

## **GE\_GERICHTE ATAS/462/2012 vom 4. April 2012**

GE Cour de justice, 2012-04-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_462\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_462_2012)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/462/2012 du 4 avril 2012

IT: GE\_GERICHTE ATAS/462/2012 del 4 aprile 2012

### **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; RS 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**

Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA).

#### **E. 3**

Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance- invalidité, plus particulièrement sur son degré d'invalidité.

#### **E. 4**

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 al. 1 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 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).

#### **E. 5**

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

A/3269/2011 - 14/22 - 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 (ATFA non publié 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 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 (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

A/3269/2011 - 15/22 - 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 (ATF non publié 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2). e) La garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère notamment à un justiciable 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 (Ueli KIESER, ATSG- Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2ème éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61 ; ATF 130 II 425, consid. 2.1; ATF 124 V 90, consid. 4b; ATF 122 V 157, consid. 1d).

## **E. 6**

a) 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'invalidé 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. 16 LPGa). La comparaison des revenus s'effectue en règle générale en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus, puis en les confrontant l'un à 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. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe 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 (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (ATF 129 V 222, consid. 4.1, ATF 128 V 174). b) Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Si l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et encore que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, le revenu effectivement réalisé constitue en principe le revenu d'invalidé (ATF 126 V 75, consid. 3b/aa; ATFA non publié I 881/06 du

## **E. 9**

S'agissant du calcul de la rente, la Cour de céans rappelle ce qui suit. a) Les dispositions de la loi sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS; RS 831.10) sont applicables par analogie au calcul des rentes ordinaires, comme cela découle de l'art. 36 al. 2 LAI. Selon l'article 29bis al. 1 LAVS, le calcul de la rente est déterminé par les années de cotisations, les revenus provenant d'une activité lucrative ainsi que les bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance entre le 1er janvier qui suit la date où l'ayant droit a eu 20 ans révolus et le 31 décembre qui précède la réalisation du risque assuré. Le Conseil fédéral règle la prise en compte des mois de cotisations accomplis dans l'année de l'ouverture du droit à la rente, des périodes de cotisation précédant le 1er janvier qui suit la date des 20 ans révolus et des années complémentaires (art. 29bis al. 2 LAVS). b) La durée de cotisations est réputée complète lorsqu'une personne présente le même nombre d'années de cotisations que les assurés de sa classe d'âge (art. 29ter al. 1 LAVS). Il y a année entière de cotisations lorsqu'une personne a été assurée pendant plus de onze mois au total et que pendant ce temps-là, elle a versé la cotisation minimale ou qu'elle présente des périodes de cotisations au sens de l'art. 29ter al. 2, let. b et c LAVS (art. 50 du règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants du 31 octobre 1947 [RAVS ; RS 831.101]). Selon l'art.

52c RAVS, les périodes de cotisations entre le 31 décembre précédant la réalisation du cas d'assurance et la naissance du droit à la rente peuvent être prises en compte pour combler les lacunes de cotisations. Les revenus provenant d'une activité lucrative réalisés durant cette période ne sont toutefois pas pris en considération pour le calcul de la rente. c) Les rentes partielles sont calculées linéairement en fonction du rapport entre les années entières de cotisations de la personne assurée et celles de sa classe d'âge (art. 52 RAVS; ATF 131 V 371 consid. 6.2 et les références). Conformément à l'art. 53 RAVS, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) établit des tables de rentes dont l'usage est obligatoire. La rente est calculée sur la base du revenu annuel moyen de l'assuré (art. 29quater première phrase LAVS). Sont pris en compte les revenus d'une activité lucrative sur lesquels des cotisations ont été versées (art. 29quinquies al. 1 LAVS). La somme des revenus de l'activité lucrative est revalorisée en fonction d'un indice déterminé chaque année par le Conseil fédéral (art. 30 al. 1 LAVS). Le Conseil fédéral a délégué la compétence de fixer le facteur de revalorisation à l'OFAS (art. 51bis al. 1 RAVS). Le calcul du revenu annuel moyen prend également en considération les périodes de cotisations et les revenus correspondants pris en compte en vertu de l'art. 52c RAVS (cf. art. 51 al. 2 RAVS).

A/3269/2011 - 20/22 -

#### **E. 10**

Il convient d'examiner le calcul de la rente à la lumière de ces dispositions. Pour déterminer le revenu moyen, la Caisse a divisé les revenus soumis à cotisation de 2005 à 2008, soit 98'081 fr. divisés par une durée de cotisations de deux ans et neuf mois et revalorisés par un facteur 1. C'est bien un facteur de 1 qui s'applique pour les cas d'assurance survenus en 2010 lorsque les premières inscriptions ont été portées au compte individuel de l'assuré en 2005 (Facteurs de revalorisation 2010 de l'OFAS). En revanche, la durée de cotisations retenue par la Caisse semble inexacte. La Caisse a en effet fait abstraction des mois de cotisation en 2009. Or, le droit à la rente s'ouvre le 1er janvier 2010 et il convient de prendre en compte les revenus réalisés jusqu'au 31 décembre qui précède, soit en l'espèce le 31 décembre 2009. Par ailleurs, la Caisse mentionne une durée de cotisation totale de trois ans et cinq mois, dont huit durant l'année d'ouverture du droit à la rente. Cependant, selon l'extrait de compte, la durée de cotisations jusqu'à fin 2009 est de 38 mois au total, soit trois ans et trois mois. Le calcul de la Caisse paraît donc erroné. En intégrant comme il se doit les revenus soumis à cotisations en 2009 au calcul du revenu moyen déterminant, on obtient un revenu total de 104'930 fr. qu'il convient de diviser par la durée de cotisation de trois ans et trois mois, ce qui donne un revenu moyen déterminant de 32'286 fr. S'agissant de l'échelle applicable, la durée de cotisations complète des assurés nés en 1972 est de 17 ans pour les cas d'assurance survenant en 2010, et l'échelle de rente 8 est applicable aux assurés qui comme la recourante présentent une durée de cotisations de 3 ans seulement (Table des rentes de l'OFAS 2009, p. 8 et 11). Cette échelle prévoit un montant mensuel de 283 fr. pour une rente entière pour les revenus jusqu'à 32'832 fr., ce qui se révèle inférieur à la rente calculée par la Caisse. C'est le lieu de rappeler que le juge des assurances sociales n'est pas lié par les conclusions des parties et peut réformer la décision attaquée au détriment du recourant, après l'avoir averti et lui avoir donné la possibilité de s'exprimer (cf. art. 61 let. d LPGA). Il ne s'agit toutefois que d'une faculté donnée au juge de réformer la décision attaquée en défaveur d'une partie, à laquelle il peut renoncer au vu de l'ensemble des circonstances (ATF 119 V 241, consid. 5 ; ATF non publié C 119/02 du 2 juin 2003, consid. 4). En l'espèce, compte tenu du fait que la rente est limitée dans le temps et de la

différence minime des montants de la rente, la Cour de céans renonce à faire usage de cette faculté.

#### **E. 11**

Si la décision de l'intimé doit être confirmée en tant qu'elle porte sur la durée du versement de la rente, l'aide au placement proposée ne paraît pas suffisante eu égard aux limitations fonctionnelles de la recourante et au fait que les médecins n'ont donné aucun exemple d'activité adaptée. Il est notamment à rappeler que, selon l'expertise multidisciplinaire du 2 décembre 2010, seules des mesures de reclassement professionnel peuvent présager d'une évolution favorable, pour autant que l'environnement professionnel soit accueillant.

A/3269/2011 - 21/22 - Or, selon l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. Point n'est en principe besoin de présenter une perte de gain pour bénéficier d'une telle mesure (Arrêt du Tribunal fédéral 9C\_385/2009 du 13 octobre 2009). Il convient aussi 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 (arrêt du Tribunal fédéral I 588/05 du 27 avril 2006 consid. 3; ATF 107 V 20 consid. 2b = RCC 1982 p. 34)- Il y a donc lieu d'octroyer à la recourante une mesure d'orientation professionnelle, qui inclut également les conseils en matière de carrière et qui a pour but de cerner la personnalité des assurés, afin de déterminer leurs capacités et leurs dispositions. Celles-ci constitueront la base permettant de choisir une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement adéquat (Circulaire sur les mesures de réadaptation d'ordre professionnel [CMRP] de l'Office fédéral des assurances sociales valable dès le 1er janvier 2011, n° 2001)

#### **E. 12**

Compte tenu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis.

#### **E. 13**

La recourante, qui est représentée, a droit à des dépens qu'il convient de fixer à 500 fr. (art. 61 let. g LPG).

#### **E. 14**

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

A/3269/2011 - 22/22 - 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.