

## **GE\_GERICHTE ATAS/933/2010 vom 15. September 2010**

GE Cour de justice, 2010-09-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_933\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_933_2010)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/933/2010 du 15 septembre 2010

IT: GE\_GERICHTE ATAS/933/2010 del 15 settembre 2010

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont 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 en l'espèce.

#### **E. 3**

Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours dans le délai de 30 jours suivant leur notification (art. 56 al. 1 et 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, la décision litigieuse a été reçue par la recourante en date du 8 mars 2010. Le délai de recours a commencé à courir le 9 mars 2010 et est parvenu à échéance le jeudi 22 avril 2010. En effet, selon l'art. 38 al. 4 LPGA applicable par analogie (cf. art. 60 al. 2 LPGA), les délais ne courent pas du septième jour avant Pâques au septième jour après Pâques inclusivement. Le recours, déposé le 7 avril 2010, a dès lors été interjeté en temps utile. Déposé par ailleurs en la forme requise, le recours est ainsi recevable (art. 89B loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA ; RS E 5 10)).

#### **E. 4**

Le litige porte sur le droit éventuel de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.

#### **E. 5**

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des

A/1175/2010 - 11/17 - possibilités de gain de l'assurée 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. 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 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). 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). Il y a interruption notable de l'incapacité de travail lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant trente jours consécutifs au moins (art. 29ter RAI). 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. 6**

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et

A/1175/2010 - 12/17 - 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 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

## **E. 7**

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 plus particulièrement 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

(ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

### **E. 8**

Comme le Tribunal fédéral l'a déclaré à maintes reprises, 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 (ATF 126 V 288 consid. 2). Depuis le 1er janvier 2003, la définition de l'invalidité est uniformément codifiée à l'art. 8 LPGA. 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 (cf. ATF 133 V 549 consid. 6, 131 V 362 consid. 2.2). 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. À tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée.

A/1175/2010 - 13/17 - À cet égard, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser qu'une appréciation divergente ne devrait intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. Pourraient constituer de tels motifs le fait que l'évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable, qu'elle n'emporte nullement la conviction, qu'elle soit entachée de partialité ou de subjectivité, ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré (ATF non publié du 30 novembre 2004, I 50/04). En tout état, l'OAI ne saurait être lié par l'évaluation de l'invalidité faite par l'assureur-accidents (ATF non publié du 8 août 2008, 9C\_751/2007).

### **E. 9**

En l'espèce, une évaluation globale a été réalisée à la CRR le 17 août 2009 par les Drs V \_\_\_\_\_ et U \_\_\_\_\_, suite au séjour de la recourante à la CRR entre le 26 mai 2009 et le 24 juin 2009. Au terme de leur analyse, les médecins ont retenu qu'il était médicalement exigible que la recourante reprenne son activité professionnelle habituelle à 50%. Ils ne se sont toutefois pas prononcés explicitement sur sa capacité de travail exigible dans une activité adaptée, et ont simplement souligné que c'était une activité très contraignante pour le dos qui pouvait justifier une incapacité de travail de la recourante. Par décision du 2 septembre 2009, la SUVA a reconnu à la recourante une capacité de travail de 50% dans son activité professionnelle habituelle. Le 1er octobre 2009, le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr R \_\_\_\_\_, a précisé que la capacité de travail était par contre de 100% dans une activité adaptée. Selon le Dr W \_\_\_\_\_, du SMR, la recourante présente dès le 25 juin 2009 une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée et de 50% dans son activité habituelle. Le Dr P \_\_\_\_\_, médecin traitant de la recourante, l'a quant à lui reconnue en totale incapacité de travail du 25 mai 2009 au 30 novembre 2009.

### **E. 10**

L'intimé a suivi les conclusions de son service médical et a retenu que la recourante disposait d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Ce faisant, contrairement à ce qu'allègue la recourante, l'intimé ne s'est pas écarté sans raison valable et sans motivation de tous les avis médicaux pertinents lui reconnaissant une capacité de travail limitée. Au contraire, le médecin d'arrondissement de la SUVA a également estimé que la capacité de travail de la recourante est de 100% dans une activité adaptée. Cette appréciation va d'ailleurs dans le sens de l'évaluation globale des médecins de la CRR, aux termes de laquelle seule une activité très contraignante pour le dos peut justifier une incapacité de travail de la recourante.

A/1175/2010 - 14/17 - Le Tribunal relève que tant les médecins de la CRR que le médecin d'arrondissement de la SUVA ont procédé à un examen complet et minutieux de l'état de santé de la recourante. Pour ce faire, les médecins se sont appuyés sur l'entier du dossier, notamment sur les rapports des médecins ayant examiné la patiente auparavant, de sorte qu'on ne peut que constater que leur rapport se base sur un dossier bien étayé. Une anamnèse complète a été réalisée et les deux rapports de plusieurs pages sont circonstanciés. L'état de santé de la recourante a fait l'objet d'examen approfondis, ses plaintes ont été prises en compte et les médecins ont procédé à une discussion et une appréciation du cas détaillée. Le médecin d'arrondissement de la SUVA est parvenu à des conclusions claires, à savoir que la capacité de travail de la recourante est de 100% dans une activité adaptée. Les médecins de la CRR ont quant à eux souligné que seule une activité très contraignante pour le dos peut justifier une incapacité de travail de la recourante. Le SMR s'est basé sur les appréciations précitées pour rendre son rapport. Ainsi qu'il l'a expliqué de manière convaincante, on peut retenir une capacité de travail de la recourante de 50% dans l'activité habituelle et entière dans une activité adaptée en se basant sur les éléments cliniques objectivés tant lors de l'examen final de la SUVA que pendant le séjour à la CRR et en retenant la présence des troubles dégénératifs du rachis. Les rapports médicaux établis par le Dr P \_\_\_\_\_ ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions claires des médecins de la SUVA et du SMR. A ce propos, il convient de rappeler que 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. Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans se rallie aux conclusions des médecins de la SUVA et du SMR et retient que la capacité de travail de la recourante est entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce dès le 24 juin 2009, date de sa sortie de la clinique de réadaptation.

#### **E. 11**

En vertu de l'art. 16 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. 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 130 V 343 consid. 4). 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

A/1175/2010 - 15/17 - et la décision elle-même), doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu sans invalidité se détermine 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 et la référence). 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 non publié du 25 mai 2007, I 428/06 et I 429/06). Le revenu d'invalidé doit pour sa part être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). 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 ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global 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 75 consid. 5). Le Tribunal fédéral admet la référence au groupe des tableaux « A » de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), correspondant aux salaires bruts standardisés, pour déterminer le revenu qu'on peut raisonnablement exiger d'un invalide en dépit de son atteinte à la santé lorsqu'aucun revenu effectif n'est réalisé (cf. ATF 124 V 321). Il convient en outre de toujours se rapporter à la valeur médiane.

## E. 12

En l'espèce, la recourante, en incapacité de travail dès le 4 juillet 2008, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en date du 27 février 2009, de sorte que son éventuel droit à la rente est né le 27 août 2009 (art. 29 al. 1 LAI). Pour procéder à la comparaison des revenus, c'est donc l'année 2009 qui est déterminante, les revenus avec et sans invalidité devant être déterminés par rapport à cette même année. En ce qui concerne tout d'abord le revenu sans invalidité de la recourante, il résulte des pièces du dossier qu'elle aurait perçu en 2009 un revenu annuel total de 67'295 fr, correspondant à son revenu d'employée de X\_\_\_\_\_ de 60'704 fr [57'850 (4'450 x 13) + indemnité de poste de 1'924 + prime de résultat de 930 fr.] et à son revenu de concierge de 6'591 fr (507 fr. x 13) Pour déterminer ensuite le revenu d'invalidé de la recourante, il convient en l'absence d'un revenu effectivement réalisé de se référer aux données salariales,

A/1175/2010 - 16/17 - 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/aa et bb p. 76). Compte tenu de l'activité de substitution que pourrait exercer l'assurée dans une activité légère et adaptée de type industriel, 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, soit en 2008, 4'116 fr par mois ou 49'392 fr annuellement (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, p. 11, TA1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2009 (41,7 heures; la Vie économique, 7/8-2010, p. 90, B 9.2), ce montant doit être porté à 51'491 fr. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux de l'année 2009 (+ 2,1%; la Vie économique, 7/8-2010, p. 91, B 10.2), on obtient un revenu annuel de 52'572 fr. Conformément à la jurisprudence, il convient encore d'appliquer un

facteur de réduction sur le salaire statistique qui tient compte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (ATF 126 V 75 consid. 5 p. 78). Ainsi que les parties l'ont retenu à juste titre, une réduction supplémentaire de 15% doit être accordée compte tenu de l'âge et des années de service de la recourante. Son revenu avec invalidité s'élève donc de 44'687 fr. Il résulte de ce qui précède que la perte de gain de la recourante s'élève à 22'608 fr, correspondant à un degré d'invalidité de 33,5 %. Dans la mesure où un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité (cf art. 28 al. 1 et 2 LAI), la recourante n'a pas droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

**E. 13**

Le recours, mal fondé, sera dès lors rejeté.

**E. 14**

L'émolument, fixé à 200 fr, est mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

A/1175/2010 - 17/17 -

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