

## **GE\_GERICHTE ATAS/1034/2017 vom 16. November 2017**

GE Cour de justice, 2017-11-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1034\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1034_2017)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1034/2017 du 16 novembre 2017

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1034/2017 del 16 novembre 2017

### **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), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

#### **E. 2**

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable.

#### **E. 3**

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA-GE - E 5 10]).

#### **E. 4**

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

#### **E. 5**

L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 - 5ème révision AI). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente

A/2190/2016 - 10/16 - entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

#### **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). 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**

Pour évaluer le taux d'invalidité, il faut déterminer quelle méthode appliquer en fonction du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, à savoir s'il s'agit d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel ou d'un assuré non actif. Cet examen conduit à appliquer respectivement la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode mixte ou la méthode spécifique (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI ; ATF 137 V 334 consid. 3.1). Ces trois méthodes peuvent certes aboutir à des taux d'invalidité différents, impliquant des conséquences assécurologiques différentes, qui n'autorisent pas à conclure à des inégalités dès lors qu'elles ont été voulues par le législateur en considération de la diversité des situations considérées (ATF 137 V 334 consid. 5.5.1). L'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 137 V 334 consid. 3.2). Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré s'il était demeuré valide, il faut tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels, étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b ; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). La question du statut de l'assuré doit être tranchée sur la base de l'évolution de sa situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse. Cependant,

A/2190/2016 - 11/16 - pour admettre l'éventualité que l'assuré aurait repris une activité lucrative partielle ou complète jusqu'à ce moment-là, il faut des éléments dont la force probante atteigne le degré de vraisemblance prépondérante reconnu habituellement en droit des assurances sociales (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

#### **E. 8**

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1 ; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Quant au revenu d'invalide, il doit

aussi être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; ATF 126 V 75 consid. 3b).

#### **E. 9**

Pour apprécier les chances d'un assuré proche de l'âge de la retraite de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi, il convient de se placer au moment où l'on constate que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative est exigible du point de vue médical, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.3). Si on ne peut pas attendre d'un assuré proche de l'âge de la retraite qu'il reprenne une activité adaptée, le degré d'invalidité doit être déterminé en fonction de sa capacité de travail résiduelle dans l'activité qu'il exerçait avant la survenance de son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_913/2012 du 9 avril 2013 consid. 5.3 et 5.4).

#### **E. 10**

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

A/2190/2016 - 12/16 - est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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. À 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

#### **E. 11**

a. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

b. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un

A/2190/2016 - 13/16 - renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La récente jurisprudence du Tribunal Fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; cf. notamment ATAS/588/2013 du 11 juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013).

## **E. 12**

En premier lieu, les parties s'opposent sur le statut à reconnaître au recourant. L'intimé estime que l'assuré aurait continué à travailler au taux réduit de 50% s'il était resté en bonne santé. À l'appui de son point de vue, il invoque que ce dernier a fait le choix de travailler à 50% depuis 2008, c'est-à-dire avant son mariage. Le décès de son épouse, bien qu'assimilable à un changement de circonstances, ne saurait justifier une modification de son statut ; l'assuré a choisi de réduire son taux d'activité pour des raisons fiscales et doit en assumer les conséquences. Le recourant affirme pour sa part qu'en bonne santé, il aurait travaillé à 100%, car un taux d'activité de 50% ne lui permet pas de vivre décemment, vu ses charges. Il a certes travaillé à 50% dès 2008, mais ce taux découlait d'un arrangement provisoire avec sa compagne, qui devait durer au maximum un ou deux ans, dans l'attente d'une stabilisation de leur situation financière. Si la situation avait perduré, c'est parce que son épouse était tombée gravement malade et qu'il avait souhaité rester à ses côtés. Par la suite, il a tenté de ré-augmenter son taux d'occupation, en vain.

## **E. 13**

Le statut de l'assuré dépend en l'occurrence du point de savoir si, sans atteinte à la santé, il aurait travaillé et à quel taux. Né en 1953, l'assuré est veuf et sans enfant. Il ressort de son extrait de compte individuel AVS qu'il a réalisé des revenus oscillant entre CHF 96'168.- et CHF 114'552.- entre 1998 et 2008, ce qui correspond, selon toute vraisemblance, à un plein temps. Dès le 1er novembre 2008, il a travaillé à mi-temps, pour un salaire annuel de CHF

60'107.-. Il s'est marié le 23 janvier 2013. Son épouse est décédée le 18 janvier 2014. Selon les déclarations non contestées de l'assuré, le salaire de son épouse était environ trois fois supérieur au sien, de l'ordre de CHF 15'000.- mensuels. Le mariage a par ailleurs été précédé de plusieurs années de concubinage. Suite au décès de son épouse, l'assuré a entrepris des démarches auprès de son employeur pour augmenter son taux d'activité. Ces démarches semblent avoir partiellement abouti, car l'assuré, dans son recours du 19 juin 2016, puis lors de l'audience du 23 mars 2017, a successivement déclaré travailler à 58%, puis à 65%. Dès lors que l'assuré, bien qu'atteint dans sa santé, a requis et partiellement obtenu une augmentation de son taux d'occupation, on ne saurait tenir pour vraisemblable, à l'instar de ce que soutient l'intimé, qu'en bonne santé, il se serait contenté de

A/2190/2016 - 14/16 - poursuivre son activité de technicien à 50%. Au contraire, il ressort du dossier et des déclarations convaincantes de l'intéressé que celui-ci a cherché, suite au décès de son épouse et compte tenu du fait que celle-ci avait perçu des salaires notablement supérieurs aux siens, à travailler au taux le plus élevé possible, de manière à préserver au mieux son train de vie antérieur et à maximiser les rentes de vieillesse auxquelles il pourra prétendre à l'âge de la retraite. Dans ce contexte, il paraît hautement vraisemblable que, s'il avait été en parfaite santé, l'assuré aurait travaillé à 100%, que ce soit auprès de son employeur actuel ou d'un autre. Que l'assuré ait travaillé à 50% avant le mariage ne permet pas d'aboutir à une autre conclusion, car le couple vivait alors en concubinage. Partant, c'est bel et bien un statut d'actif à 100% qui doit lui être reconnu, de sorte que le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des gains. En ce sens, le recours est partiellement admis.

#### **E. 14**

juillet 2013, puis du 15 septembre au 26 octobre 2014. Outre la documentation médicale sommaire évoquée ci-dessus, le dossier contient un « rapport d'intervention ergonomique » établi le 18 décembre 2015 par la société Ergorama. Il y est relaté que la profession de technicien de théâtre exercée par l'assuré implique, d'une part, des tâches administratives et d'entretien en relation avec la préparation de spectacles - tâches qu'il peut accomplir sans difficulté -, d'autre part, l'installation de matériel audio-visuel et que ce second aspect est peu compatible avec les troubles de l'assuré, tant au niveau des genoux que du dos, car il nécessite que ce dernier soulève fréquemment des charges lourdes et les déplace en empruntant des escaliers. La société Ergorama en conclut que le maintien en emploi de l'assuré passe par une réorganisation de ses tâches dans son poste actuel ou par l'attribution d'un autre poste n'impliquant aucune tâche de manutention. Bien qu'il contienne des indications utiles à cet égard, le rapport d'Ergorama ne permet pas de pallier l'absence d'un rapport médical motivé pour statuer sur le droit de l'assuré à une rente, notamment sur la question d'une éventuelle incapacité de travail de 40% au moins pendant une année (art. 28 al. 1 let. b LAI). C'est le lieu de rappeler que pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, le juge a besoin de documents qu'un médecin doit lui fournir (ATF 122 V 158 consid. 1b).

#### **E. 15**

Aussi, faute d'instruction médicale suffisante de l'administration, la Chambre de céans n'est pas en mesure de tirer des conclusions définitives quant aux répercussions des atteintes du recourant sur sa capacité de travail. Il se justifie en conséquence d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision du 31 mai 2016 et de renvoyer la cause à

l'OAI pour instruction complémentaire, étant rappelé qu'il n'appartient pas au juge de suppléer aux carences de l'instruction diligentée par l'administration. Il appartiendra à l'intimé de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire en rhumatologie, psychiatrie, médecine interne et ophtalmologie. Les experts se prononceront sur la capacité de travail et son évolution depuis le 30 janvier 2013, date de l'accident de l'assuré, en tenant compte de l'ensemble des rapports médicaux versés au dossier, y compris ceux produits à l'appui du recours. Si l'expertise confirme l'hypothèse d'une incapacité de travail d'au moins 40% pendant une année, il appartiendra à l'administration d'intégrer à sa nouvelle décision un calcul du degré d'invalidité reposant sur une comparaison des revenus conforme au droit. Au besoin, il clarifiera le taux d'activité et le revenu que l'assuré perçoit dans son activité habituelle, dès lors que ceux-ci ont apparemment fluctué dans le temps depuis 2013.

A/2190/2016 - 16/16 -

#### **E. 16**

La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 500.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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