

# **GE\_GERICHTE ATAS/1412/2008 vom 20. Oktober 2004**

GE Cour de justice, 2004-10-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1412\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1412_2008)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1412/2008 du 20 octobre 2004

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1412/2008 del 20 ottobre 2004

## **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'article 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 loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable en l'espèce.

A/654/2008 - 8/13 -

### **E. 3**

Au terme de l'art. 60 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. Le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de sa date incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique (ATF 124 V 402 consid. 2a, 122 I 100 consid. 3b, 114 III 53 consid. 3c et 4, 103 V 65 consid. 2a). En ce qui concerne plus particulièrement la notification d'une décision ou d'une communication de l'administration adressée par courrier ordinaire, elle doit au moins être établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurance sociale (ATF 124 V 402 consid. 2b, 121 V 6 consid. 3b). L'autorité supporte donc les conséquences de l'absence de preuve (ou de vraisemblance prépondérante) en ce sens que si la notification ou sa date sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF non publié du 5 mai 2008, 8C\_621/2007; consid. 4.2). En l'espèce, la décision litigieuse a été expédiée sous pli simple, de sorte que la preuve de sa réception ne peut être apportée par l'autorité intimée. La recourante indique, quant à elle, n'avoir reçu la décision datée du 25 janvier 2008 que le 29 janvier 2008. De surcroît, il y aurait lieu, en application de l'article 38 alinéa 1 LPGA de reporter le terme du délai échéant un samedi ou un dimanche au premier jour ouvrable suivant. Ainsi, le recours du lundi 28 février 2008 intervient-il en temps utile. Partant, les autres conditions de recevabilité étant également réalisées, le recours est recevable.

### **E. 4**

Vu les dernières conclusions prises par la recourante le 31 juillet 2008, l'objet du litige porte sur l'octroi d'une rente complète, plutôt qu'un trois quart de rente pour la période du 1er juin 2004 au 31 mars 2005, et sur l'octroi d'une demi-rente du 1er avril 2005 au 31 décembre 2005.

## **E. 5**

Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité 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. 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

A/654/2008 - 9/13 - 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 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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid. 1; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01). Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2004, 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**

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 générale, 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. 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 (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 30 consid. 1; ATF 104 V 136 consid. 2a et 2b). Si les deux revenus hypothétiques provenant d'une activité lucrative ne peuvent être établis ou évalués de manière fiable, il convient alors de procéder, en utilisant par analogie la méthode spécifique appliquée aux personnes sans activité lucrative (art. 27 RAI), à une comparaison des activités pour évaluer le degré d'invalidité en fonction des conséquences, du point de vue du gain, de la diminution de la rentabilité des intéressés sur le plan professionnel. Il s'agit alors de la méthode d'évaluation dite extraordinaire. La différence fondamentale entre la procédure extraordinaire d'évaluation et la méthode générale de comparaison des revenus réside dans le fait que dans la première

hypothèse, le degré d'invalidité n'est pas évalué par une comparaison directe des revenus. Il s'agit au contraire de déterminer d'abord, sur la base de la

A/654/2008 - 10/13 - comparaison des activités, l'empêchement imputable à l'affection puis d'apprécier séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain (cf ATF 106 V 136 ; ATFA du 30.04.01 dans la cause I 547/00. Cette méthode est souvent utilisée pour les indépendants, en particulier lorsque les recettes réalisées avant l'apparition de l'invalidité étaient sujettes à des fluctuations considérables par exemple pour des raisons conjoncturelles (pratique VSI 2/1998, p. 122ss ; RCC 1979, p. 228ss ; voir aussi ATAS n° 191/2004 du 30.03.2004).

### **E. 7**

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, 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). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 261 consid. 4 et les références). 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).

A/654/2008 - 11/13 -

### **E. 8**

En l'espèce, l'autorité intimée a fait usage à bon droit de la méthode générale de comparaison des revenus. Certes, la recourante exerce une activité indépendante. Toutefois, il convient de rappeler que la méthode extraordinaire ne doit être utilisée qu'à titre

subsidaire, lorsque la méthode ordinaire n'est pas praticable. Or, la recourante ne prétend pas que ses recettes auraient fluctué avant la survenance de son invalidité. Il apparaît au contraire, que sous réserve des exercices 2003 et 2004, le produit d'exploitation de la recourante est constant. D'ailleurs, la recourante elle-même, prétendant à tort que la méthode extraordinaire aurait été employée, conteste son application. S'agissant de l'application de la méthode ordinaire, le calcul effectué par l'autorité intimée ne souffre pas la critique. Il sied en premier lieu de constater que le calcul a été effectué dans le cadre du maintien de l'activité habituelle de toiletteuse pour chiens, plutôt que dans le cadre de l'exigence d'une activité adaptée, ce qui comme le démontre le rapport de réadaptation professionnelle de l'autorité intimée du 22 septembre 2008 est bien plus favorable à la recourante. A ce sujet, il apparaît au Tribunal que l'appréciation de l'autorité intimée au sujet de l'exigence d'une activité adaptée est pertinente, puisque la recourante bénéficie de qualifications d'infirmière psychiatrique et que les limitations mises en évidence par les différents éléments médicaux, y compris ceux émanant des médecins traitants de la recourante, sont difficilement compatibles avec l'activité de toiletteuse pour chiens. En particulier, le Dr B\_\_\_\_\_ (certificat médical du 16 juillet 2008) ne fait état d'une réduction de la capacité de travail que dans le cadre de l'activité habituelle. S'agissant de la prise en compte partielle du salaire de l'employée engagée dès le mois de juillet 2005, c'est à juste titre que l'autorité intimée n'en tient pas intégralement compte. En effet, selon l'avis du SMR du 9 octobre 2006 (fondé sur le rapport d'examen clinique du 15 juin 2006), lequel est conforme aux requisits jurisprudentiels susmentionnés, la recourante bénéficie d'une capacité de travail de 70 %, l'incapacité à hauteur de 30 % intervenant sous forme de diminution de rendement. Les autres avis émanant des médecins traitants de la recourante et ne répondent pas aux critères jurisprudentiels rappelés plus haut, de sorte que leur valeur probante est moindre. Par ailleurs, ladite employée travaillant à mi-temps, il n'est pas critiquable d'avoir tenu compte de 60 % de son salaire (30 % x 2), soit d'avoir ajouté 40 % dudit salaire au bénéfice d'exploitation de la recourante dans le cadre de la détermination du revenu avec invalidité. S'agissant des hospitalisations de la recourante, ces dernières sont prises en comptes, puisqu'il a été comparé les revenus issus de la comptabilité produite à la procédure. Or, cette comptabilité prend nécessairement en compte les effets de ces absences.

A/654/2008 - 12/13 - Il s'en suit que les taux d'invalidités pris en compte par l'autorité intimée, de même que les rentes qui en découlent doivent être confirmées.

## **E. 9**

Reste à examiner le second moyen soulevé par la recourante, à savoir le défaut de motivation suffisante de la décision entreprise, en raison de l'absence de réponse à son opposition du 8 mars 2007. La jurisprudence a notamment déduit du droit d'être entendu, découlant de l'art. 29 al. 2 Cst., l'obligation pour l'autorité de motiver sa décision, afin que l'intéressé puisse la comprendre, l'attaquer utilement s'il y a lieu et que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle. Pour répondre à ces exigences, il suffit que l'autorité mentionne, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Il y a cependant violation du droit d'être entendu si l'autorité ne satisfait pas à son devoir minimum d'examiner et traiter les problèmes pertinents (ATF 126 I 102 consid. 2b, 124 V 181, consid. 1a, 122 IV 14 consid. 2c et les références Au demeurant, une décision insuffisamment motivée doit également être

attaquée dans le délai de recours; à défaut, elle entre en force de chose décidée. En effet, sauf exception, l'absence de motivation ou le caractère lacunaire de celle-ci n'entraîne pas la nullité de la décision (ATFA non publié du 27 avril 2005, I 569/04, consid.4.3). En l'espèce, la lecture de la décision litigieuse révèle que le second moyen de la recourante est manifestement mal fondé. En effet, les éléments de réponse au courrier du conseil de la recourante du 8 mars 2007 figurent en seconde page de la motivation, sous rubrique « Audition », une erreur ne modifiant pas le taux d'invalidité ayant d'ailleurs été corrigée.

**E. 10**

Ainsi, le recours, mal fondé, sera rejeté.

**E. 11**

Un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de la recourante qui succombe (article 69 alinéa 1bis LAI).

A/654/2008 - 13/13 -

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