

GE_GERICHTE ATAS/1266/2007 vom 14. November 2007

GE Cour de justice, 2007-11-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1266_2007

FR: GE_GERICHTE ATAS/1266/2007 du 14 novembre 2007

IT: GE_GERICHTE ATAS/1266/2007 del 14 novembre 2007

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. 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; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent 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). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

E. 3

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

E. 4

Le litige porte sur la question de savoir si la recourante présente une atteinte à la santé ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

E. 5

Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité

A/2169/2007 - 7/12 - l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels..

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 être

raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. 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 (art. 6 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 sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. L'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4). 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'invalide 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. 28 al. 2 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 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b).

A/2169/2007 - 8/12 -

E. 6

Pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). A cet égard, 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 enfin que 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 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). S'agissant par ailleurs 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

E. 7

En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante présente des lombosciatalgies gauches sur troubles statiques et dégénératifs du rachis ainsi qu'un status post laminectomie L4-L5 et L5-S1. Selon son médecin traitant, ces troubles entraînent une incapacité de travail totale dès le 23 mai 2003. L'intimé se fonde sur les conclusions du rapport d'examen bi-disciplinaire pratiqué par le SMR. S'agissant des troubles sensitifs, le Dr D _____, relève que les examens radiologiques à disposition ne confirment pas la présence d'hernie discale, de fibrose postopératoire ou de la persistance du canal lombaire étroit. Les examens électro-neuro-myographique pratiqués les 22 novembre 2004 et 25 septembre 2006 par le Dr C _____ n'ont montré aucun signe de dénervation, hormis des signes dits "irritatifs" au niveau L3. En conséquence, il n'y a pas d'explication radiologique à ces troubles neurologiques. Concernant les limitations fonctionnelles, la recourante doit alterner la position assise et debout, éviter de porter ou soulever régulièrement des charges et le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Sur le plan psychiatrique, le médecin traitant a relevé

A/2169/2007 - 9/12 - dans son rapport du 24 janvier 2005 un état dépressif réactionnel modéré. Le psychiatre du SMR, le Dr E _____, a posé quant à lui le diagnostic de dysthymie et conclu que cette affection n'entraîne aucune incapacité de travail. Dans leurs conclusions, les médecins du SMR ont mentionné une incapacité de 100 % du 23 mai 2003 au 12 juin 2004 dans l'activité habituelle, puis de 50 % depuis lors; en revanche, dans une activité adaptée respectant strictement les limitations fonctionnelles, la capacité de travail a toujours été de 100 %, excepté pendant une période postopératoire de trois mois. Le Tribunal de céans constate que les médecins du SMR ont rendu leur rapport sur la base d'un dossier complet, notamment radiologique, qu'ils ont procédé à des examens complets ainsi qu'à une anamnèse détaillée. Les médecins ont pris en compte les plaintes de la recourante, leurs conclusions sont claires et dûment motivées, de sorte qu'elles emportent la conviction du Tribunal de céans. Il y a donc lieu de retenir que la recourante présente une capacité de travail entière dans une activité respectant strictement les limitations fonctionnelles. Le Tribunal de céans admettra cependant une diminution de rendement de 10 %, afin de tenir compte du fait que l'assurée doit alterner les positions assise et debout deux fois par heure et non pas deux par jour comme mentionné par erreur par le Dr G _____ dans le rapport SMR du 16 octobre 2006.

E. 8

Reste à déterminer quel est le degré d'invalidité de la recourante lors de l'ouverture du droit éventuel à la rente, soit 2004, en tenant compte d'un statut de personne active. Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. Le TFA admet la référence au groupe des tableau «A», correspondant aux salaires

bruts standardisés, de l'enquête sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique pour déterminer le revenu qu'on peut raisonnablement exiger d'un invalide en dépit de son atteinte à la santé lorsqu'aucun revenu effectif n'est réalisé (cf. ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb; 124 V 321; VSI 1999 p. 51), comme c'est le cas en l'occurrence. Il convient en outre de toujours se rapporter à la valeur médiane. 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) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Quant au revenu de personne valide, il se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment

A/2169/2007 - 10/12 - déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il 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 la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (MEYER- BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 1997, p. 205-206). 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'ESS éditée 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 (cf. ATFA T. du 23 mai 2000, U 243/99, consid. 2b), 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, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage (cf. ATFA L. du 4 septembre 2002, I 774/01), ou rencontrait des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé (RCC 1985 p. 662). Il en va de même lorsque 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 (sur l'ensemble de la question, cf. ATFA T. du 17 octobre 2003, B 80/01, consid. 5.2.2). En l'occurrence, avant son atteinte à la santé, la recourante a travaillé en tant qu'employée de maison pour un salaire de 1'300 fr. par mois de septembre 2001 à octobre 2002, 1'950 fr. de novembre 2002 à mai 2003, puis de 3'000 fr. par mois de dès le mois de juin 2003. Or, manifestement, l'activité exercée par la recourante à son arrivée en Suisse était largement en-dessous de ce à quoi elle aurait pu prétendre, compte tenu de sa formation de niveau universitaire et de son expérience professionnelle à des postes de direction en tant qu'administratrice au sein de sociétés en Colombie. La rémunération perçue ne reflétait pas celle qu'elle aurait pu réaliser en tant que personne valide, de sorte que l'intimé ne pouvait se fonder sur ce salaire. Dans un tel cas en effet, conformément à la jurisprudence rappelée supra, il se justifie de se référer aux données statistiques et de prendre comme salaire de personne valide celui auquel peuvent prétendre, en 2004, les femmes au bénéfice de connaissances professionnelles très spécialisées dans le secteur des services, soit 6'255 fr. par mois. (ESS 2004, p. 53, tableau TA1, chiffres 50-93, niveau de qualification 2). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans le secteur tertiaire (41,7 heures, La Vie économique, 3/2006, p. 90, B9.2), il en résulte un revenu sans invalidité de 6'520 fr. 80 ou 78'250 fr. par année. S'agissant du revenu d'invalide, il a y également lieu de

se référer aux données statistiques et de prendre en considération le salaire de référence auquel peuvent prétendre les femmes au bénéfice de connaissances très spécialisées (niveau de qualification 2) dans le secteur privé, soit 6'241 fr. par mois (ESS 2004, p. 53, tableau TA1). Après adaptation de ce montant à l'horaire usuel dans les entreprises

A/2169/2007 - 11/12 - en 2004 (41,6 heures, La Vie économique, 3/2006, p. 90, B9.2), le revenu mensuel est de 6'506 fr. 25 ou 78'075 fr. par année. Compte tenu d'une diminution de rendement de 10 % et d'un abattement de 15 % sur le salaire statistique au regard de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (ATF 126 V 78 consid. 5), on obtient un revenu d'invalidé de 59'727 fr. 40. Comparé au revenu sans invalidité de 78'250 fr., ce montant donne un degré d'invalidité de 23,65 %, insuffisant pour ouvrir droit à une rente. Sur ce point, la décision de l'intimé doit être confirmée. En revanche, un degré d'invalidité de cette importance ouvre droit, le cas échéant, à des mesures de réadaptation et, à tout le moins, à une aide au placement. Il appartiendra à l'intimé d'examiner quelles mesures entrent en considération dans le cas d'espèce et de rendre une décision à cet égard.

E. 9

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis.

E. 10

La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance- invalidité, entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Au vu de l'issue du litige, un émolument de 200 fr. est mis à charge de l'OCAI.

A/2169/2007 - 12/12 -

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