

## **GE\_GERICHTE ATAS/944/2008 vom 28. August 2008**

GE Cour de justice, 2008-08-28, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_944\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_944_2008)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/944/2008 du 28 août 2008

IT: GE\_GERICHTE ATAS/944/2008 del 28 agosto 2008

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. b de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations relatives à la prévoyance professionnelle opposant institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit, y compris en cas de divorce, ainsi qu'aux prétentions en responsabilité (art. 331 à 331e du code des obligations ; art. 52, 56a, al. 1, et art. 73 de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle,

A/2573/2007 - 10/19 - vieillesse, survivants et invalidité du 25 juin 1982, LPP ; art. 142 du code civil). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

#### **E. 2**

La nouvelle du 3 octobre 2003 modifiant la LPP (première révision) est entrée en vigueur le 1er janvier 2005 (sous réserve de certaines dispositions dont l'entrée en vigueur a été fixée au 1er avril 2004 et au 1er janvier 2006 [RO 2004 1700]), entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de la prévoyance professionnelle (RO 2004 1677). Ces principes de droit intertemporel commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la demande à la lumière des anciennes dispositions de la LPP pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2004 et au regard des nouvelles dispositions de la LPP pour la période postérieure (ATF 132 III 523 consid. 4.3 p. 527, 132 V 215 consid. 3.1.1 p. 220, 131 V 9 consid. 1 p. 11, 129 V 1 consid. 1.2 p. 4 et les références).

#### **E. 3**

a) Le litige porte sur le point de savoir si la demanderesse a droit à une rente LPP, notamment à une rente provisoire fondée sur l'art. 70 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA). b) Conformément à l'art. 26 al. 1 LPP, les dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 - LAI (art. 29 LAI) s'appliquent par analogie à la naissance du droit aux prestations d'invalidité. Si une institution de prévoyance reprend - explicitement ou par renvoi - la définition de l'invalidité dans l'assurance- invalidité, elle est en principe liée, lors de la survenance du fait assuré, par l'estimation de l'invalidité des organes de l'assurance-invalidité, sauf lorsque cette estimation apparaît d'emblée insoutenable (ATF 126 V 311 consid. 1 in fine). Cette force contraignante vaut non seulement pour la fixation du degré d'invalidité (ATF 115 V 208), mais également pour la détermination du moment à partir duquel la capacité de travail de l'assuré s'est détériorée de manière sensible et durable (ATF 123 V 271 consid. 2a et les réf. citées). Selon la jurisprudence, l'événement assuré au sens de l'art. 23 LPP est uniquement la survenance d'une incapacité de travail d'une certaine importance, indépendamment du point de savoir à partir de quel moment et dans quelle mesure un droit à une prestation d'invalidité est né. La qualité d'assuré doit exister au moment de la

survenance de l'incapacité de travail, mais pas nécessairement lors de l'apparition ou de l'aggravation de l'invalidité. Ces principes sont aussi applicables en matière de prévoyance plus étendue, à tout le moins en l'absence de dispositions statutaires ou réglementaires contraires (ATF 123 V 263 consid. 1a et b et les références citées). Par ailleurs, le Tribunal fédéral a précisé que l'office de l'assurance-invalidité est tenu de notifier d'office une décision de rente à toutes les institutions de prévoyance entrant en considération. Lorsqu'il n'est pas intégré à la procédure, l'assureur LPP - qui dispose d'un droit de recours propre dans les procédures régies par la LAI - n'est

A/2573/2007 - 11/19 - pas lié par l'évaluation de l'invalidité (principe, taux et début du droit) à laquelle ont procédé les organes de l'assurance-invalidité; son droit d'être entendu n'a en effet pas été respecté. Les tribunaux sont dès lors autorisés à revoir librement les constatations d'une décision de l'assurance-invalidité non notifiée à l'institution de prévoyance, dans le cadre d'un litige relatif à la prévoyance professionnelle, et ne sont pas tenus de limiter leur pouvoir d'examen aux constatations manifestement insoutenables de cette assurance (ATF 129 V 73). c) En matière de surindemnisation, l'entrée en vigueur de la LPGA en 2003 et les adaptations de la LPP y relatives n'ont pas modifié la situation juridique. L'art. 34a al. 1 et 2 LPP (relatif notamment à la coordination) et l'art. 34 al. 2 LPP dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 ont le même contenu matériel en ce domaine. L'art. 69 al. 2 LPGA (surindemnisation) n'est pas applicable à la prévoyance professionnelle (ATF 130 V 78). Aux termes de l'art. 34a al. 1 LPP, dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2003, le Conseil fédéral édicte des dispositions afin d'empêcher que le cumul de prestations ne procure un avantage injustifié à l'assuré ou à ses survivants. L'art. 24 de l'ordonnance sur la prévoyance professionnelle, vieillesse, survivants et invalidité du 18 avril 1984 (OPP 2), dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2005, prévoit que l'institution de prévoyance peut réduire les prestations d'invalidité et de survivants dans la mesure où, ajoutées à d'autres revenus à prendre en compte, elles dépassent 90 % du gain annuel dont on peut présumer que l'intéressé est privé (al. 1). Sont considérées comme des revenus à prendre en compte les prestations d'un type et d'un but analogues accordées à l'ayant droit en raison de l'événement dommageable, telles que les rentes ou les prestations en capital prises à leur valeur de rentes provenant d'assurances sociales ou d'institutions de prévoyance suisses et étrangères, à l'exception des allocations pour impotents, des indemnités pour atteinte à l'intégrité et de toutes autres prestations semblables. Est aussi pris en compte le revenu provenant d'une activité lucrative exercée par un assuré invalide ou le revenu de remplacement ainsi que le revenu ou le revenu de remplacement que celui-ci pourrait encore raisonnablement réaliser (al. 2). Ainsi, en cas de concours entre les prestations prévues par la LPP et celles de l'assurance-accidents ou de l'assurance militaire, la priorité est donnée à ces deux dernières assurances. Il s'agit d'une priorité relative (ou cumul conditionnel), en ce sens qu'il appartient à l'assurance-accidents ou à l'assurance militaire d'intervenir en premier lieu, sans que soit exclu le versement de prestations par l'institution de prévoyance. L'institution de prévoyance peut donc réduire ses prestations conformément à l'art. 24 OPP 2 lorsque l'assurance-accidents ou l'assurance militaire est mise à contribution pour le même cas d'assurance.

A/2573/2007 - 12/19 - La réglementation de l'art. 24 OPP 2 ne vaut toutefois que pour les prestations de la prévoyance professionnelle obligatoire, auxquelles s'applique la LPP : pour ce qui est de la prévoyance plus étendue, les institutions de prévoyance restent libres, en effet, de régler différemment la coordination avec d'autres assurances sociales (art. 49 al. 2

LPP; ATF 122 V 151 consid. 3d p. 155 et les références citées), pour autant qu'elles respectent certains principes, notamment celui de la concordance des droits, qui a une portée générale (ATF 129 V 150 consid. 2.2 p. 154). d) L'art. 70 LPGA prévoit une prise en charge provisoire (ou préalable) des prestations. Cette règle est applicable au domaine de la prévoyance professionnelle obligatoire en vertu de l'art. 34a al. 3 LPP qui comporte un renvoi à la réglementation des prestations provisoires selon la LPGA. Selon l'alinéa 1er de l'art. 70 LPGA, l'ayant droit peut demander la prise en charge provisoire de son cas lorsqu'un événement assuré lui donne droit à des prestations d'une assurance sociale mais qu'il y a doute sur le débiteur de ces prestations. Un tel doute peut exister, par exemple, quand il n'est pas établi si un événement assuré découle d'une maladie ou d'un accident. L'art. 70 al. 2 let. d LPGA fixe l'ordre des priorités en matière de rentes. Pour les rentes dont la prise en charge par l'assurance-accidents ou l'assurance militaire ou par la prévoyance professionnelle au sens de la LPP est contesté, l'institution de prévoyance est tenue à une prise en charge préalable (en plus de l'assurance-invalidité). Cette solution se justifie par le fait que dans la prévoyance professionnelle (obligatoire), le droit aux prestations est indépendant de la cause de la capacité de gain (maladie ou accident) et que, quoi qu'il en soit, l'institution de prévoyance est appelée à verser des prestations. Il s'ajoute à cela que la prévoyance professionnelle est complémentaire à l'assurance-invalidité, laquelle, en tant qu'assurance dite finale, intervient - à l'instar de la prévoyance professionnelle - quelle que soit la cause de l'événement assuré.

#### **E. 4**

Selon l'art. 13 (prestations d'invalidité) du règlement de prévoyance professionnelle obligatoire de la caisse de pension défenderesse, valable dès le 1er janvier 2003, il y a invalidité lorsque l'assuré est invalide à raison d'au moins 50% au sens de l'assurance-invalidité. L'assuré a droit à une rente entière d'invalidité s'il est invalide à raison d'au moins deux tiers et à une demi-rente si l'invalidité atteint au moins 50 %. Aux termes de l'art. 9 (rapports avec d'autres assurances) dudit règlement, les prestations de la caisse de pension sont réduites dans la mesure où, ajoutées aux prestations de tiers et à un éventuel salaire, elles dépasseraient 90% de la perte de gain. Sont considérées comme prestations de tiers notamment les prestations de l'AVS/AI, de l'assurance-accidents obligatoire, de l'assurance militaire ou d'assurances sociales étrangères (à l'exception des allocations pour impotents, des indemnités pour atteinte à l'intégrité et de toutes autres prestations assimilables), les rentes pour couples de l'AVS/AI n'étant comptées que pour deux tiers.

A/2573/2007 - 13/19 -

#### **E. 5**

Pour pouvoir se déterminer, 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). 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 du 6 mai 2003, I 762/02). Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge apprécie en outre la légalité des décisions attaquées, sauf exceptions, d'après l'état de fait existant au moment où la décision sur opposition litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b; RAMA 2001 n° U 419 p. 101). Il doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont 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 plutôt qu'une autre (ATF 125 V 352 consid. 3a). 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 cité consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire ou administrative, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation

A/2573/2007 - 14/19 - divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). S'agissant 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/bb et cc). En ce qui concerne la preuve, 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 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a). Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère

pas du fardeau de la preuve. En effet, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344, p. 418 consid. 3, ATFA non publié du 21 novembre 2001, U 58/01, consid. 4a).

## E. 6

a) En l'occurrence, il ressort du dossier que les décisions de l'OCAI du 24 novembre 2006 n'ont pas été notifiées à la défenderesse. La communication des dites décisions à titre d'information par la demanderesse, le 23 février 2007, ne saurait valoir notification valable au sens de la jurisprudence fédérale, ne serait-ce que parce que ladite transmission ne permettait pas à la caisse de pensions d'exercer son droit de recours. Partant, l'institution de prévoyance n'est pas liée par ces décisions et le Tribunal de céans est habilité à revoir librement les constatations de l'assurance-invalidité, ce qu'il fera ci-après. La demanderesse est au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité basée sur la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI) depuis le 1er novembre 2003, puis d'une rente entière d'invalidité à partir du 1er juillet 2004. SWICA, assureur-accidents, a nié le droit à toute prestation (traitement médical et indemnités journalières) avec effet au 31 janvier 2007. L'assurée a recouru contre

A/2573/2007 - 15/19 - cette décision auprès du Tribunal de céans qui, par arrêt du 19 juin 2008, a partiellement admis le recours, octroyant à l'assurée une rente d'invalidité selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA), basée sur un degré d'invalidité de 23%, dès le 1er février 2007. Ce jugement a fait l'objet d'un recours au Tribunal fédéral le 22 août 2008. Cependant, il convient de constater qu'en l'espèce, la cause de l'invalidité n'est nullement douteuse. Toutefois les questions de l'application de l'art. 70 LPGA et d'une éventuelle surindemnisation peuvent rester ouvertes, puisque, comme on le verra ci-après, la demanderesse n'a quoi qu'il en soit pas droit à une rente de la caisse de pensions. b) Il convient, avant de déterminer l'éventuel degré d'invalidité selon la LPP, d'établir la capacité de travail de la demanderesse en s'appuyant principalement sur les rapports des médecins ayant examiné l'assurée tout en tenant compte des règles dégagées par le Tribunal fédéral en matière de valeur probante. En l'occurrence se trouvent au dossier plusieurs rapports du médecin traitant, le Dr O \_\_\_\_\_, ainsi que plusieurs expertises médicales, particulièrement celle du Dr SCHMID DE L \_\_\_\_\_ de février 2004, celle du Dr P \_\_\_\_\_ de janvier 2007 un examen fait par le SMR dans le cadre de l'assurance-invalidité de septembre 2004, ainsi qu'un rapport du Dr M \_\_\_\_\_ de mai 2004. Il y a tout d'abord lieu de constater que les expertises médicales effectuées dans le cadre de l'assurance-accidents ont valeur probante au sens de la jurisprudence fédérale. En effet, elles comprennent une anamnèse détaillée, tiennent compte des plaintes de l'assurée, posent des diagnostics précis, répondent aux questions posées et comportent des conclusions motivées. L'examen du SMR remplit également les conditions jurisprudentielles pour lui reconnaître pleine valeur probante. Le Dr SCHMID DE L \_\_\_\_\_ a conclu à une capacité de travail de 50% depuis le 1er mai 2003 et proposé une tentative de reprise de l'activité professionnelle à plein temps dès la fin du mois de mars 2004. Il a précisé qu'en cas d'échec dans l'activité de cuisinière, un travail adapté devrait être recherché. Dès lors, selon lui, cet accident ne devait pas entraîner d'invalidité. Quant au Dr P \_\_\_\_\_, il a estimé que la capacité de travail devait être considérée comme conservée dans tout travail ménageant l'épaule gauche, c'est-à-dire évitant les mouvements

du membre supérieur au-dessus de l'horizon. Les travaux coude au corps sans mouvements répétitifs et sans port de charges de plus de 13 kilos avec les deux membres supérieurs et de plus de 5 kilos avec le membre supérieur gauche sont ainsi possibles. Selon lui, en tenant compte de ces limitations, l'assurée dispose d'une capacité de travail entière depuis mai 2003.

A/2573/2007 - 16/19 - Le Dr M\_\_\_\_\_ a émis l'avis que l'assurée pourrait reprendre une activité adaptée, donc sans travaux lourds, dès la fin du mois de mai 2004. La Dresse N\_\_\_\_\_ a confirmé que l'assurée ne pouvait plus travailler en cuisine mais jugé qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était exigible à plein temps. Ainsi, les Drs P\_\_\_\_\_, SCHMID DE L\_\_\_\_\_, M\_\_\_\_\_ et la Dresse N\_\_\_\_\_ ont conclu à une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Ces médecins sont contredits à ce sujet par le médecin traitant, ainsi que par les experts professionnels, non médecins, du Service de réadaptation de l'assurance- invalidité et de l'Hôpital BEAU-SEJOUR. A cet égard, il convient de rappeler que les expertises ont une valeur probante accrue par rapport aux attestations du médecin traitant qui 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. S'agissant de l'appréciation des experts professionnels, le Tribunal fédéral a indiqué que les données médicales permettent généralement une appréciation plus 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. Il convient encore de relever que ni le médecin traitant ni les experts professionnels n'apportent d'arguments décisifs permettant de mettre en doute le bien-fondé des conclusions des experts s'agissant de la capacité de travail. En effet, l'on ne voit pas qu'une mobilité de l'épaule, certes dominante, limitée à une élévation à 90°, une rotation externe à 30° et à une rotation au niveau du grand trochanter puisse entraîner une incapacité totale de travail, puisque tous les travaux au coude au corps restent possibles, selon l'ensemble des experts. Par ailleurs, s'agissant de l'assurance-invalidité, qui a octroyé à la recourante une rente entière basée sur un degré de 70%, il convient de relever que le Tribunal de céans ignore sur quelle base juridique une telle rente a été accordée. En effet, l'examen médical conduit par le SMR est clair; l'assurée présente, malgré ses atteintes à la santé, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Or, selon la jurisprudence fédérale rappelée supra, l'OCAI n'aurait pas dû préférer l'appréciation des experts professionnels à celle des médecins. Dès lors, le Tribunal de céans constatera que la décision de l'OCAI repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable et ne doit pas être suivie dans le cadre de la LPP. Il sera encore relevé que le médecin traitant a mentionné que sa patiente était en incapacité totale de travail, tout en précisant qu'elle présentait une capacité résiduelle de travail de 50 % pour des métiers sédentaires. Il ne conclut ainsi pas à une totale incapacité de travail, contrairement à ce que soutient la demanderesse.

A/2573/2007 - 17/19 - S'agissant des témoignages judiciaires du Dr O\_\_\_\_\_ et de Monsieur B\_\_\_\_\_, ils n'apportent aucun élément permettant de remettre en cause les conclusions des experts s'agissant de la capacité de travail, qui sera donc considérée comme entière dans un emploi adapté. Enfin, il convient de relever que c'est également cette solution qu'a retenue le Tribunal de céans dans la procédure en matière d'assurance-accidents.

a) Au vu de ce qui précède, il y a maintenant lieu de déterminer le taux d'invalidité de la demanderesse pour établir si elle a droit à une rente LPP en comparant les revenus sans et avec invalidité (cf. notamment arrêt du Tribunal fédéral non publié B 89/03). b) Selon la jurisprudence, ce sont les circonstances qui prévalaient au moment de la naissance éventuelle du droit à la rente qui sont déterminantes pour procéder à la comparaison des revenus; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés au même moment; les modifications de 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 222). Le revenu sans invalidité doit en principe être déterminé en fonction du gain que l'assuré réaliserait effectivement s'il était en bonne santé, soit généralement du dernier salaire réalisé par l'assuré avant la survenance de son invalidité (RAMA 1993 n° U 168 p. 101, consid. 3b et les références). c) Quant au revenu de l'activité raisonnablement exigible, il doit être déterminé en se référant aux conditions d'un marché du travail équilibré et structuré offrant un éventail d'emplois diversifiés. Il s'agit donc d'une notion théorique (FRÉSARD, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, Bâle, 1998, n° 77). Lorsque l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative, la comparaison peut se faire au moyen de tables statistiques publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3a/bb et les références) S'agissant des statistiques, on se référera aux salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321). d) 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).

## E. 8

En l'espèce, est déterminante pour la naissance du droit à la rente l'année 2003, compte tenu du délai de carence d'une année.

A/2573/2007 - 18/19 - Pour le salaire sans invalidité, il convient de prendre en compte, selon le jugement du Tribunal des prud'hommes étant intervenu entre la recourante et son employeur, en 2002 (dernière année de travail de la recourante), un revenu mensuel brut de 4'345 fr. x 12 + 1'431 fr. à titre de part du treizième salaire (calculé sur 12 mois contrairement au treizième salaire retenu par le Tribunal des prud'hommes, calculé jusqu'au 12 novembre 2002), soit un montant total de 53'571 fr. Réévalué à l'indice des salaires nominaux et réels (La Vie économique, tableau B10.3), ce montant doit être porté à 54'457 fr. 60 pour l'année 2003. Pour calculer le revenu après invalidité, compte tenu de l'activité légère de substitution, on se référera au salaire statistique auquel pouvaient prétendre les femmes effectuant des activités simples en 2002 - la demanderesse n'ayant pas de formation professionnelle -, à savoir 3'820 fr. par mois ou 45'840 fr. par an (ESS 2002, tableau TA1, niveau de qualification 4). Réévalué à l'indice des salaires nominaux et réels 2003 (La Vie économique, tableau B10.3), ce montant doit être porté à 46'598 fr. 15 pour 2003. Compte tenu des limitations que présente l'assurée, un abattement de 10% selon la jurisprudence se justifie en raison de ses limitations fonctionnelles et du fait qu'elle est de nationalité étrangère, ce qui porte le revenu après invalidité à 41'938 fr. 35 (cf. ATF du 10 avril 2006, U 12/05). La comparaison de ce montant avec le revenu sans invalidité ([54'457 fr. 60 –

41'938 fr. 35] x 100 / 54'457 fr. 60) conduit à un degré d'invalidité de 22,98 %, n'ouvrant pas droit à une rente LPP.

**E. 9**

Au vu de ce qui précède, il convient de constater que la demande, mal fondée, doit être rejetée. La demanderesse qui succombe n'aura pas droit à des dépens.

A/2573/2007 - 19/19 -

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