

# **GE\_GERICHTE ATAS/1318/2012 vom 1. November 2012**

GE Cour de justice, 2012-11-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1318\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1318_2012)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1318/2012 du 1 novembre 2012

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1318/2012 del 1 novembre 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). En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable.

### **E. 3**

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 litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). La décision litigieuse ayant été rendue en mai 2011, le droit éventuel de l'assurée à une rente d'invalidité doit être examiné au regard de la LPGA et des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision) dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui

A/1833/2011 - 8/15 - concernent notamment la procédure (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA) est également applicable.

### **E. 4**

Le litige porte uniquement sur le degré d'invalidité de la recourante, puisqu'il n'est pas contesté que son état s'est aggravé depuis 2006, date à laquelle l'intimé a rejeté la première demande de prestations de l'intéressée. Le statut de l'assurée n'est pas non plus contesté puisqu'elle a été reconnue active à 80%. Seuls restent donc litigieux l'évaluation de sa capacité de travail et le calcul de son degré d'invalidité, plus particulièrement le montant retenu à titre de revenu avant invalidité.

### **E. 5**

a) Il convient tout d'abord de se pencher sur la question de la capacité de travail de l'assurée. En effet, cette dernière conteste être capable de travailler compte tenu de ses problèmes de poids, d'anémie et de dépression. L'intimé la considère en revanche totalement apte à exercer une activité adaptée à ses limitations. b) 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). 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 la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF), l'objet de l'assurance n'est donc pas l'atteinte à la santé en soi mais plutôt les conséquences économiques qui en découlent, soit l'incapacité de réaliser un gain par un travail exigible (ou d'accomplir les travaux habituels pour les non-actifs). La notion d'invalidité est ainsi une notion juridique, basée sur des éléments essentiellement économiques, qui ne se confond pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle, tel que le détermine le médecin ; ce sont les conséquences économiques de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 105 V 207ss.; 106 V 88; 110 V 275; RCC 1981 p. 124 consid. 1a). c) 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 %

A/1833/2011 - 9/15 - au moins. 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). Le nouveau droit n'a pas modifié l'échelonnement des rentes (art. 28 al. 1 LAI) en tant qu'il se rapporte au quart et à la demi-rente, mais il permet d'octroyer trois-quarts de rente à l'assuré dont le degré d'invalidité atteint 60 %, alors que le taux ouvrant droit à une rente entière est passé de 66 ■ à 70 %. d) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 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 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, 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss.).

A/1833/2011 - 10/15 - S'agissant 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 (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant. Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). e) S'agissant de la capacité de travail de la recourante, l'OAI s'est rallié aux conclusions de l'expertise conduite par les Drs O \_\_\_\_\_ et P \_\_\_\_\_, du SMR, qui ont conclu à une capacité de travail entière dans une activité adaptée, ce que la recourante conteste, en invoquant l'avis de ses médecins traitants. Il convient tout d'abord de se prononcer sur la valeur à accorder à l'expertise du SMR. Celle-ci a été diligentée par deux spécialistes

reconnus, sur la base d'un dossier complet. Elle tient compte des remarques et plaintes de l'assurée et relate de façon précise les constatations cliniques objectives des médecins. Les interactions entre les différentes pathologies, ainsi que les conséquences de celles-ci sur la capacité à effectuer certaines tâches (description des limitations fonctionnelles) sont claires. Il en va de même des explications relatives aux motifs ayant conduit les

A/1833/2011 - 11/15 - experts à ne retenir que le diagnostic de dysthymie. Les conclusions auxquelles aboutissent les examinateurs, motivées de façon étoffée, sont convaincantes. En de telles circonstances, la Cour céans considère que le rapport d'expertise a pleine valeur probante. Les avis des Drs M\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ ne sauraient mettre en doute les conclusions des experts. En effet, tous les diagnostics somatiques évoqués par la Dresse M\_\_\_\_\_ ont été pris en compte par les experts, qui ont expliqué de manière détaillée leurs répercussions sur la capacité de travail de l'assurée. Aucun élément objectif n'a ainsi été omis. Quant au Dr Q\_\_\_\_\_, il s'est contenté d'affirmer que sa patiente était dans l'incapacité de travailler sans motiver aucunement sa position, si ce n'est par la liste des diagnostics retenus, qui demeurent les mêmes que ceux retenus par les experts. Au contraire, il semble ressortir des explications du Dr Q\_\_\_\_\_ que, contrairement à ses allégations, l'état de sa patiente s'est amélioré puisque la fréquence des consultations a diminué entre 2008 et 2011. Enfin, les maîtres de stage des EPI sont également parvenus à la conclusion que l'assurée était capable d'exercer à plein temps et plein rendement sur le marché économique usuel tertiaire. On relèvera à cet égard que la recourante ne saurait tirer de conclusions pertinentes du fait qu'elle n'a pas obtenu le diplôme espéré à l'issue de la mesure de reclassement dont elle a bénéficié puisqu'il n'est pas allégué que ce serait en raison de problèmes de santé. Il y a dès lors lieu de rejeter le recours sur ce point et d'admettre, avec les EPI et le SMR, que l'assurée dispose d'une pleine capacité à exercer une activité adaptée telle que décrite par les experts.

## **E. 6**

a) Il convient à présent de se pencher sur le calcul du degré d'invalidité auquel a procédé l'intimé, calcul contesté par la recourante, s'agissant plus particulièrement du revenu avant invalidité. b) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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). 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 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16

A/1833/2011 - 12/15 - LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance de l'éventuel 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, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux

données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). 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). Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment 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. Aux termes de l'art. 27bis RAI, lorsque l'assuré n'exerce une activité lucrative qu'à temps partiel, l'invalidité pour cette part est évaluée selon la méthode générale qui vient d'être décrite. Quant à l'invalidité dans la part réservée aux travaux habituels au sens de l'art. 8 al. 3 LPGA - on entend par là l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que l'engagement caritatif non rémunéré -, elle est évaluée selon l'art. 27 RAI. Il faut donc en premier lieu déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question (méthode mixte d'évaluation de l'invalidité). On évaluera ainsi le degré d'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et le degré d'invalidité dans la sphère professionnelle par comparaison des revenus (art. 16 LPGA) ; on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activités. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de

A/1833/2011 - 13/15 - l'assuré est déterminée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pourcent entre ces deux valeurs. La part de l'autre travail habituel constitue le reste du pourcentage (ATF 104 V 136 = RCC 1979 p. 28 consid. 2a ; RCC 1980 p. 565 ; RCC 1992 p. 136 et VSI 1999 p. 231 et ss.).

## **E. 7**

En l'espèce, la recourante allègue que le revenu avant invalidité devrait être fixé non à 50'750 fr. (18'126 fr. [salaire 2001 de 17'724 fr. après indexation] + 2'444 fr. [salaire accessoire 2001 de 2'390 fr. après indexation] + 30'000 [revenu de maman de jour]) mais à 60'495 fr. (27'950 [revenu total obtenu chez X\_\_\_\_\_ en 2001] + 2'545 [activité auxiliaire chez Y\_\_\_\_\_ ; moyenne 2000-2001] + 30'000 [revenu de maman de jour]). Estimant que le taux d'activité ne pouvait être clairement établi pour l'année 2001 et vu que les heures supplémentaires n'avaient pas été effectuées « sur la durée », la division de réadaptation professionnelle s'est basée sur le revenu réalisé en 2000. Dans sa réponse au recours, l'intimé a relevé que l'assurée n'a effectué des heures supplémentaires qu'à compter de juin 2001 et que leur nombre a sensiblement varié jusqu'en décembre 2001 (88,75 en juin, 46 en juillet, 26,5 en août, 10,25 en septembre, 39,75 en octobre, 36 en novembre et 64,75 en décembre), raison pour laquelle il a suggéré de se baser sur la moyenne des salaires réalisés entre 1997 et 2001, afin de pondérer les facteurs variables de la rétribution dans le temps et de refléter la situation concrète de l'assurée. Il apparaît à la

Cour de céans que cette façon de procéder ne répondrait pas aux exigences de la loi et de la jurisprudence qui veulent que le revenu avant invalidité soit évalué de manière aussi concrète que possible. En l'occurrence, il n'est pas contesté qu'un changement est survenu durant l'année 2001, puisque l'employeur de l'assurée lui a proposé une fonction supplémentaire. Certes, il n'y a pas eu modification formelle du contrat de travail. Il n'en demeure pas moins que l'assurée a régulièrement effectué des heures supplémentaires de juin 2001 à février 2002, c'est-à-dire jusqu'à son arrêt de travail, de sorte que l'on peut sans autre conclure que si son état de santé le lui avait permis, elle aurait continué de la sorte. L'employeur n'a pas non plus allégué que cette possibilité était limitée dans le temps. Une moyenne se basant sur la période de 1997 à 2001 ne correspondrait donc en rien à la réalité. Reste que le nombre d'heures supplémentaires effectuées entre juin 2001 et février 2002 a effectivement varié (de 10,25 à 88 par mois). Il apparaît à la Cour nécessaire de se baser sur le revenu concrètement réalisé en 2001 par la recourante, puisque cela démontre le salaire qu'elle était capable d'obtenir lorsque son état de santé le lui permettait. C'est donc le montant tel que ressortant du rassemblement des comptes individuels AVS qui doit être pris en considération, à savoir 27'950 fr., ce

A/1833/2011 - 14/15 - qui, indexé, correspond à un montant de 28'450 fr. pour 2002 après indexation. Si l'on y ajoute 2'444 fr. de revenu accessoire (revenu 2001 [2'390 fr.] après indexation) et 30'000 fr. de revenu en tant que maman de jour, on obtient un revenu avant invalidité de 60'894 fr. qui, comparé à celui de 32'496 fr. qu'aurait pu obtenir l'assurée en 2002 en exerçant une activité adaptée à 80% et compte tenu d'une réduction supplémentaire de 15%, conduit à un degré d'invalidité de 46,64% dans la sphère professionnelle. Le degré d'invalidité global en résultant s'élève à 40,91 % ( $[46,64 \% \text{ de } 80 \% = 29,6 \text{ \%}] + [18 \% \text{ de } 20 \% = 3,6 \text{ \%}]$ ), ce qui ouvre à l'assurée le droit à un quart de rente de l'assurance-invalidité à compter du 30 juillet 2010, date à laquelle les mesures de reclassement ont pris fin. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis.

A/1833/2011 - 15/15 - 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.