

# **GE\_GERICHTE ATAS/622/2011 vom 15. Juni 2011**

GE Cour de justice, 2011-06-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_622\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_622_2011)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/622/2011 du 15 juin 2011

IT: GE\_GERICHTE ATAS/622/2011 del 15 giugno 2011

## **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.

A/171/2011 - 4/9 - Interjeté dans la forme et le délai prescrits, le recours est recevable (art. 60 et 61 let. b LPGA).

### **E. 2**

La recourante soutient que la décision querellée ne tient pas compte de ses atteintes tant physique que psychique. Elle expose n'avoir aucune formation, ne plus pouvoir lever des poids importants ni rester de manière prolongée en position assise ou debout, être limitée dans les mouvements de son bras droit et être âgée de 57 ans. Ces facteurs rendent impossible l'exercice d'une quelconque activité. Par ailleurs, ils justifient une réduction de 20% du gain d'invalidité. a) 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 (art. 6 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 (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Ce moment doit être déterminé objectivement sur la base de l'état de santé. Il ne coïncide pas forcément avec la date à laquelle une demande a été présentée, ni à celle à partir de laquelle une prestation a été requise ni avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance. S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité correspond au moment où celui-ci prend naissance, en application de l'art. 29 al. 1 LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable, mais au plus tôt le 1er jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 LAI ; ATF 126 V 5 9 consid. 2b et références citées).

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b; 125 V 195 consid. 2; cf. ATF 130 III 324

A/171/2011 - 5/9 - consid. 3.2 et 3.3). Aussi, il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

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). 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). b) En l'espèce, l'intimé a conclu à une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée. Pour conclure de la sorte, l'intimé s'est basé sur le rapport des Drs C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_. Force est de constater que ce rapport doit se voir reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. En effet, il a été établi sur la base d'un examen clinique de l'assurée, des documents mis à la disposition des médecins précités et d'un exposé complet des plaintes exprimées par l'intéressée et son anamnèse. De plus, ces spécialistes en médecine interne rhumatologie, respectivement en psychiatrie, ont clairement expliqué les diagnostics retenus. Par ailleurs, la Cour de céans ne met en exergue aucune circonstance particulière permettant de douter de l'indépendance des Drs C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_. Le Dr B\_\_\_\_\_ n'a avancé aucun élément permettant de mettre en doute les conclusions du Dr C\_\_\_\_\_ sur le plan somatique. Il ne diverge que sur la question de l'évaluation de la capacité de travail de sa patiente à exercer une activité lucrative eu égard à son état de santé physique. Or, sur ce point, le Dr C\_\_\_\_\_ a bien motivé son avis. Il a au demeurant décrit de manière plus précise que le Dr B\_\_\_\_\_ les positions et gestes à éviter. En tenant compte de ces limitations, la capacité de travail de l'assurée était entièrement préservée.

Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'avis du Dr C\_\_\_\_\_. Il convient à cet égard de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause un rapport médical ordonné par l'administration et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un médecin

A/171/2011 - 6/9 - traitant émet une opinion contraire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants 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, ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Il suit de ce qui précède que la Cour retiendra, conformément aux conclusions du rapport du Dr C \_\_\_\_\_, que la recourante est capable d'exercer à plein temps et avec un plein rendement une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Sur le plan psychiatrique, le Dr B \_\_\_\_\_ a évoqué un état anxio-dépressif avec des difficultés d'adaptation et des crises d'angoisse. Le Dr D \_\_\_\_\_ a cependant constaté que la recourante ne présentait pas de troubles de l'attention, de la concentration ou de la mémoire, n'exprimait ni tristesse ni idées suicidaires et ne ressentait pas de perte d'intérêt ou de plaisir pour les activités de la vie quotidienne ou habituellement agréables. Le Dr D \_\_\_\_\_ n'a, en outre, pas constaté de symptomatologie anxieuse type crise de panique déclenchée au cours de l'entretien. Il a ainsi retenu, en conclusion, que la recourante ne présentait aucune atteinte sur le plan psychiatrique. La recourante elle-même ne fait pas valoir dans son recours que son état psychique aurait des répercussions sur sa capacité de travail. Enfin, il n'apparaît pas que le Dr B \_\_\_\_\_ ait prescrit des antidépresseurs ou des anxiolytiques à sa patiente ni un quelconque autre traitement pour des troubles psychiques. Il n'y a donc pas lieu de s'écarter non plus de l'appréciation du médecin psychiatre mandaté par le SMR. Ainsi, seules les atteintes physiques sus-décrites ainsi que les limitations fonctionnelles qu'elles entraînent seront prises en compte.

### **E. 3**

Reste à se prononcer sur le calcul du degré d'invalidité effectué par l'intimé. a) L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative, comme la recourante. Chez ces assurés, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. 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 130 V 348 consid. 3.4; 128 V 30 consid. 1; 104 V 136 consid. 2a; art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). 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 223 consid. 4.1, 128 V 174).

A/171/2011 - 7/9 - Le revenu 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 (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il

ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a). Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. L'administration doit en principe examiner quelles possibilités de réadaptation concrètes existent pour l'assuré, compte tenu de l'ensemble des circonstances, en particulier de ses caractéristiques physiques et psychiques ainsi que de sa situation professionnelle et sociale, considérées de manière objective (ATF 113 V 28 consid. 4a; 109 V 28). Cela étant, lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'intéressé, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (VSI 1998 p. 296 consid. 3b; arrêt M. du 22 septembre 2006, I 636/06, consid. 3.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative, ou aucune activité lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut alors être évalué sur la base, notamment, des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et 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 (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). b) En l'espèce, il ressort des revenus réalisés entre 1997 et 2001 que la recourante a gagné en moyenne 39'033 fr. par an. Elle n'a plus travaillé par la suite en raison de ses problèmes de santé. Après indexation selon l'indice suisse des salaires nominaux (en 2001: 2'011; en 2009: 2'266; cf. site internet de l'Office fédéral de la statistique), son salaire sans invalidité aurait été en 2009 de 43'982 fr.

A/171/2011 - 8/9 - Quant au revenu d'invalidé, la recourante n'ayant pas repris l'exercice d'une activité lucrative, il convient de se référer aux salaires statistiques (Enquête suisse sur la structure des salaires - ESS; ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb ; VSI 2002 p. 68 consid. 3b). Comme cela a été déterminé ci-dessus, la recourante pourrait exercer une activité adaptée à 100%. Eu égard au large éventail d'activités simples et répétitives offertes par les secteurs de la production et des services, on peut considérer qu'un marché du travail équilibré offre un nombre significatif de postes de travail légers correspondant à cette description et ne demandant aucune formation professionnelle (p.ex. activités simples de vérification ou de contrôle, conditionnement léger, emballage de petits objets, assemblage/lavage de pièces). Selon les données de l'ESS 2008, le revenu mensuel standardisé d'une femme exerçant une activité simple et répétitive s'élevait 4'131 par mois en 2008 (tableau TA1). Compte tenu de l'horaire de travail de 41,7 heures habituel dans les entreprises en 2009, cela équivaut à un revenu mensuel de 4'306 fr., soit 51'672 fr. par année, qu'il convient d'adapter pour 2009, selon l'indice suisse des salaires nominaux (en 2008 : 2'219 et en 2009 : 2'266; cf. site internet de l'Office fédéral de la statistique), de sorte qu'il s'élève à 52'766 fr. Quant à la question d'un abattement supplémentaire soulevée par la recourante dans sa détermination, il y a lieu de relever que ses limitations fonctionnelles, soit le changement de positions deux fois par heure, le port de charges, le mouvement répété de flexion/extension de la nuque, la genuflexion ou encore l'utilisation de l'épaule au-delà de 60%, ont également une répercussion sur le travail effectué par la recourante dans une

activité adaptée et empêchent notamment toute polyvalence. En outre, la recourante était âgée de 56 ans en 2009 et ne maîtrise pas le français. De ce fait, il se justifie de prendre en considération un abattement de 25%. Partant, le revenu d'invalidité est de 39'574 fr. La perte de salaire avec invalidité est ainsi de 10% (comparaison 43'982 fr. et 39'574 fr.). Or, une invalidité inférieure à 40% ne donne pas droit à une rente (art. 28 al. 2 LAI). Par ailleurs, à défaut de formation professionnelle initiale et du fait de la pleine capacité de travail de l'assurée dans une activité simple et répétitive, le reclassement ne se justifie pas non plus. Partant, l'intimé a refusé à juste titre l'octroi d'une rente ou d'autres prestations. Le recours doit donc être rejeté.

#### **E. 4**

Conformément à l'art. 69 al. 1 bis LAI, un émolument de 200 fr. est mis à la charge de la recourante, qui succombe.

\* \* \*

A/171/2011 - 9/9 - 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.