

# **GE\_GERICHTE ATAS/425/2016 vom 30. Mai 2016**

GE Cour de justice, 2016-05-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_425\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_425_2016)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/425/2016 du 30 mai 2016

IT: GE\_GERICHTE ATAS/425/2016 del 30 maggio 2016

## **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 - 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

### **E. 3**

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

### **E. 4**

Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations d'invalidité.

### **E. 5**

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, 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 raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. 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. En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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).

### **E. 6**

En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en

moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que 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. 7**

Conformément à l'art. 8 al. 1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de

A/2726/2015 - 10/17 - gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies. Aux termes de l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession lorsque son invalidité rend cette mesure nécessaire, et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. L'art. 6 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) définit les mesures de reclassement comme les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer leur capacité de gain. La jurisprudence a apporté une précision à cette définition en indiquant que le concept de reclassement recouvre l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité (ATF 124 V 108 consid. 2a). Dès lors, en règle générale, l'assuré ne peut pas prétendre à la meilleure formation possible dans son cas, la loi ne visant en effet qu'à assurer les mesures de réadaptation qui sont nécessaires et suffisantes compte tenu du cas d'espèce (ATF 121 V 258 consid. 2c). De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2; ATF 124 V 108 consid. 3a).

### **E. 8**

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2). b) 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

A/2726/2015 - 11/17 - 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 (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). c) 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. Ainsi, lorsqu'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 351 consid. 3b/bb). d) S'agissant 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 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

## **E. 9**

L'art. 16 LPGA prévoit que, 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. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a). Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il

A/2726/2015 - 12/17 - convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 428/06 du 25 mai 2007 consid. 7.3.3.1). Pour déterminer le revenu d'invalidité de l'assuré, il faut en l'absence d'un revenu effectivement

réalisé se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). Il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait toucher l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. 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) (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_259/2007 du 8 mai 2008 consid. 4.1). Un abattement global maximal de 25 % permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

#### **E. 10**

En l'espèce, l'intimé a fondé le calcul du degré d'invalidité sur une capacité de travail de 80 % avec une diminution de rendement de 20 % dans une activité adaptée, soit celle correspondant aux limitations retenues par la Dresse I\_\_\_\_\_, excluant les travaux lourds, le port de charges lourdes et les activités manuelles répétées. Il a donc calqué son évaluation de la capacité de travail de la recourante sur celle de la rhumatologue traitante. En tant que la recourante affirme que sa capacité de travail est nulle et qu'elle n'a ainsi pas de capacité de gain, elle méconnaît le caractère de l'invalidité, au sens du droit des assurances sociales. L'invalidité est en effet une notion économique et non médicale, et ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 501/04 du

#### **E. 13**

décembre 2005 consid. 7.2). Or, en l'espèce, s'il n'est pas contesté que la capacité de travail dans l'activité habituelle de masseuse est désormais nulle, la recourante dispose néanmoins d'une capacité de travail dans une activité adaptée. Il n'existe en effet aucun document médical démontrant au degré de la vraisemblance prépondérante que tel ne serait pas le cas. Comme on l'a vu, la Dresse I\_\_\_\_\_ a elle-même admis dans son rapport d'août 2013 qu'une activité adaptée était possible à un taux de 80 %, moyennant une diminution de rendement de 20 %, conclusion qu'elle a confirmée dans son rapport du 21 février 2014. Dans

A/2726/2015 - 13/17 - son rapport du 14 août 2015, la rhumatologue de la recourante n'a pas remis en cause son estimation de la capacité de travail dans une activité adaptée, et n'a pas non plus modifié les limitations fonctionnelles qu'elle avait retenues. Elle n'est pas non plus revenue sur cette appréciation dans le courrier adressé à l'OAI en avril 2015, dans lequel elle a cependant relevé les points restreignant l'accès au marché du travail, notamment les difficultés linguistiques et le manque de formation. Or, des facteurs tels que l'absence de formation ou de connaissances linguistiques sont étrangers à l'invalidité, de sorte que les organes de l'assurance-invalidité ne peuvent tenir compte de tels critères (arrêt

du Tribunal fédéral des assurances C 282/05 du 3 mars 2006 consid. 2.3). Quant à l'âge de la recourante, la chambre de céans rappelle que selon la jurisprudence, l'assurance-invalidité n'a pas à répondre du fait qu'un assuré ne trouve plus d'emploi adapté à ses atteintes à la santé en raison de son âge. Dans le cadre de l'examen de l'exigibilité qu'imposent tant la notion de marché du travail équilibré que le devoir de réadaptation – examen qui interdit de partir d'hypothèses irréalistes – l'âge avancé ne constitue pas un facteur étranger à l'invalidité mais fait partie des caractéristiques qui, cumulées aux circonstances personnelles et professionnelles, peuvent avoir pour conséquence que la capacité résiduelle de gain de l'assuré n'est de manière réaliste plus demandée sur le marché équilibré du travail et que sa mise en valeur n'est plus exigible (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2 et les références). Le Tribunal fédéral a considéré que le seuil dès lequel on peut parler d'âge avancé se situe à 60 ans (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2). La recourante, née en 1959, est ainsi bien en-dessous de l'âge à partir duquel on peut admettre qu'une réinsertion professionnelle n'est plus réaliste. Partant, les obstacles à la reprise d'une activité lucrative soulevés par la rhumatologue ne justifient pas que l'on renonce à tenir compte d'une capacité de travail dans une activité adaptée. Les rapports de la Dresse B\_\_\_\_\_ ne permettent pas non plus une autre appréciation. En effet, l'incapacité de gain totale qu'elle a mentionnée dans son rapport du 8 mai 2014 n'est nullement motivée, alors que les limitations fonctionnelles relatées par cette généraliste en juillet 2013 se recourent pourtant largement avec celles que la Dresse I\_\_\_\_\_ a signalées. La dégradation de l'état de santé relevée en juillet 2015 par la Dresse B\_\_\_\_\_ n'est pas non plus étayée. Sur ce point, on notera en particulier que les limitations fonctionnelles, liées aux difficultés des tâches manuelles, n'ont guère varié par rapport à celles qui ont été communiquées en juillet 2013 – et qui ont du reste déjà été prises en compte par l'intimé. Quant au fait que des examens soient en cours pour confirmer le diagnostic de syndrome de Sjögren, il s'agit d'un point sans pertinence pour l'issue du litige, dès lors que l'intimé a déjà admis les limitations liées à cette affection. Le Dr C\_\_\_\_\_ n'a pas retenu d'incapacité de gain d'origine psychique, si bien qu'on ne saurait exclure de capacité de travail dans une activité adaptée à ce titre. Enfin, la livraison de trois repas à domicile par semaine ne suffit pas à écarter les conclusions médicales, pas plus que l'hébergement dans un immeuble doté d'une

A/2726/2015 - 14/17 - infirmerie. En effet, les difficultés de la recourante pour préparer des aliments ne sont pas nouvelles. En termes de limitations fonctionnelles, elles se traduisent par l'exclusion des activités manuelles répétées. En outre, aucun des médecins n'a fait état de la nécessité pour la recourante de disposer d'un logement avec un accès à une infirmerie, et on ignore d'ailleurs si celle-ci fait fréquemment usage de cet équipement. Quant à l'appréciation de l'état de santé de la recourante par son assistante sociale, elle ne saurait se substituer à des constatations médicales claires. La recourante fait grief à l'intimé de ne pas avoir mis en œuvre d'expertise, violant ainsi son droit d'être entendue. Si la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431 consid. 3a), ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). En l'espèce, dès lors que l'intimé admet la capacité de travail

décrite par la rhumatologue de la recourante, et que le dossier ne contient pas de conclusions motivées remettant en cause ce point, il n'y a pas de raison de mettre en œuvre une expertise. Les points destinés à être éclaircis par une telle mesure selon la proposition de la Dresse I \_\_\_\_\_ du 14 août 2015 ne relèvent d'ailleurs pas de la capacité de travail médico-théorique de la recourante, mais de facteurs exorbitants à la notion d'invalidité. La Dresse B \_\_\_\_\_ a également appelé de ses vœux une expertise afin de confirmer le diagnostic suspecté chez la recourante. Cependant, comme on l'a vu ci-dessus, une telle démarche n'aurait pas d'incidence sur l'issue du litige. Enfin, c'est ici le lieu de rappeler que dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.1). Au vu des éléments qui précèdent, la chambre de céans se ralliera aux conclusions de la Dresse I \_\_\_\_\_ et du SMR, selon lesquelles la recourante a une capacité de travail de 80 % avec une diminution de rendement de 20 % dans une activité adaptée. 11. Reste à déterminer si le calcul du degré d'invalidité auquel a procédé l'intimé est correct. L'art. 25 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) prévoit qu'à l'exception des prestations, éléments de salaire et indemnités mentionnées aux let. a à c de cette disposition, le revenu annuel présumable est celui sur lequel des cotisations ont été versées. Un parallèle est ainsi établi entre le revenu soumis à cotisation de l'assurance-vieillesse et survivants et le revenu à prendre en considération pour l'évaluation de l'invalidité. Ce parallèle n'a toutefois pas une portée absolue, et la jurisprudence admet des rectificatifs, par exemple lorsqu'il y a

A/2726/2015 - 15/17 - eu une variation extraordinaire du revenu (SVR 1999 IV n° 24 p. 71). La seule circonstance qu'un assuré disposerait de meilleures possibilités de gain que celles qu'il met en valeur et qui lui permettent d'obtenir un revenu modeste ne justifie pas encore que l'on s'écarte du gain qu'il perçoit effectivement (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 777/01 du 14 octobre 2002 consid. 2.2). La preuve de l'existence de circonstances qui justifieraient de s'écarter, en sa faveur ou en sa défaveur, du revenu effectivement réalisé par l'assuré est soumise à des exigences sévères, qu'il s'agisse de l'évaluation du revenu avec ou sans invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I 290/04 du 28 décembre 2004 consid. 3.2). En l'espèce, les revenus obtenus par la recourante sont certes modiques, puisqu'ils correspondent à CHF 18'691.65 par année en moyenne (CHF 448'588.- réalisés entre 1987 et 2011). La recourante s'en est contentée durant une longue période, et elle n'allègue pas que sa capacité financière aurait augmenté sans atteinte à la santé, si bien qu'il n'existe aucun indice concret permettant de faire abstraction de ses revenus effectifs. L'intimé a retenu un salaire sans invalidité de CHF 30'000.-, affirmant que les revenus de la recourante n'avaient jamais dépassé ce montant. Ce chiffre s'avère très largement favorable à la recourante. Il est en effet supérieur au montant moyen réalisé, et en particulier au revenu de CHF 14'121.- réalisé en 2007, soit avant que l'atteinte à la santé n'entraîne d'effets sur les revenus de la recourante selon ses propres déclarations. La chambre de céans ne s'en écartera toutefois pas. Pour ce qui est du revenu avec invalidité, c'est de manière conforme au droit que l'intimé s'est référé à des revenus statistiques en l'absence d'activité concrètement exercée. Le revenu tiré de l'ESS 2008 pour des activités simples et répétitives (TA 1, ligne Total, niveau 4) était de CHF 4'116.- pour 40 heures par semaine. Indexé et adapté à la durée normale de travail de 41.6 heures en 2009, année lors de laquelle la recourante aurait au plus tôt pu prétendre à l'octroi d'une rente en cas de demande non tardive, le revenu d'invalidé est de CHF 52'446.16. Compte tenu d'un taux d'activité de 80 % et d'une diminution de rendement de 20 %, le revenu d'invalidé est de

CHF 33'583.80. L'intimé n'a pas procédé à une réduction statistique sur ce revenu. On peut se demander si, en renonçant à un tel abattement, l'intimé n'a pas commis un excès négatif de son pouvoir d'appréciation (ATF 116 V 307 consid. 2), que la chambre de céans serait fondée à revoir conformément à l'art. 61 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative (LPA - E 5 10). Cette question peut toutefois rester ouverte en l'espèce, puisque même en tenant compte de l'abattement maximal de 25 %, le revenu d'invalidité serait de CHF 25'188.-, et la comparaison avec le revenu sans invalidité aboutirait à un degré d'invalidité de 16 %, qui reste insuffisant pour ouvrir le droit aux prestations. 12. Eu égard aux éléments qui précèdent, la décision de l'intimé s'avère conforme au droit. Partant, le recours sera rejeté. La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

A/2726/2015 - 16/17 - La procédure en matière d'assurance-invalidité n'est pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI). Toutefois, la recourante étant au bénéfice de l'assistance judiciaire, il y a lieu de renoncer au paiement d'un émolument conformément à l'art. 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 (RFPA - E 5 10.03).

A/2726/2015 - 17/17 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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