

# **GE\_GERICHTE ATAS/1139/2019 vom 10. Dezember 2019**

GE Cour de justice, 2019-12-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1139\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1139_2019)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1139/2019 du 10 décembre 2019

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1139/2019 del 10 dicembre 2019

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

### **E. 2**

L'objet du litige porte sur le droit de la recourante à des prestations d'invalidité.

### **E. 3**

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 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). En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, 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

A/1772/2019 - 8/12 - 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. 4**

Lors de l'examen initial du droit à la rente, il convient d'examiner quelle est la méthode d'évaluation de l'invalidité qu'il s'agit d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes reconnues, soit la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA), la méthode spécifique (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 du règlement sur l'assurance-invalidité [RAI – RS 831.201] et 8 al. 3 LPGA), ou la méthode mixte (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_82/2016 du 9 juin 2016 consid. 3.2). Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait également vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer, voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment 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. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3 et les références). On rappellera encore que le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité est une question de droit. En revanche, la constatation du statut (comme personne sans invalidité), c'est-à-dire le point de savoir si et dans quelle mesure l'assuré aurait exercé une activité lucrative, relève d'une question de fait (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_432/2016 du 10 février 2017 consid. 2.2 et les références).

#### **E. 5**

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2). 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

A/1772/2019 - 9/12 - 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 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).

#### **E. 6**

L'art. 59 al. 2bis LAI dispose que les services médicaux régionaux sont à la disposition des offices pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'assurance-invalidité conformément à l'art. 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Selon l'art. 49 al. 1 RAI, les services médicaux régionaux évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral. Selon la jurisprudence, les avis du SMR au sens de ces dispositions, lesquels ne contiennent aucune observation clinique faute d'un examen de l'assuré, se distinguent des expertises ou des examens médicaux, auxquels le SMR peut également procéder. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1). Ces rapports ne sont certes pas dénués de toute valeur probante et il est admissible que l'OAI ou le juge se fonde de manière déterminante sur leur contenu (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière d'appréciation des preuves. Des investigations supplémentaires devront être ordonnées si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références).

#### **E. 7**

En l'espèce, la Dresse B\_\_\_\_\_ a attesté une capacité de travail de 50 % d'octobre 2015 à juin 2017, et de 60 % dès cette date. L'intimé a fondé son refus de prestations sur l'avis du SMR du 16 juillet 2018, lequel se distançait de l'appréciation de la Dresse B\_\_\_\_\_ en concluant à une capacité de travail complète dans l'activité habituelle dès octobre 2015.

A/1772/2019 - 10/12 - Si le rapport de la Dresse B\_\_\_\_\_ ne contient pas tous les éléments formels permettant de se voir reconnaître une pleine valeur probante selon la jurisprudence, cette praticienne paraît motiver la capacité de travail partielle par les douleurs chroniques de la recourante, qui ont un substrat organique selon le Dr D\_\_\_\_\_, à tout le moins s'agissant des cervicalgies. Ainsi, a priori, son évaluation de la capacité de travail ne repose pas uniquement sur les plaintes subjectives de la recourante. En l'absence de tout autre rapport médical établissant au degré de la vraisemblance prépondérante l'évolution de la capacité de travail et de gain de la recourante, et eu égard à la nature des avis du SMR, la Dresse F\_\_\_\_\_ ne pouvait dès lors substituer sans aucune motivation son appréciation de la capacité de travail à celle de la Dresse B\_\_\_\_\_. On notera du reste que le SMR n'indique pas quelles sont « les pièces versées au dossier » qui justifieraient l'admission d'une pleine capacité de travail dès octobre 2015, étant rappelé qu'aucun document médical à l'exception de ceux de la Dresse B\_\_\_\_\_ ne se prononce sur ce point, et que le dossier est particulièrement peu étoffé. Par conséquent, l'avis du SMR ne suffit pas à emporter la conviction au vu de l'appréciation contradictoire du médecin traitant. L'intimé n'ayant pas

procédé à une instruction complète du dossier, un renvoi se justifie, à charge pour lui de compléter ses investigations, par exemple en procédant à une expertise, avec la collaboration de la recourante (ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9), avant de rendre une nouvelle décision sur le droit aux prestations. Au vu des griefs soulevés par la recourante, il convient également de revenir sur les modalités du calcul d'invalidité. En ce qui concerne le statut, l'intimé était a priori fondé à retenir que la recourante était active à 100 %, notamment au vu de ses déclarations à l'enquêtrice. Le fait qu'elle ne soit selon ses dires plus capable depuis son accident de travailler à temps complet n'est à l'évidence pas un motif d'application de la méthode mixte, si la réduction du temps de travail résulte d'atteintes médicales, et non d'un choix opéré par convenance personnelle. Cela étant, il conviendra au vu des allégations de la recourante que l'intimé détermine si un changement de méthode se justifie en raison d'une réduction du temps de travail que celle-ci aurait consentie pour s'occuper de son petit-fils même sans atteinte à la santé. Quant au calcul du taux d'invalidité, c'est à juste titre que l'intimé l'a établi en se fondant sur des revenus statistiques, s'agissant tant du revenu avant qu'après invalidité. En effet, selon la jurisprudence, la comparaison des résultats d'exploitation réalisés dans une entreprise avant et après la survenance de l'invalidité ne permet de tirer des conclusions valables sur la diminution de la capacité de gain due à l'invalidité que dans le cas où l'on peut exclure au degré de vraisemblance prépondérante que les résultats de l'exploitation aient été influencés

A/1772/2019 - 11/12 - par des facteurs étrangers à l'invalidité. En effet, les résultats d'exploitation d'une entreprise artisanale dépendent souvent de nombreux paramètres difficiles à apprécier, tels que la situation conjoncturelle, la concurrence, l'aide ponctuelle de membres de la famille, des personnes intéressées dans l'entreprise ou des collaborateurs. Généralement, les documents comptables ne permettent pas, en pareil cas, de distinguer la part du revenu qu'il faut attribuer à ces facteurs (étrangers à l'invalidité) et celle qui revient à la propre prestation de travail de l'assuré (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_46/2016 du 10 août 2016 consid. 2.1 et 9C\_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3.3). Dans le cas d'espèce, les résultats commerciaux engrangés par la carrosserie ont varié de manière importante entre 2015 et 2016 selon les bilans comptables, ce qui démontre précisément l'incidence de facteurs extérieurs aux atteintes à la santé et qui justifie la fixation du revenu en référence à des revenus statistiques. Quant au revenu après invalidité, dès lors que la recourante ne tire aucune rémunération de sa société nouvellement créée, il faut également tenir compte d'un revenu statistique, qui correspond à celui qu'elle pourrait réaliser en mettant en valeur sa capacité de travail dans une activité salariée adaptée. S'agissant des montants précisément retenus dans le calcul d'invalidité, il faut néanmoins souligner que si la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle devait être confirmée par les mesures d'instruction qui seront mises en œuvre, il n'y aurait alors pas de motif de retenir des valeurs statistiques différentes dans la comparaison des revenus, et le salaire correspondant à une activité de niveau 1 (ligne 82) de l'ESS devrait être utilisé comme référence avant et après invalidité. Par ailleurs, l'indexation devra être calculée selon les mêmes modalités pour ces deux revenus et couvrir la même période.

## **E. 8**

Compte tenu de ce qui précède, le recours est partiellement admis. La recourante a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA). La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), l'intimé supporte l'émolument de procédure de CHF 300.-. \* \* \* \* \*

A/1772/2019 - 12/12 - 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.