

# **GE\_GERICHTE ATAS/103/2012 vom 13. Februar 2012**

GE Cour de justice, 2012-02-13, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_103\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_103_2012)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/103/2012 du 13 février 2012

IT: GE\_GERICHTE ATAS/103/2012 del 13 febbraio 2012

## **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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable à la présente procédure. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230, consid. 1.1 ; ATF 129 V 4, consid. 1.2 ; ATF 127 V 467, consid. 1 ; ATF 126 V 136, consid. 4b et les références citées). S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de l'AI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, elles sont à prendre en considération pour déterminer les prestations dès cette date, eu égard au principe rappelé ci-dessus. Cela étant, cette nouvelle n'a pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4322).

### **E. 3**

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le présent recours est recevable.

### **E. 4**

Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance- invalidité, singulièrement sur son degré d'invalidité.

### **E. 5**

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. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette

diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Pour évaluer le taux A/1654/2011 - 12/19 - 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. 28 al. 2 LAI). 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI dans sa teneur applicable depuis le 1er janvier 2008, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI 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.

## **E. 6**

mai 2003, consid. 2.2). b) 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,

A/1654/2011 - 13/19 - 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 convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'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). 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). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2). e) Si un assuré a le droit de faire administrer des preuves essentielles en vertu de la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu (ATF 127 V 431 consid. 3a), ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (ATF 130 II 425 consid. 2.1; 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über A/1654/2011 - 14/19 - den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2ème éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61).

## **E. 7**

a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue en règle générale en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus, puis en les confrontant l'un à l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente. Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1; 128 V 174). b) 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 (RAMA 2000 n° U 400 p. 381, consid. 2a). 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). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou

si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, si avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATF I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3; ATF B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2).

A/1654/2011 - 15/19 - c) S'agissant du recours à des données statistiques, le Tribunal fédéral a précisé que lors de la détermination du revenu d'invalidé, il convient généralement de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table de l'Enquête suisse des salaires TA1, à la ligne "total secteur privé" (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers, voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsque, avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 9C\_142/2009 du 20 novembre 2009, consid. 4.1; ATF 9C\_237/2007 du 24 août 2007, consid. 5.1; RAMA 2000 n° U 405, consid. 3b). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b).

## **E. 8**

S'agissant de l'examen réalisé par le Dr H\_\_\_\_\_ de janvier 2009, il y a lieu de lui reconnaître une pleine valeur probante. Son rapport contient en effet une anamnèse, il a été établi en pleine connaissance du dossier médical de la recourante et tient compte des plaintes de celle-ci. L'examineur a en outre procédé à un examen clinique complet avant de poser ses diagnostics, et ses conclusions sont clairement motivées. Les atteintes décrites par les Drs E\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ dans les rapports antérieurs à l'expertise, soit la coxarthrose et les douleurs de la hanche ont par ailleurs été prises en considération par le Dr H\_\_\_\_\_ lorsque celui-ci a estimé la capacité de travail de la recourante, puisque ce spécialiste a admis qu'elle était restreinte à 70 % en raison des douleurs et que seule une activité sédentaire était adaptée à ses limitations fonctionnelles. On notera par ailleurs que la capacité de travail retenue par le Dr H\_\_\_\_\_ est inférieure à la première évaluation qui ressort du rapport du 8 décembre 2008 du Dr E\_\_\_\_\_, où ce médecin a indiqué qu'une activité sédentaire était exigible à raison de huit heures par jour, avant de réduire sans aucune explication le taux exigible à quatre heures par jour dans son rapport du 26 décembre suivant. La recourante argue que les conclusions du Dr H\_\_\_\_\_ ne peuvent être retenues dès lors que son état de santé s'est aggravé depuis son examen. Les rapports

postérieurs à celui du Dr H \_\_\_\_\_ ne suffisent cependant pas à établir une telle aggravation. Le Dr G \_\_\_\_\_ a certes fait état dans son rapport du

#### **E. 9**

Il reste à examiner si le calcul du degré d'invalidité de la recourante dès cette date est conforme au droit. S'agissant du revenu sans invalidité, le montant de 46'475 fr. retenu par l'intimé, qui s'est fondé sur le contrat de travail de la recourante, correspond à

#### **E. 13**

mensualités à 3'575 fr. Ce calcul est erroné puisque le contrat prévoit que le revenu mensuel de 3'575 fr. inclut la part du 13ème salaire. Le revenu sans invalidité est ainsi de 42'900 fr. en 2005, et de 43'458 fr. après indexation en fonction de l'Indice suisse des salaires en 2006. Quant au revenu d'invalidité, si le recours à des données statistiques ne prête pas flanc à la critique, le salaire tiré d'une activité simple et répétitive dans tous les domaines d'activité (ligne Total du tableau 1 de l'ESS 2006) est de 4'019 fr. pour les femmes, et non de 4'067 fr. comme le retient l'intimé. Le salaire annuel calculé en fonction d'une durée hebdomadaire de travail de 41.7 heures en 2006 selon la Statistique sur la durée normale du travail (DNT) est ainsi de 50'278 fr. à temps plein et de 35'195 fr. à 70 %. En opérant une déduction de 15 % sur ce revenu, l'intimé est resté dans les limites de son pouvoir d'appréciation. Il y a donc lieu de procéder au même abattement, ce qui porte le revenu d'invalidité à 29'916 fr. La comparaison des revenus aboutit à un degré d'invalidité de 31.1 %. Si ce calcul est légèrement défavorable à la recourante par rapport à celui de l'intimé, cette modification n'a pas d'incidence concrète sur sa situation dès lors que les deux degrés d'invalidité auxquels ils aboutissent sont, quoiqu'il en soit, insuffisants pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité dès le mois de février 2008. En revanche, ils donnent en principe droit à des mesures de réadaptation, pour lesquelles le seuil minimum fixé par la jurisprudence est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références). De telles mesures ont cependant déjà été octroyées à la recourante et ont permis de définir les activités que celle-ci pourrait exercer, si bien qu'il n'y a pas lieu d'en accorder de nouvelles. 10. S'agissant de la durée de versement de la rente, il sied encore de rappeler que la décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la suppression de cette rente correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 9C\_575/2008 du 29 août 2008, consid. 4). Il y a donc lieu d'appliquer l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-

A/1654/2011 - 18/19 - invalidité (RAI; RS 831.201), qui dispose que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, 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. Partant, ce n'est que trois mois après l'amélioration constatée que s'éteint le droit à la rente. En l'espèce, il n'est pas contesté que la capacité de travail de la recourante était nulle de février 2005 à novembre 2007, soit trois mois après l'arthroscopie réalisée par le Dr E \_\_\_\_\_. L'intimé ayant octroyé une rente entière à la recourante jusqu'au 31 janvier 2008, soit trois mois après la possible reprise d'une activité lucrative, sa décision doit également être confirmée sur ce point. 11. Eu égard à ce qui précède, le recours sera rejeté.

La procédure n'étant pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), le  
recourant sera astreint au paiement d'un émolument de 200 fr.

A/1654/2011 - 19/19 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES  
SOCIALES : Statuant A la forme :

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