

GE_GERICHTE ATAS/414/2008 vom 9. April 2008

GE Cour de justice, 2008-04-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_414_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/414/2008 du 9 avril 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/414/2008 del 9 aprile 2008

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 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 délais prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

E. 4

L'objet du litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance- invalidité et en particulier sur le degré de son invalidité.

A/4265/2007 - 5/11 -

E. 5

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 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). 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 dans sa teneur en vigueur

jusqu'au 31 décembre 2007). Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), 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. Dès le 1er janvier 2004, date de l'entrée en vigueur de la 4ème révision de l'AI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un 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. L'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

E. 6

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). 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

A/4265/2007 - 6/11 - 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. A cet égard, il importe 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 des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3). Ainsi, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions

soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). Le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut donc également valoir comme moyen de preuve. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal. Cette jurisprudence s'applique aussi bien lorsqu'un assuré entend remettre en cause, au moyen d'une expertise privée, les conclusions d'une expertise aménagée par l'assureur-accidents ou par un office AI (ATF 125 V 351; ATFA du 29 octobre 2003, I 321/03 consid. 3.1).

A/4265/2007 - 7/11 - Enfin, les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 20 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39 consid. 4.1, 2001 IV n° 10 p. 27; ATFA non publié du 11 janvier 2007, I 778/05, consid. 6.1).

E. 7

En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante souffre d'une atteinte à la santé sous forme de lombalgies chroniques sur discopathie L4-L5 avec protrusion discale postéro-médiane depuis 2002, ainsi que d'un état anxio-dépressif. Est litigieuse en revanche la question de l'importance de la répercussion de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail, que la recourante estime être de 50 %. Selon les Drs L_____ et M_____, la recourante présente des limitations fonctionnelles qui l'empêchent d'exercer sa profession actuelle à plus de 50 %. En revanche, dans une activité adaptée ne nécessitant pas d'efforts physiques, la capacité de travail est de 100 %. Le Dr N_____, dans son rapport du 28 novembre 2006, partage cet avis, expliquant que les lombalgies communes et l'état dépressivo-anxieux n'entraînent pas d'incapacité de travail. Ainsi, du point de vue somatique, le Tribunal de céans constate que la capacité de travail est entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles décrites par les médecins.

Sur le plan psychique, le Dr P_____ a conclu dans son expertise que l'épisode dépressif récurrent, léger actuellement, sans syndrome somatique, le trouble panique et les traits de personnalité dépendante n'entraînent pas de limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique. Il a expliqué de façon convaincante que les troubles ne sont pas sévères, qu'ils n'occasionnent pas d'agoraphobie, car les difficultés de la recourante à sortir de chez elle sont principalement liées à la crainte que l'on puisse la voir trembler. La recourante ne présente pas de ralentissement psychomoteur, ni de fatigabilité au cours de l'entretien, ni de troubles du cours ou du contenu de la pensée et n'a pas eu de difficulté particulière pour se rendre aux

A/4265/2007 - 8/11 - entretiens. L'expert a conclu à une capacité de travail entière du point de vue psychiatrique. Le Tribunal de céans relève que l'expertise du Dr P_____ remplit tous les critères requis par la jurisprudence pour se voir attribuer pleine valeur probante, de sorte qu'il n'a aucun motif de s'en écarter. Force est de conclure que la capacité de travail de la recourante est entière dans une activité adaptée.

E. 8

Reste à déterminer quel est le degré d'invalidité de la recourante. 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). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du 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 222 et 128 V 174). En règle générale, le revenu hypothétique 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, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment du prononcé de la décision (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1). Certaines circonstances peuvent toutefois justifier qu'on s'en écarte. Il n'est ainsi pas admissible de se baser sur le dernier salaire lorsque celui-ci ne correspond manifestement pas à ce que l'assuré aurait été en mesure de réaliser, au degré de la vraisemblance prépondérante, s'il n'était pas devenu invalide, compte tenu de sa situation personnelle et de ses aptitudes professionnelles; par exemple lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, il rencontrait des difficultés professionnelles en raison d'une aggravation progressive de son état de santé (RCC 1985 p. 662 consid. 3a) ou percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles (sur la question, voir ATF A non publié du 17 octobre 2003, B 80/01, consid. 5.2.2). Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ci-après : ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des

A/4265/2007 - 9/11 - salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/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 (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

E. 9

En l'occurrence, pour le revenu sans invalidité, l'intimé s'est fondé sur les ESS tableau TA7, secteur 37 niveau 4, activités dans l'hôtellerie (cf. Enquête suisse sur la structure des salaires - ESS - 2004). Il y a lieu de relever que la recourante s'est inscrite au chômage le 12 septembre 2002, avec un gain assuré de 3'200 fr., qu'elle a travaillé dans un EMS dans le cadre d'un emploi temporaire et qu'elle n'a pas repris d'activité lucrative depuis lors. En conséquence, c'est à juste titre que l'intimé s'est référé aux données statistiques et plus particulièrement au tableau TA7 et a retenu un gain sans invalidité de 3'637 fr. par mois, porté à 3'782 fr. pour une durée hebdomadaire de travail de 41.6 heures, soit un gain annuel de 45'390 fr. Concernant le revenu d'invalidité, dès lors que la recourante n'a pas repris d'activité lucrative, c'est à bon droit que l'intimé s'est référé aux données statistiques. Compte tenu de l'activité de substitution dans un emploi adapté, à savoir un travail léger ne nécessitant pas d'efforts physiques et favorisant l'alternance des positions, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (ESS 2004, TA1, p. 53, niveau de qualification 4). On peut à cet égard citer par exemple des tâches simples de vérification (voir notamment ATFA non publiés du 30 novembre 2006, I 805/05, consid. 5.3, du 2 février 2005, I 394/04, consid. 3.2, du 11 juillet 2005, I 531/04, consid. 4.3 et les références). Ce salaire s'élève en 2004 à 46'716 fr. (3'893 x 12) part au 13ème salaire comprise. De plus, puisque les salaires bruts standardisés sont fondés sur un horaire de travail de quarante heures (ATF 129 V 410 consid. 3.1.2), le revenu statistique doit être adapté à l'horaire de travail en 2004 qui est de 41.6 heures par semaine (OFS, durée normale de travail dans les entreprises), soit à 48'585 fr. (46'716 x 41.7 : 40). Compte tenu d'un abattement - plutôt généreux - de 10 % retenu par l'intimé, le revenu annuel d'invalidité s'établit à 43'726 fr. Après comparaison des gains, il en résulte un degré d'invalidité de 3,7 %, arrondi à 4 %, insuffisant pour ouvrir droit à une rente de l'assurance-invalidité.

A/4265/2007 - 10/11 - Enfin, la recourante ne peut prétendre à des mesures de réadaptation, car le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références).

E. 10

Mal fondé, le recours sera rejeté. Conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI, en vigueur depuis le 1er juillet 2006, la recourante sera condamnée au paiement d'un émolument de 200 fr.

A/4265/2007 - 11/11 -

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