

GE_GERICHTE ATAS/223/2011 vom 1. März 2011

GE Cour de justice, 2011-03-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_223_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/223/2011 du 1 mars 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/223/2011 del 1 marzo 2011

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. b) 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). En l'espèce, l'objet du litige porte sur le droit de l'assuré à une demi ou un trois quart de rente d'invalidité dès le 6 mars 2007, la demande ayant été déposée le

E. 6

a) 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'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). b) En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). Ce n'est que lorsqu'une décision

administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, que la cause ne peut être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et qu'il y a alors lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'article 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465). c) Les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail ou de gain sur le marché du travail. Dans les cas où ces appréciations (d'observation professionnelle et médicale) divergent sensiblement, il incombe à l'administration ou au juge de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément

A/3580/2010 - 15/19 - d'instruction (arrêt I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 page 64). d) 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 LPG), 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 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. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3). e) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

E. 7

Dans le cas d'espèce, le médecin traitant de l'assurée atteste que le déficit sensitif S1 gauche, séquelle d'une hernie discale traitée, est sans effet sur la capacité de travail, ce qui est confirmé par le Dr L_____, neurologue. Il n'y a donc aucun diagnostic somatique

entraînant des limitations fonctionnelles et ayant des conséquences sur la capacité de travail de l'assurée. Les médecins susmentionnés et les deux psychologues consultés retiennent que l'assurée a présenté à la naissance une anoxie ayant entraîné un retard psychomoteur, caractérisé par un léger bégaiement, des troubles de l'attention, une dyscalculie, des difficultés d'abstraction

A/3580/2010 - 16/19 - spatiale. Les limitations fonctionnelles sont liées au langage, à la concentration et aux limites cognitives. Les effets sur la capacité de travail ne sont pas évalués en pourcent par les médecins consultés. Le Dr L_____ précise que l'assurée a su s'adapter à ses difficultés et que son intelligence a su se développer et le médecin traitant fait état d'un rendement médiocre lié à la fatigue lors d'activités nécessitant concentration et agilité. L'activité de téléphoniste semble difficile en raison du bégaiement. Il n'y a cependant aucune affection psychiatrique ou mentale qui empêche l'exercice d'une activité simple, répétitive et ne nécessitant ni concentration intense, ni agilité, ni capacités cognitives importantes.

L'OAI a donc correctement apprécié les rapports médicaux, émanant au demeurant des médecins traitants, de sorte qu'il ne se justifie pas d'investiguer plus avant l'aspect médical. Il n'y a pas diagnostic expliquant les limitations physiques évoquées par l'assurée, liées aux douleurs au dos et le diagnostic de retard psychomoteur, ainsi que ses conséquences sont admis. Reste à déterminer les aptitudes de l'assurée, ses limitations et la diminution de rendement.

E. 8

Le stage d'observation, effectué avec sérieux et empathie, a permis de déterminer que les capacités manuelles, la dextérité et la coordination de l'assurée sont bonnes et compatibles avec une activité simple de conditionnement, le rendement étant alors de 90%, tandis que pour une activité plus complexe, le rendement est réduit à 60%. Le stage d'observation professionnelle en entreprise parvient aux mêmes conclusions: le rendement est de l'ordre de 75% à 80%, dans une activité simple et répétitive, l'assurée est autonome, mais un cahier des charges exigeant une diversification et des activités plus complexes n'est pas à sa portée. Les conclusions de l'ensemble des mesures de réadaptation professionnelles confirment les évaluations médicales et rien ne permet de retenir qu'elles sont contradictoires. L'assurée est ainsi capable de travailler dans l'industrie et le fait qu'elle préfère exercer une activité dans le secrétariat ou la réception n'est pas déterminant dès lors que ces activités sont incompatibles avec les limitations constatées.

Le rapport de Madame D_____ psychologue, ne permet pas de s'écarter des conclusions des médecins et de celles du rapport de stage. En effet, il confirme que le bilan intellectuel global de l'assurée, légèrement au dessus du seuil de la débilité légère, ne lui permet pas d'exercer une profession exigeant des capacités de raisonnement, de mémorisation, d'analyse visuo-spatiale et de mobilité intellectuelle, ce qui n'est pas contesté. Ces limitations n'empêchent pas l'assurée d'effectuer un travail de conditionnement simple.

Les autres objections de l'assurée ne remettent pas non plus en cause l'évaluation de sa capacité de travail, qui doit s'apprécier sans tenir compte des conditions concrètes du marché du travail, actuellement tendu. Ni son âge (51 ans), eu égard à la jurisprudence du Tribunal Fédéral, ni son manque d'expérience, laquelle n'est pas nécessaire dans le domaine envisagé, ne peuvent être pris en compte comme

A/3580/2010 - 17/19 - excluant toute possibilité d'exploiter sa capacité résiduelle de travail. S'agissant de son inadéquation - toute relative - lors d'un entretien d'embauche, due au retard mental, il y a lieu de retenir qu'elle est vraisemblablement comparable à celle d'autres candidates à un poste de conditionnement, et que d'éventuelles confidences à cette occasion ne sont pas un frein pour le poste en question, de sorte que ces éléments ne font pas obstacle à son engagement, dans le cadre d'un marché du travail équilibré, bien sûr.

C'est donc à juste titre que l'intimé a retenu que l'assurée dispose d'une capacité de travail entière, avec une diminution de rendement de 20% dans une activité industrielle simple et répétitive.

E. 9

a) La détermination du revenu avec invalidité peut se fonder sur l'ESS, selon une jurisprudence maintenant bien établie du Tribunal fédéral, sans égard au fait que, concrètement, l'assurée trouve ou ne trouve pas un emploi dans l'industrie. Il suffit, et tel est le cas, que des emplois du type de celui envisageable existent à Genève. L'assurée n'a au demeurant pas encore cherché d'emploi dans ces domaines, mais en qualité de secrétaire, ce qui paraît peu réaliste eu égard à l'absence de formation et aux limitations liées à son état de santé. Le salaire d'invalidité retenu est celui ressortant du TA7, ligne 10, activité de fabrication et transformation de produits, soit 4'188 fr. /mois pour un horaire de 41,7 heures. Il est donc correctement établi, dès lors que la pratique pourtant moins favorable de l'OAI consistant à retenir le salaire moyen de TA1, total, toutes activités confondues (4'290 fr./ mois), est également admise par le Tribunal fédéral lorsque seules des activités légères et répétitives sont possibles. L'OAI a tenu compte d'une diminution de rendement de 20%, ce qui est correctement fondé sur l'avis de l'entreprise (de 20 % à 25%) et de la fondation Pro (10%) et a admis un abattement supplémentaire relativement généreux de 20%, le maximum étant de 25%, pour tenir compte de l'âge de l'assurée (51 ans), l'absence d'expérience professionnelle et des limitations (intégration sociale, stress, diminution de rendement). Le revenu d'invalidité retenu par l'OAI de 32'162 fr. n'est donc pas critiquable. b) L'OAI a fixé le revenu sans invalidité selon l'article 26 RAI, en raison d'un retard psychomoteur ayant eu lieu à la naissance. L'assurée a été scolarisée et a suivi quelques années de collège, mais n'a pas achevé de formation professionnelle. L'instruction n'a pas déterminé si l'assurée a tenté de suivre une formation professionnelle après le collège. Elle a travaillé, dans des conditions particulières et vraisemblablement relativement préservées, à mi-temps comme réceptionniste durant 15 ans, pour un salaire équivalent à 50'800 fr. pour un emploi à 100% en 1998. Il est impossible de déterminer quelle formation et, par conséquent, quel revenu l'assurée aurait réalisé en l'absence d'anoxie à la naissance et selon la jurisprudence citée par les directives applicables, il n'est pas admissible de se fonder sur des critères étrangers aux notions juridiques en cause pour fixer ce

A/3580/2010 - 18/19 - revenu théorique (nationalité, niveau socioprofessionnel des parents, formation des frères et sœur, etc.). Contrairement aux affirmations de l'OAI, le revenu de 74'000 fr. ne ressort pas de la loi, ni du règlement d'ailleurs, mais de directives de l'OFAS, publiées sous la forme de lettres circulaires et fondées sur le revenu déterminé par l'Office fédéral de la statistique et issu de moyennes tirées des ESS. Cela étant, le revenu sans invalidité de 74'000 fr. en 2008 est fixé conformément aux directives d'application de l'art. 26 RAI. La comparaison des revenus détermine un taux d'invalidité de 57% ce qui ouvre le droit à une demi rente d'invalidité, dès le 1er avril 2007, soit un an avant le dépôt de la demande en avril 2008 conformément à l'art. 88 RAI en vigueur jusqu'au 1er janvier 2008 et

donc applicable au cas d'espèce. Pour le surplus, le montant de la rente et les calculs effectués et explicités par la CCGC ne sont plus contestés.

E. 10

Ainsi, la décision de l'OAI est bien fondée et, partant, le recours est rejeté. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1er juillet 2006, a apporté 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'assurance-invalidité devant la Chambre des assurances sociales est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). Le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005), de sorte qu'il sera perçu un émolument, fixé en l'occurrence à 200 fr.

A/3580/2010 - 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.