existence de séquelles douloureuses post-opératoires avec un possible défaut de cicatrisation sternale, entraînant un état douloureux et des contractures de la ceinture scapulaire liées à la malposition antalgique. Il a préconisé une évaluation des douleurs sternales par le Service de chirurgie cardio-vasculaire des HUG, pour investigations complémentaires sous la forme de

radiographies thoraciques. Enfin, l'expert a indiqué que l'assurée avait développé un état dépressif favorisé par une mauvaise compréhension de sa maladie et la limitation progressive de ses activités, liée à la problématique douloureuse chronique. A cet égard, il a suggéré une prise en charge psychologique et un éventuel traitement antidépresseur et recommandé que l'assurée soit mieux informée sur sa maladie cardio-vasculaire. L'expert a conclu à une capacité de travail de 0% quelle que soit l'activité lucrative envisagée. Il a émis l'avis qu'aucune mesure de réadaptation n'était exigible. Les limitations fonctionnelles étaient liées à l'incapacité de l'assurée de se mobiliser même pour les activités de la vie courante, à l'importance de l'état anxio-dépressif développé suite à cette baisse de qualité de vie et aux douleurs chroniques, ainsi qu'au fait que l'intéressée soit « inadaptée dans sa vie quotidienne et de famille » (pièce 33 intimé). Sur requête de la Dresse C \_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après SMR), le Dr B \_\_\_\_\_ a précisé, dans son rapport complémentaire du 18 septembre 2007, que sur le plan cardiologique, la fonction de la valve prothétique était normale avec une bonne fonction systolique du ventricule gauche, qui devrait permettre en principe une activité professionnelle, à condition de maîtriser les troubles rythmiques. En effet, l'assurée traversait des passages en tachycardie supraventriculaire d'une fréquence de 140 battements par minute, qui pouvaient occasionner une gêne notoire dans l'activité professionnelle. En revanche si l'on arrivait à maîtriser l'arythmie et si les douleurs disparaissaient, la capacité de l'assurée à exercer sa profession pourrait alors être considérée comme entièrement recouvrée. L'expert a cependant réaffirmé qu'en l'état et au vu de l'ensemble des éléments mis en exergue au mois de juin 2007, particulièrement l'antalgie et l'état anxio-dépressif secondaire, l'assurée était incapable de reprendre la moindre activité lucrative (pièces 35 et 36 intimé). L'OAI a ensuite mis en œuvre un examen psychiatrique qu'il a confié à la Dresse D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et médecin auprès du SMR. De son rapport du 4 février 2008 établi suite à l'examen de l'assurée, il ressort que l'expert n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique. En effet, l'examen n'a mis en évidence aucune atteinte d'ordre psychique, et notamment aucun signe de la lignée anxieuse ou dépressive. Quant au syndrome douloureux évoqué dans le rapport cardiologique, l'expert a jugé qu'on ne pouvait conclure à un syndrome douloureux somatoforme persistant, d'une part parce que la problématique douloureuse n'était quasiment pas présente, d'autre part parce qu'il n'y avait aucun sentiment de détresse. L'expert a saisi l'occasion d'expliquer à l'assurée en quoi avait consisté son opération, quelles étaient ses suites et de souligner le bon pronostic qui s'en suivait. D'un point de vue strictement psychiatrique, l'expert a conclu à une capacité de travail préservée dans toute activité lucrative. Selon lui, l'évaluation de la capacité de travail était uniquement tributaire de l'état de santé somatique de l'assurée (pièce 76 intimé). Le 14 février 2008, les médecins du Service de cardiologie des HUG ont attesté d'un nouveau séjour de l'assurée dans leur service, du 31 janvier au 2 février 2008, pour investigation de la tachycardie. Les médecins ont expliqué que l'étude électrophysiologique effectuée s'était avérée rassurante dans la mesure où aucune tachycardie ventriculaire n'avait pu être déclenchée mais qu'en revanche, leurs examens avaient mis en évidence une réentrée intranodale typique. Toutefois, avant de procéder à une ablation, les médecins ont préféré prescrire à l'assurée un traitement bradycardisant par bêtabloquants, suggérant de ne recourir à l'ablation qu'en cas de récurrence des épisodes de tachycardie. S'agissant des douleurs rétrosternales atypiques, les médecins ont indiqué soupçonner une cardiopathie ischémique, raison pour laquelle ils ont préconisé une scintigraphie myocardique. Par ailleurs, l'examen clinique avait mis en évidence une possible déhiscence sternale. Les médecins ont précisé

que l'assurée serait convoquée pour un bilan complémentaire et un scanner thoracique. Enfin, les médecins ont dit avoir constaté une thymie triste avec idées noires, sans idées suicidaires, raison pour laquelle ils ont préconisé une consultation psychiatrique en ambulatoire (pièce 52 intimé). LE 3 avril 2009, le Dr A \_\_\_\_\_ a confirmé à l'OAI que l'assurée subirait prochainement l'ablation d'un faisceau cardiaque, car des malaises étaient à nouveau survenus, qui avaient pu être documentés sur le plan cardiaque (pièce 55 intimé). L'OAI a alors demandé au Dr B \_\_\_\_\_ de procéder à une nouvelle expertise. Dans son rapport du 28 décembre 2009, l'expert a confirmé les diagnostics de status après opération de Bentall pour insuffisance aortique sévère sur bicuspidie et anévrisme de l'aorte ascendante le 4 août 2003, douleurs thoraciques sternales et scapulo-cervicales post-opératoires, hyperthyroïdie insuffisamment freinée et déconditionnement cardio-pulmonaire et musculaire important. Il a également mentionné, tout en précisant qu'elles étaient sans répercussion sur la capacité de travail : une hypertension artérielle, une obésité et une hypercholestérolémie. L'expert a expliqué que l'assurée avait souffert d'arythmies supraventriculaires récidivantes, qui n'avaient pu être réglées qu'au mois de mai 2009, par une thermo-ablation d'une tachycardie nodale par réentrée typique. A l'examen clinique et à l'électrocardiogramme, il a constaté de fréquentes extrasystoles ventriculaires isolées et polymorphes, ainsi qu'un doublet et un triplet, lors de l'effort. Il a également noté une tachycardie de repos s'accéléralant rapidement dès le début de l'effort, dont il a expliqué qu'elle pouvait être la conséquence d'une hyperthyroïdie insuffisamment contrôlée, raison pour laquelle il a suggéré une consultation endocrinologique. L'expert a en outre souligné que lors du test d'effort, la capacité fonctionnelle de l'assurée s'était effondrée : elle n'avait pu suivre le rythme imposé par le tapis roulant et avait manqué tomber malgré une vitesse diminuée à 2.4 km/h et une pente de 0%. L'assurée n'avait pu parcourir que 57 mètres à cette vitesse avant de se coucher, épuisée. S'agissant des limitations fonctionnelles somatiques, l'expert a conclu à une capacité fonctionnelle effondrée. Il a souligné la qualité de vie catastrophique de l'assurée, dont il a précisé qu'elle était limitée dans toutes les activités de la vie quotidienne, qu'elle ne pouvait assumer quasiment aucune tâche ménagère ni même préparer les repas. Du point de vue strictement cardiologique, l'expert a indiqué n'avoir décelé aucune dysfonction cardiaque pouvant expliquer ce tableau, les seules anomalies mises en évidence étant les extrasystoles ventriculaires et une tachycardie de repos et au moindre effort, peut-être favorisées par l'hyperthyroïdie et le déconditionnement complet de l'assurée sur le plan cardio-pulmonaire et musculaire. L'expert a conclu à une capacité de travail de 0% depuis 2003, quelle que soit l'activité envisagée. Il a estimé que l'effondrement de la capacité fonctionnelle plurifactorielle empêchait même l'assurée de mener une vie quotidienne normale. De plus, des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas envisageables (pièce 72 intimé). Le dossier de l'assurée a été soumis au SMR et plus particulièrement à la Dresse E \_\_\_\_\_, qui a conclu à une totale incapacité de travail depuis le 28 juillet 2003 et a retenu à titre de limitations fonctionnelles : une asthénie, une dyspnée d'effort, des douleurs thoraciques lors du port de charges, l'incapacité à fournir des efforts isométriques, des malaises et le fait qu'aucune activité de la vie courante n'était possible. Le médecin a suggéré qu'il soit procédé à une réévaluation de la situation deux ans plus tard, tout en émettant des doutes sur une quelconque amélioration (pièce 74 intimé). Le 1<sup>er</sup> avril 2010, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité dès le 28 juillet 2004 (pièce 78 intimé). Le même jour, l'OAI en a informé GASTROSOCIAL (pièce 77 intimé). Le 17 mai

2010, l'OAI a transmis à GASTROSOCIAL la motivation de la décision qu'il s'apprêtait à notifier à l'assurée (pièce 79 intimé). Par décisions formelles des 1<sup>er</sup> et 9 juin 2010, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière dès le mois de juillet 2004. L'une de ces décisions portait sur le droit rétroactif de l'assurée, l'autre sur son droit pour l'avenir (pièces 83 à 85 intimé). Par acte du 22 juin 2010, la caisse de pension a interjeté recours contre ces décisions (causes A/2194/2010 et A/2196/2010) en concluant à leur annulation. La recourante fait valoir que la seule atteinte somatique justifiant une diminution de la capacité de travail de l'assurée consiste en un déconditionnement, atteinte dont elle estime qu'elle est réversible et ne peut fonder le droit à une rente. Elle soutient qu'on est en droit d'exiger de la recourante, eu égard à son obligation de réduire le dommage, qu'elle se soumette à un traitement et à une réadaptation. Enfin, elle reproche à l'intimé d'avoir renoncé à procéder à des investigations complémentaires alors que des doutes persistaient suite aux expertises du Dr B\_\_\_\_\_. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 19 juillet 2010, a conclu au rejet du recours. Il soutient que le rapport du SMR doit se voir reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence et relève que la recourante n'amène aucun élément susceptible de le remettre en question. L'intimé allègue que l'incapacité de travail de l'assurée ne découle pas simplement d'une longue interruption de l'exercice des aptitudes professionnelles ou d'une attitude antalgique prolongée, facteurs étrangers à l'invalidité et généralement regroupés sous le terme « déconditionnement », mais d'atteintes entièrement incapacitantes et pouvant même engager le pronostic vital, lesquelles ont été objectivées à l'examen. L'intimé produit à cet égard l'avis émis le 15 juillet 2010 par la Dresse C\_\_\_\_\_, du SMR. Celle-ci y rappelle que l'assurée souffre d'un déconditionnement plurifactoriel complet, cardio-pulmonaire et musculaire, que sa capacité fonctionnelle est effondrée, que des extrasystoles ventriculaires isolées et surtout polymorphes, ont également été constatées et que l'on ne saurait dans ces conditions exiger de l'assurée qu'elle surmonte son déconditionnement global : en effet, un réentraînement à l'effort pourrait entraîner des salves de tachycardie ventriculaire, une syncope ou même une morte subite. Le médecin en tire la conclusion que la maladie cardiaque justifie à elle seule une totale incapacité à exercer la moindre activité lucrative. Par ordonnance du 26 juillet 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales a appelé en cause Madame R\_\_\_\_\_, lui a communiqué les pièces essentielles de la procédure et lui a imparté un délai au 26 août 2010 pour se déterminer. Par ordonnance du même jour, le Tribunal a également ordonné la jonction des causes A/2194/2010 et A/2196/2010 sous le numéro de cause A/2194/2010. L'assurée ne s'étant prononcée dans le délai imparté, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Jusqu'au 31 décembre 2010, conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une

cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1 , consid. 1; ATF 127 V 467 , consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque 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 l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). En l'espèce, les décisions litigieuses datant des 1<sup>er</sup> et 9 juin 2010 sont postérieures à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision) et, le 1<sup>er</sup> janvier 2008, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision), cependant, les faits pertinents remontent au mois de juillet 2004. Partant, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné, pour la période jusqu'au 31 décembre 2007, au regard des dispositions de la LPGA et de celles de la LAI en vigueur jusqu'à cette date, et dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008, en fonction des modifications de la LAI consécutives à la 5<sup>ème</sup> révision, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329 ). 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, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Les décisions des 1<sup>er</sup> et 9 juin 2010 ont été reçues par la recourante en date du 2 juin 2010, respectivement du 10 juin 2010, de sorte que le délai de recours a commencé à courir le lendemain de leur réception (art. 38 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). Partant, les recours datés du 22 juin 2010 ont été formés en temps utile. Interjetés dans les formes et délai prévus par la loi, ils sont ainsi recevables (art. 56 et ss LPGA). On relèvera encore que la qualité pour recourir de l'institution de prévoyance n'est pas contestable au regard de l'art. 49 al. 4 LPGA et de la jurisprudence prévoyant que l'assureur LPP dispose d'un droit de recours propre dans les procédures régies par la LAI (ATF 129 V 73 consid. 4.2.2). En effet, l'art. 49 al. 4 LPGA dispose que l'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en communiquer un exemplaire (1<sup>ère</sup> phrase). Cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré (2<sup>ème</sup> phrase). Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a considéré que les atteintes dont souffre l'appelée en cause ont entraîné une totale incapacité de travail dès le mois de juillet 2003, lui ouvrant droit à une rente entière de l'assurance-invalidité à l'issue du délai de carence. L'art. 28 al. 1 LAI en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007 (art. 28 al. 2 LAI en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008) dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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. Selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à la rente au sens de l'art. 28 prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA). Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> 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. 1<sup>er</sup> LPGA).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine ). 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 la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C\_773/2007 , consid. 2.1). 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, lorsque, 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). Par ailleurs, 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. Étant 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 ss consid. 3b/ee; ATFA non publié

du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). d) 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 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). 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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). En l'espèce, se fondant essentiellement sur les rapports d'expertise du Dr B \_\_\_\_\_, l'intimé a reconnu à l'appelée en cause une totale incapacité de travail dès le 28 juillet 2003, ce que la recourante conteste en alléguant que l'assurée ne souffre tout au plus que d'un déconditionnement réversible et non invalidant. a) Sur le plan somatique, le Dr B \_\_\_\_\_ a fait état d'un status après opération de Bentall pour insuffisance aortique sévère sur bicuspidie et anévrisme de l'aorte ascendante, d'un épanchement péricardique post-opératoire tardif avec tamponnade, d'une tachycardie supraventriculaire paroxystique, de douleurs thoraciques sternales et scapulo-cervicales post-opératoires, d'une hyperthyroïdie insuffisamment freinée et d'un déconditionnement cardio-pulmonaire et musculaire important. L'expert a notamment expliqué, durant l'année 2007, que l'assurée avait souffert de tachycardie supraventriculaire d'une fréquence de 140 battements par minute, pouvant occasionner une gêne notoire. L'expert a également pu constater personnellement les conséquences de tels épisodes. Il a relevé que l'assurée avait alors eu de la difficulté à se mobiliser et à marcher vers une pièce voisine, qu'elle avait même chuté. Si l'expert a admis l'éventualité d'une activité professionnelle, il l'a expressément conditionnée à la maîtrise des troubles rythmiques, dont il a souligné qu'elle n'avait pas été acquise. L'expert a par ailleurs insisté sur l'incapacité de l'assurée à se mobiliser, même pour les activités de la vie courante, sur l'importance de l'état anxio-dépressif développé suite à cette baisse de qualité de vie et sur ses douleurs chroniques. En décembre 2009, le Dr B \_\_\_\_\_ a ajouté que l'assuré avait encore souffert d'arythmies supraventriculaires récidivantes jusqu'en mai 2009, date à laquelle elle avait subi la thermo-ablation d'une tachycardie nodale par réentrée typique. Malgré tout, l'examen clinique et l'électrocardiogramme, lui ont permis de constater de fréquentes extrasystoles ventriculaires isolées et polymorphes, ainsi qu'un doublet et un triplet lors de l'effort, et une tachycardie de repos s'accéléralant rapidement dès le début de l'effort. L'expert a également décrit en détails l'effondrement de la capacité fonctionnelle de l'assurée à l'effort et a finalement confirmé ses conclusions précédentes, à savoir une capacité de 0% quelle que soit l'activité envisagée. b) La Cour de céans constate que le Dr B \_\_\_\_\_ a établi ses rapports de manière neutre, après entretiens avec l'assurée et sur la base d'exams cliniques et cardiologiques complets. L'expert s'est également fondé sur le dossier médical de l'intéressée, sur une anamnèse professionnelle et sociale et a pris en considération les plaintes formulées par l'assurée. Les diagnostics ont été précisément

posés, les atteintes et leurs conséquences clairement exposées et illustrées. Ces rapports permettent de comprendre que les troubles cardiologiques dont souffre l'assurée sont d'une sévérité telle qu'ils entraînent une incapacité de se mobiliser pour effectuer le moindre effort au vu de l'existence d'une arythmie (en 2007), d'une part, d'un effondrement de la capacité fonctionnelle et de l'existence d'extrasystoles ventriculaires et polymorphes (en 2009), d'autre part. Attendu que même les activités de la vie quotidienne ne peuvent plus être assumées, on comprend les raisons pour lesquelles l'expert conclut à une totale incapacité de travail. Partant, la Cour de céans est convaincue par les conclusions motivées du Dr B \_\_\_\_\_ dont elle considère que les rapports doivent se voir reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence, d'autant que la recourante n'amène aucun élément médical susceptible de remettre en cause cette valeur probante. La recourante semble perdre de vue que le déconditionnement complet cardio-vasculaire est la conséquence des importants troubles cardiologiques dont souffre l'assurée depuis l'année 2003 et non du fait qu'elle serait volontairement restée inactive. En outre, il convient de rappeler que le Dr B \_\_\_\_\_ a exclu toute possibilité de réadaptation. Pour le surplus, il sied encore de relever que les autres rapports médicaux versés au dossier ne font que confirmer les conclusions du Dr B \_\_\_\_\_. Ainsi, la Dresse E \_\_\_\_\_ a rappelé, le 15 juillet 2010, l'apparition d'extrasystoles ventriculaires isolées et polymorphes à l'effort et souligné qu'un réentraînement - tel que préconisé par la recourante pour surmonter le déconditionnement - pourrait entraîner des salves de tachycardie ventriculaire, une syncope ou encore une mort subite. Le Dr A \_\_\_\_\_ a quant à lui conclu, en date du 29 juillet 2006, à une totale incapacité de travail en raison des limitations majeures liées à la cardiopathie. Au vu de tout ce qui précède, il y a lieu de confirmer que la capacité de travail de l'assurée doit être considérée comme nulle quelle que soit l'activité envisagée et ce, dès la fin de mois de juillet 2003, en raison de ses problèmes cardiologiques. Pour le surplus, l'argument de la recourante quant à la violation de la maxime inquisitoire par l'intimé est dénué de fondement. Ainsi qu'on l'a vu supra, les rapports du Dr B \_\_\_\_\_ doivent se voir reconnaître pleine valeur probante et permettent de tirer des conclusions claires sur l'état de santé de l'appelée en cause et sur ses conséquences sur la capacité de travail. L'intimé n'avait ainsi nullement besoin d'instruire plus avant l'état de santé de l'appelée en cause. Par ailleurs, dans la mesure où les atteintes somatiques ne permettent pas à l'appelée en cause d'exercer une activité lucrative, il est superflu d'examiner ses éventuels problèmes psychiatriques. En conclusion, l'appelée en cause présentant une totale incapacité de travail dans toutes les activités lucratives depuis le mois de juillet 2003, son degré d'invalidité se confond avec celui de son incapacité de travail (cf. Arrêt du Tribunal fédéral I 43/05 du 30 juin 2006, consid. 5.2). C'est ainsi à juste titre que l'intimé lui a alloué une rente entière d'invalidité dès le mois de juillet 2004 (art. 29 al. 1 let. b LAI). Aussi le recours doit-il être rejeté. Pour le surplus, un émoulement de 1'000 fr. est mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI). **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émoulement de 1'000 fr. à la charge de GASTROSOCIAL. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique

aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Marie-Catherine SÉCHAUD La présidente Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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