

# **GE\_GERICHTE ATAS/45/2008 vom 16. Januar 2008**

GE Cour de justice, 2008-01-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_45\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_45_2008)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/45/2008 du 16 janvier 2008

IT: GE\_GERICHTE ATAS/45/2008 del 16 gennaio 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**

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

### **E. 3**

Est litigieux en l'occurrence la question de savoir si la recourante présente une invalidité ouvrant le droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

### **E. 4**

a) La notion d'invalidité est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré. La définition de l'invalidité est désormais inscrite dans la loi. Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance- invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas. D'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Une appréciation divergente ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. A cet égard, il ne suffit donc pas qu'une appréciation divergente soit soutenable. Peuvent en revanche constituer des motifs suffisants le fait qu'une telle évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une

A/1962/2007 - 9/16 - appréciation insoutenable ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATF 126 V 291 ss consid. 2). b) En l'espèce, il est relevé dans le rapport de la CRR du 13 mai 2003 que les limitations fonctionnelles de la recourante s'inscrivent, au moment de son séjour dans cette clinique, dans un tableau douloureux plus étendu, pour lequel le traumatisme ne joue plus qu'un rôle secondaire. Déjà auparavant, le Dr O\_\_\_\_\_ avait indiqué, dans son rapport du 12 février 2002, que les douleurs du coude et de l'épaule n'étaient pas dans un relation probable avec l'accident. L'assureur-accident n'a ainsi pas tenu compte de toutes les atteintes à la santé, mais seulement de celles qui sont en rapport avec les accidents survenus. Par conséquent, l'intimé ne saurait en principe être lié par l'appréciation de la capacité de travail par la SUVA.

#### **E. 5**

Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 41 LAI (ATF 125 V 417 ss consid. 2 et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2), respectivement 17 LPGA. Conformément à ces dispositions, lorsque l'invalidité d'un bénéficiaire de rente subit une modification de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence (ATFA non publié du 30 août 2005, I 362/04, consid. 2.2). En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI; ATF 125 V 417 consid. 2d; RCC 1984 p. 137). Selon cette disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

#### **E. 6**

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

A/1962/2007 - 10/16 - 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. 7**

En vertu de 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, 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.

## **E. 8**

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss. consid. 5.3 et consid. 6).

## **E. 9**

a) Selon l'art. 28 al. 2 LAI, pour l'évaluation de l'invalidité, 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. Le Conseil fédéral édictera des prescriptions complémentaires sur l'évaluation de l'invalidité, notamment pour les assurés qui n'avaient pas d'activité lucrative avant d'être invalide (art. 28 al. 3 LAI). Sur la base de cette disposition légale, le Conseil fédéral a édicté les art. 27 et 27bis RAI. Aux termes de l'art. 27 RAI, pour évaluer l'invalidité d'un assuré n'exerçant pas d'activité lucrative au sens de l'art. 5 al. 1 LAI, on effectue une comparaison des activités et on cherche à établir dans quelle mesure l'intéressé a été empêché d'accomplir ses travaux habituels (méthode spécifique; al. 1). Par travaux habituels des assurés travaillant dans le ménage, on entend l'activité usuelle dans le ménage et l'éducation des enfants (al. 2). En application de l'art. 27bis al. 1 RAI, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon l'art. 28 al. 2

A/1962/2007 - 11/16 - LAI. S'ils se consacrent en plus à leurs travaux habituels au sens de l'art. 5 al. 1 LAI, l'invalidité est déterminée selon l'art. 27 RAI pour cette activité. Dans ce cas, il faudra 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 l'assuré est affecté dans les deux activités en question (méthode mixte d'évaluation de l'invalidité). Il est à relever à cet égard que la diminution de la capacité de travail, dans l'activité lucrative ou dans les tâches habituelles, engendrée par la fatigue accumulée dans l'autre domaine d'activité, ne peut pas être prise en considération, dans la mesure où l'évaluation de telles interférences est dans la pratique difficile. A cela s'ajoute, s'agissant de personnes mariées, que les époux sont tenus de contribuer au travail au foyer « chacun selon ses facultés », aux termes de l'art. 163 al. 1 et 2 du Code civil suisse (CC). Cela résulte également du principe de l'égalité des sexes consacré par l'art. 8 al. 3 de la

Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (ATF 125 V 159 s. consid. 5c). b) En l'espèce, la recourante travaillait avant la survenance de l'invalidité comme caissière à raison de 27 heures par semaine, ce qui correspond à un taux de 65%. Selon ses déclarations, elle aurait continué à travailler à ce taux sans atteinte à la santé. La recourante a également travaillé comme concierge de février 2000 à janvier 2002. Selon les renseignements donnés par la Régie Y\_\_\_\_\_ à l'intimé en date du 30 novembre 2006, la recourante travaillait environ 17 heures par semaine pour un salaire de 1207 fr. par mois en 2002. Ajouté à son emploi de caissière, son temps de travail équivalait ainsi à au moins un plein temps. Partant, il convient d'admettre que l'intimé a établi à raison le degré d'invalidité selon les règles applicables aux personnes exerçant une activité lucrative.

#### **E. 10**

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, le juge 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'assurée (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement

A/1962/2007 - 12/16 - des assurés et être reportée à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 ; ATFA du 30 novembre 2004, I 600/03, consid. 3.2). 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 arrêts cités). 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. 11**

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). 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

#### **E. 12**

Se pose en l'espèce en premier lieu la question de la valeur probante du rapport du SMR, soit en particulier des conclusions de la Dresse P\_\_\_\_\_. En effet, celle-ci a signé en tant que "Psychiatre FMH", alors même qu'elle n'est pas autorisée à porter ce titre. Or, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, un rapport médical, élaboré dans le cadre d'un diagnostic de troubles somatoformes douloureux, signé par ce médecin avec ce titre, ne peut se voir attribuer une pleine valeur probante, en raison d'une irrégularité d'ordre formel (ATF non publié du 31 août 2007, cause I 65/07). Toutefois, en l'occurrence, les médecins de la CRR n'ont pas posé, dans leur rapport du 13 mai 2003, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux, en l'absence d'éléments dépressif et anxieux, et un tel diagnostic n'a pas non plus été émis par d'autres médecins. Partant, le rapport médical du SMR n'a pas été élaboré dans le cadre de ce diagnostic. Les médecins consultés n'ont par ailleurs pas fait état

A/1962/2007 - 13/16 - d'autres troubles psychiques. Par conséquent, le seul fait que le rapport du SMR soit signé par la Dresse P\_\_\_\_\_ avec un titre auquel elle ne peut prétendre, n'enlève pas toute valeur probante au rapport de son confrère, le Dr Q\_\_\_\_\_. De surcroît, il s'agit d'un document médical parmi d'autres. Ainsi, l'appréciation des atteintes à la santé et leur répercussion sur la santé n'est pas uniquement fondée sur le rapport du SMR.

#### **E. 13**

La capacité de travail de la recourante a été évaluée par la CRR à 100%, soit deux heures par jour, comme concierge dès le 16 avril 2003 et comme caissière à 50% dès la même date et de 100% à partir du 28 mai 2003. Il convient toutefois de rappeler que la SUVA n'a pas pris en considération la totalité des atteintes, mais uniquement celles en rapport avec les accidents survenus. Quant à l'appréciation de la capacité de travail par les Drs P\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_, elle rejoint celle de la CRR.

Selon les constatations du CIP, la recourante ne présente qu'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Le Dr T\_\_\_\_\_ considère cependant, dans sa note du 20 décembre 2005, que la différence d'évaluation de la capacité entre le SMR et le CIP s'explique par le fait que la recourante a effectué des activités manuelles lors des stages d'observation professionnelle, mais que dans une autre activité sa capacité de travail serait entière. Le CIP a retenu, à titre d'activité adaptée, les métiers d'employée de contrôle visuel de production et d'ouvrière de conditionnement léger, après avoir écarté l'activité de caissière de cinéma et d'animatrice parascolaire. L'activité adaptée entrant en considération est ainsi clairement manuelle et aucun autre travail n'a été proposé à la recourante. En ce qui concerne l'activité de patrouilleuse scolaire, elle semble a priori bien convenir. Cependant, il s'agit d'une activité à temps très partiel, alors que la recourante travaillait à temps complet. Il convient à cet égard de rappeler que l'administration doit en principe indiquer quelles sont les possibilités de travail concrètes qui entrent en considération, en fonction des limitations de l'assuré (ATF 107 V 20 consid. 2b = RCC 1982 p. 34). La concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain ne doit néanmoins pas être subordonnée à des exigences excessives. Pour l'évaluation de l'invalidité, il n'est pas déterminant si la personne invalide peut être placée eu égard aux conditions concrètes du marché du travail,

mais uniquement si elle pourrait encore exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main-d'œuvre. (VSI 1998 p. 293). Dans la mesure où l'intimé n'a pas indiqué quelles autres activités elle pourrait exercer, en plus de celles retenues par le CIP, il y a lieu de se fonder sur l'évaluation de la capacité de travail par ce centre, de l'avis du Tribunal de céans. Or, celui-ci a

A/1962/2007 - 14/16 - constaté qu'elle n'était que de 50%, sans qu'il puisse être retenu que la recourante ait fait preuve de mauvaise volonté. Quant à l'aggravation de l'état de santé alléguée par la recourante dans la présente procédure, celle-ci est postérieure à la décision attaquée, de sorte qu'il ne peut en être tenu compte. Il appartiendra ainsi à la recourante de déposer une demande de révision, si son degré d'invalidité devait s'être modifié de façon notable ultérieurement à la décision dont est recours.

#### **E. 14**

Reste à établir la perte de gain de la recourante. Pour le revenu d'invalidé, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, à savoir 45'840 fr. par année (Enquête suisse sur la structure des salaires 2002, TA1, p. 43). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux handicaps de la recourante. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002 (41,7 heures; La Vie économique, 10- 2004, p. 90, B9.2), ce montant doit être porté à 47'788 fr. Vu l'âge de la recourante et ses handicaps, qui empêchent notamment toute polyvalence, il se justifie de procéder à un abattement de ce salaire statistique à hauteur de 15%. Il en résulte un revenu de 40'620 fr. Au vu du taux de capacité de travail de 50%, le salaire d'invalidé s'établit ainsi à 20'310 fr. Quant au salaire sans invalidité, il aurait été en 2002 de 2'312 fr. par mois, soit de 30'056 fr. par an avec le 13ème salaire. A cela s'ajoute, une participation de 395 fr. et une allocation de résidence de 792 fr. par an. Avec son salaire de concierge de 15'040 fr. par an (1'207 fr. x 12), le revenu sans invalidité s'établit ainsi à 46'283 fr. Par conséquent, la perte de gain s'élève à 56,11%. Ce taux ouvre le droit à une demi-rente d'invalidité.

#### **E. 15**

Se pose encore la question de savoir à partir de quel moment la capacité de travail de la recourante s'est améliorée. Sur la base de l'avis médical de la Dresse R\_\_\_\_\_ du SMR, l'intimé a considéré que tel était le cas dès décembre 2002. Cependant, ce médecin n'a pas indiqué sur quels éléments concrets il s'est fondé pour admettre une amélioration de l'état de santé à ce moment. Le rapport d'examen du SMR du 26 mai 2004 ne permet pas non plus de faire une telle déduction. Cela étant, il y a lieu de se référer au rapport du 13 mai 2003 de la CRR où la recourante a encore séjourné du 18 mars au 15 avril 2003 pour améliorer les séquelles de ses accidents. Or, selon les conclusions de la CRR, laquelle a pu

A/1962/2007 - 15/16 - concrètement observer la recourante pendant plusieurs semaines, celle-ci n'a récupéré une capacité de travail, du moins partielle, qu'à partir d'avril 2003. Partant, il y a lieu d'octroyer à la recourante une rente d'invalidité entière jusqu'au 31 juillet 2003, l'amélioration n'étant considérée comme durable qu'après trois mois (art. 88a RAI).

#### **E. 16**

Au vu de ce qui précède le recours sera partiellement admis.

**E. 17**

La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'500 fr. lui est octroyée à titre de dépens.

**E. 18**

L'émolument de justice, fixé à 200 fr., est mis à la charge de l'intimé.

A/1962/2007 - 16/16 -

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