

# **GE\_GERICHTE ATAS/759/2014 vom 24. Juni 2014**

GE Cour de justice, 2014-06-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_759\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_759_2014)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/759/2014 du 24 juin 2014

IT: GE\_GERICHTE ATAS/759/2014 del 24 giugno 2014

## **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**

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

### **E. 3**

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

### **E. 4**

En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011 et, après le 1er janvier 2012 en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (Arrêt

A/1803/2013 - 9/14 - du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

### **E. 5**

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

## **E. 6**

Le litige porte sur le droit de l'assurée à des mesures professionnelles et à une rente.

## **E. 7**

a) 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). Selon 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 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 (al. 1). 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 (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). b) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, 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. 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. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; 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 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

## **E. 8**

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61

A/1803/2013 - 10/14 - 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 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 (ATF 125 V 351 consid. 3).

#### **E. 9**

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il 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 319 consid. 5a).

#### **E. 10**

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 29 consid. 1; ATF 104 V 135 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

A/1803/2013 - 11/14 - décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu 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 sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Quant au revenu d'invalidité, 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'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 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). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Lorsque l'assuré exerçait une activité lucrative à plein temps avant d'être atteint dans sa santé, c'est bien la méthode générale de la comparaison des revenus (art. 16 LPGA) qui doit être appliquée pour déterminer l'invalidité, même si l'assuré a depuis lors été mis à la retraite anticipée partielle et perçoit une rente de retraite (arrêt du Tribunal Fédéral du 17 janvier 2012; 9C\_332/2011). Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance

A/1803/2013 - 12/14 - professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (Arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2).

## **E. 11**

En l'espèce, il ressort de l'ensemble des rapports médicaux au dossier que les troubles de l'assurée impliquent des limitations fonctionnelles dont l'ampleur a été sous-estimée par rapport aux exigences du métier d'enseignante. En effet, il est notoire que les enseignants - du primaire et du secondaire en tout cas - donnent leurs cours en bonne partie debout. Souvent, ils déambulent dans la classe pour surveiller les élèves et obtenir leur attention. Il ne s'agit donc pas d'une activité exercée en position essentiellement assise. De plus, ils portent en général de lourdes serviettes pleines de livres, d'épreuves à corriger et d'autres documents. L'assurée a au surplus exposé avec simplicité qu'elle ne parvenait plus à lever le tableau noir sur lequel elle écrivait. Il est donc établi que l'assurée n'est plus capable d'exercer son métier d'enseignante primaire ou secondaire au sein du département de l'instruction publique. D'ailleurs, c'est la conclusion à laquelle est parvenu le SMR le 16 septembre 2011 pour changer d'opinion le 6 mars 2012, sans motiver de façon convaincante ce nouvel avis. Suite à l'avis de la Dresse H\_\_\_\_\_, le SMR a estimé que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé, après son dernier avis mais avant la décision du 2 mai 2013. Il ne ressort pas clairement des avis des Drs E\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ que l'état de santé s'est aggravé, mais plutôt qu'il est fluctuant et, en particulier, le Dr E\_\_\_\_\_ a toujours affirmé que si l'assurée était totalement incapable d'exercer son activité d'enseignante, sa capacité restait entière dans une activité adaptée. Au demeurant, peu importe qu'il s'agisse d'une aggravation de l'état ou d'une divergence entre les divers médecins, ce qui est déterminant, c'est que le SMR admet que l'état de santé et la capacité de travail dans une activité adaptée avant la décision n'étaient pas clairement déterminés, de sorte qu'un complément d'instruction était nécessaire. S'agissant de la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée, l'avis des Drs E\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ est divergent sans que la Cour soit en

mesure de trancher cette question au degré de la vraisemblance prépondérante. Certes, la Dresse H\_\_\_\_\_ met en avant des arguments pertinents en faveur d'une limitation dans toute activité, mais le Dr E\_\_\_\_\_, qui suit la patiente depuis 2009, a toujours retenu une pleine capacité dans une activité adaptée aux limitations, sans se prononcer toutefois sur une éventuelle baisse de rendement. Il est donc indispensable de mettre sur pied un examen ou une expertise rhumatologique ou rhumato-neurologique pour préciser cette capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. Compte tenu du fait qu'il faudra ensuite encore déterminer quelles sont les activités adaptées et, le cas échéant, vérifier lors d'un stage si l'assurée est concrètement en mesure d'avoir un rendement suffisant dans cette activité, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il procède à l'ensemble de ces mesures d'instruction. Cela étant, il convient de préciser que le calcul du taux d'invalidité devra in fine se fonder, d'une part, sur le salaire que l'assurée aurait réalisé sans atteinte à la santé,

A/1803/2013 - 13/14 - c'est-à-dire son salaire d'enseignante au cycle d'orientation à Genève, en octobre 2010, à l'échéance du délai de carence d'un an. Peu importe à cet égard qu'elle ait depuis lors pris une retraite anticipée, puisque c'est la situation avant l'atteinte à la santé qui est déterminante et que l'assurée n'aurait certainement pas pris un Plend et une retraite anticipée si elle avait été en mesure de continuer à travailler. S'il s'avérait que l'assurée est en mesure d'enseigner à des adultes, à temps partiel, dans le cadre de cours privés - l'âge et le petit nombre d'élèves permettant de rester assise - ou d'exercer l'activité de bibliothécaire, il conviendra alors de déterminer précisément le revenu réalisable, les salaires des écoles privées étant incomparables à ceux versés par l'Etat de Genève. Au surplus, au vu des limitations fonctionnelles et de l'âge de l'assurée (58 ans en 2010), il faudra déterminer l'abattement qui se justifie si le salaire d'invalidé se fonde sur l'ESS et se demander si, de manière réaliste, l'assurée est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Finalement, il est regrettable que l'OAI ait finalement refusé à l'assurée les mesures professionnelles envisagées, puisque celle-ci était motivée et préférerait alors se reconverter plutôt que de bénéficier d'un Plend. Force est toutefois de constater que, depuis lors, les années ont passé et que l'assurée est désormais âgée de 62 ans. Ainsi, dans l'hypothèse où une capacité de travail exploitable dans une activité adaptée était retenue et si le taux d'invalidité ainsi que l'examen global de la situation justifiaient des mesures professionnelles, il faudra au préalable que l'assurée se détermine clairement sur sa volonté de travailler, malgré son Plend et sa retraite anticipée, étant rappelé que ceux-ci empêchent seulement une activité pour l'Etat de Genève ou les établissements publics qui y sont assimilés. En conséquence, la décision de refus du 2 mai sera annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire du point de vue médical et de la capacité de travail résiduelle de l'assurée, puis détermination de l'activité adaptée, du rendement, de la possibilité d'exploiter cette capacité de travail et fixation du taux d'invalidité et du droit à des mesures professionnelles et/ou à une rente d'invalidité.

## **E. 12**

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 2 mai 2013 sera annulée. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/1803/2013 - 14/14 - 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.