

## **GE\_GERICHTE A/1744/2002 vom 8. April 2004**

GE Cour de justice, 2004-04-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1744\\_2002](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1744_2002)

FR: GE\_GERICHTE A/1744/2002 du 8 avril 2004

IT: GE\_GERICHTE A/1744/2002 del 8 aprile 2004

### **Erwägungen**

#### **E. 3**

ème chambre En la cause Hoirie de Feu P \_\_\_\_\_, représentée par la Fédération Suisse pour l'Intégration des Handicapés, 1, place Grand-Saint-Jean, 1003 Lausanne, en les bureaux de laquelle elle élit domicile recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, 97, rue de Lyon, 1203 Genève. intimé EN FAIT Monsieur P \_\_\_\_\_, ressortissant portugais né en 1950, est arrivé en Suisse en septembre 1981 afin d'y exercer son métier de maçon pour différentes entreprises. Il a ensuite été engagé par X \_\_\_\_\_ SA, sans qu'il soit toutefois possible de fixer précisément à partir de quelle date. Dès 1994, il a travaillé également en tant qu'employé d'entretien pour la société Y \_\_\_\_\_ SA à raison de 2 heures par jour environ. En octobre 1995, l'assuré a été victime d'une chute, ce qui lui a causé une déchirure de la coiffe des rotateurs avec ascension de l'humérus et déchirure probable également de la partie supérieure du labrum associée à une tendinite de l'insertion du sus-épineux du deltoïde. Il a toutefois pu reprendre son activité professionnelle sans limitations particulières, si ce n'est un arrêt de travail du 8 janvier au 22 mars 1996, en raison de douleurs. Par la suite, l'assuré a également été incapable de travailler en raison d'un syndrome vertébral dorsolombaire du 28 octobre au 5 décembre 1996, ainsi qu'en atteste le rapport du 2 mars 1999 du Dr A \_\_\_\_\_, son médecin traitant. En septembre 1998, l'assuré a souffert à nouveau de douleurs au dos qui l'ont empêché de travailler durant deux semaines. Suite à une récurrence, il n'a plus exercé son métier de maçon depuis le 13 novembre 1998, date à laquelle un nouvel arrêt de travail de trois semaines avait été prononcé par le Dr A \_\_\_\_\_. Une reprise du travail à 50% devait intervenir le 7 décembre et à 100% dès le 12 décembre 1998. Le 4 mars 1999, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI), visant à un reclassement dans une nouvelle profession. Dans son rapport médical du 13 avril 1999, le Dr A \_\_\_\_\_ a indiqué que son patient était incapable d'exercer sa profession en raison d'un syndrome lombovertébral avec sciatique, de coxalgies, de périarthrite scapulo-humérale droite, d'hypertension et d'hyperlipidémie. Un travail assis évitant trop de sollicitations du membre supérieur droit serait en revanche adapté à l'état de santé du patient. Le 28 juin 1999, le Dr B \_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'assurance perte de gain, a estimé, après examen, qu'il n'y avait pas de justification médicale à l'arrêt de travail. Le problème n'était pas médical, mais socio-économique. La capacité de travail était fixée à 100%. L'assuré prétendait ressentir de nombreuses douleurs lors de l'examen, mais qui étaient difficilement objectivables. Il n'avait fait aucun effort et pensait que ses problèmes ne pouvaient être résolus que par le versement d'une rente d'invalidité. Le rhumatologue chez qui le patient avait été envoyé, le Dr C \_\_\_\_\_, n'avait rien constaté de nouveau dans la pathologie et ne voyait aucune justification dans la prolongation de l'arrêt de travail. Le Dr C \_\_\_\_\_ a co-signé le rapport rédigé par le Dr B \_\_\_\_\_.

L'assureur a par conséquent nié le droit aux indemnités journalières au-delà du 15 juillet 1999, décision que l'assuré a portée devant le Tribunal administratif. Par arrêt du 12 décembre 2000, ce dernier, se basant sur une expertise confiée au Dr D\_\_\_\_\_ - lequel a diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux - a admis le recours et condamné la Caisse maladie à verser à l'assuré des indemnités journalières à 100% dès le 16 juillet 1999 pendant 6 mois, puis à 50% jusqu'à l'extinction du droit aux prestations. D'après l'expertise, l'évaluation de la capacité de travail était un problème délicat. Les capacités d'investissement de l'expertisé semblaient fortement limitées et l'arrêt de travail de deux ans entraînait une forte diminution des investissements sociaux, ce qui aggravait la problématique. Compte tenu de son appréciation concernant le caractère modérément envahissant de la douleur, l'expert a retenu que la capacité de travail n'était pas inexistante. Le 9 février 2000, l'OCAI a confié un mandat d'expertise au Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après : COMAI) de Lausanne. Du rapport d'expertise établi le 28 septembre 2001, il ressort que l'assuré est atteint de troubles somatoformes douloureux persistant sous forme de lombosciatalgies, coxalgies gauches et douleurs de l'épaule, dysthymie, troubles de la personnalité non spécifiés avec des traits dépendants (fonctionnement psychotique probable), troubles dégénératifs radiologiquement modérés du rachis lombaires sous forme de discopathie L4-L5 et L5-S1 sans hernie discale et ostéophytose étagée. Les éléments pathologiques ont été qualifiés de banals et n'expliquent ni l'importance des plaintes, ni le fait que l'assuré ne peut reprendre une quelconque activité. Les troubles somatiques sont modérés et le comportement de l'assuré passablement démonstratif, avec plusieurs incohérences. Au plan psychiatrique existent des signes dépressifs qui, sans atteindre le degré d'une dépression constituée, permettent de retenir le diagnostic de dysthymie. S'y ajoutent également certains troubles de la personnalité avec un probable fonctionnement psychotique. Cette problématique psychiatrique n'a que peu de chances de répondre favorablement et durablement à une prise en charge spécifique. En tant que maçon, la capacité de travail a été jugée nulle. En revanche, une activité physiquement adaptée serait exigible à un taux de l'ordre de 50%. Dans son rapport d'examen du 28 décembre 2002, le Service médical régional (SMR) Léman a confirmé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, mais indiqué qu'il ne constituait pas une maladie invalidante au sens de la loi s'il ne s'accompagnait pas d'une comorbidité psychiatrique grave. Dans le cas de l'assuré, il n'existait qu'une dysthymie. Le trouble de la personnalité non spécifié était de toute évidence pré-existant à l'affection en cause, ce qui n'avait pas empêché l'assuré de travailler normalement de 1980 à 1999. Le SMR a conclu à une capacité de 100% dans l'activité habituelle. Par décision du 30 avril 2002, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré au motif que le trouble somatoforme douloureux dont souffrait ce dernier ne constituait pas une maladie invalidante au sens de l'assurance-invalidité. Le 30 mai 2002, l'assuré a interjeté recours par devant la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité (ci-après : la Commission) contre cette décision, concluant à ce que le dossier soit renvoyé à l'OCAI afin que ce dernier mette en œuvre une aide au placement dans un emploi léger et qu'il fixe le taux d'invalidité à 50%. Le recourant invoque l'expertise du COMAI. Dans son préavis du 30 juillet 2002, l'OCAI a conclu au rejet du recours, dans la mesure où il n'existait pas de lien entre l'atteinte à la santé et l'incapacité de gain qui en découlait. Les troubles somatoformes qui n'étaient pas accompagnés d'une comorbidité psychiatrique grave n'entraînaient pas une incapacité de travail significative au sens de la loi. Dans sa réplique du 13 août 2002, le recourant a indiqué que l'OCAI ne s'était pas prononcé sur le rapport

d'expertise du COMAI. Ce rapport répondait aux exigences de la jurisprudence, de sorte qu'il y avait lieu de suivre ses conclusions et non pas celles du SMR. Le 20 novembre 2002, le recourant a modifié ses conclusions et demandé à ce qu'il lui soit accordée une rente entière d'invalidité susceptible de révision le jour où il aurait retrouvé un emploi à 50% adapté à son état de santé grâce à l'aide au placement de l'assurance-invalidité. Par courrier du 22 janvier 2003, l'avocat du recourant a informé la Commission que son client était décédé le 10 janvier 2003. Le 24 mars 2003, il a transmis à la Commission un document attestant de la qualité des héritiers du recourant, ainsi qu'une déclaration indiquant qu'ils souhaitent poursuivre la procédure. EN DROIT La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (ci-après : LOJ) a été modifiée et un Tribunal cantonal des assurances sociales a été institué dès le 1<sup>er</sup> août 2003 (cf. art. 1<sup>er</sup> let. r LOJ).

Conformément à l'art. 3 al. 3 des dispositions transitoires de la loi du 14 novembre 2002 modifiant la LOJ, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la loi précitée et pendantes devant la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité ont été transmises d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales. La compétence du Tribunal de céans est dès lors établie pour connaître du présent litige. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après : LPGA) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance-invalidité. Le cas d'espèce demeure toutefois régi par les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel le juge des assurances sociales n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 127 V 467, consid. 1 ; 121 V 386, consid. 1b ; cf. également dispositions transitoires, art. 82 al. 1<sup>er</sup> LPGA). Le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (ci-après : LAI) et du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (ci-après : RAI) en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable à la forme, en vertu des art. 69 LAI et 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (également dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 ; ci-après : LAVS). A noter ici que le droit à des prestations échues et non encore versées est cessible et tombe dans la masse successorale en cas de décès d'une partie. En ce sens, la transmission et le partage d'un tel droit est soumis aux règles du Code civil. En l'espèce, ce droit a été valablement repris par l'hoirie du recourant et entraîne automatiquement une substitution des parties au procès (art. 560 et ss. du Code civil). L'objet du litige est de déterminer le taux d'invalidité de l'assuré ainsi que l'éventuel droit à la rente qui en découle. Le droit à une aide au placement échappe naturellement à un transfert à l'hoirie, en tant qu'il s'agit d'un droit personnel du défunt. Le recours sera donc déclaré sans objet sur ce point. Selon l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI, l'invalidité au sens de la présente loi est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique, ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Le droit à la rente est déterminé par l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI qui dispose que l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est entière pour une invalidité de 66 2/3% au moins, elle est d'une demie pour une invalidité de 50% au moins et d'un quart pour une invalidité de 40% au moins. Selon l'alinéa 2 du même article, pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que l'invalide 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. Dans le cadre 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 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 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 15 ). Le droit fédéral ne fixe aucune prescription sur la manière d'apprécier les moyens de preuve, le principe de la libre appréciation des preuves s'appliquant en matière de procédure administrative. D'après une jurisprudence constante, l'administration est tenue, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant, si une telle mesure se révèle nécessaire. Lorsque de telles expertises sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent 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 353 consid. 3b/bb ; 122 V 161 consid. 1c et les références). S'agissant plus précisément de la question des troubles somatoformes, le Tribunal fédéral des assurances a défini, en se fondant principalement sur une étude de MOSIMANN (somatoforme Störungen : Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in RSAS 1999, p. 1 ss et 105 ss), la tâche du médecin ou de l'expert, lorsque celui-ci doit se prononcer sur le caractère invalidant de tels troubles. Selon cette jurisprudence, l'expert doit, sur le plan psychiatrique, poser un diagnostic dans le cadre d'une classification reconnue et se prononcer sur le degré de gravité de l'affection. Il doit évaluer le caractère exigible de la reprise par l'assuré d'une activité lucrative. Ce pronostic tiendra compte de divers critères, tels une structure de la personnalité présentant des traits prémorbides, une comorbidité psychiatrique, des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale, un éventuel profit tiré de la maladie, le caractère chronique de celle-ci sans rémission durable, une durée de plusieurs années de la maladie avec des symptômes stables ou en évolution, l'échec de traitements conformes aux règles de l'art. Le cumul des critères précités fonde un pronostic défavorable. Enfin, l'expert doit s'exprimer sur le cadre psychosocial de la personne examinée. Au demeurant, la recommandation de refus d'une rente doit également reposer sur différents critères. Au nombre de ceux-ci figurent la divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (VSI 2000 p. 152). En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt ATF 127 V 294 , précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres

éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine ; ATFA non publié du 18 octobre 2002 I/141/02). D'après une jurisprudence récente rendue par le Tribunal fédéral dans un cas similaire, il est erroné d'affirmer comme le fait l'OCAI que seuls des troubles somatoformes douloureux liés à une comorbidité psychiatrique grave sont susceptibles de fonder une invalidité au sens de la LAI. Une telle comorbidité constitue tout au plus l'un des critères, certes important, à prendre en considération dans le cadre d'une évaluation globale de la situation médicale de l'assurée. Aussi, ne saurait-on s'écarter des conclusions des experts du COMAI au seul motif que leur rapport ne fait pas état d'une comorbidité psychiatrique grave (ATF non publié du 20 mars 2003 en la cause I/182/02). Cela étant, il n'en demeure pas moins qu'il faut examiner si l'expertise contient suffisamment d'éléments pertinents au plan psychiatrique pour que l'on puisse se convaincre, dans le cas particulier, que l'intéressé n'est pas en mesure de reprendre pleinement une activité lucrative. a. En l'espèce, l'assuré a été examiné par de nombreux médecins et a fait l'objet de deux expertises, l'une pour le compte du Tribunal administratif du Canton de Genève et l'autre par le COMAI pour le compte de l'OCAI. A la lecture de la jurisprudence précitée, il y a lieu de s'intéresser prioritairement à ces expertises, avant d'examiner si l'avis d'autres médecins serait susceptible de les remettre en cause. b. Dans le cas qui nous occupe, le COMAI a procédé à un examen complet et minutieux de l'état de santé de l'assuré. Pour ce faire, les médecins se sont appuyés sur l'entier du dossier, notamment les certificats médicaux des médecins ayant examiné le patient auparavant, de sorte qu'on ne peut que constater que ce rapport se base sur un dossier bien étayé. Une anamnèse complète a été réalisée et le patient a été entendu par les différents experts, notamment spécialistes en rhumatologie et psychiatrie. Le rapport est circonstancié et les conclusions auxquelles parviennent les médecins à l'issue de leur séance de décision multidisciplinaire sont claires et unanimes. Selon les médecins du COMAI, la capacité résiduelle de travail de l'assuré dans une activité adaptée est de 50%. Cette appréciation est le résultat d'une approche multidisciplinaire du cas prenant en compte les affections psychiques et somatiques. En effet, il ressort de cette expertise que l'assuré souffre principalement d'un trouble somatoforme douloureux persistant associé à une dysthymie et des troubles de la personnalité non spécifiés avec traits dépendants. Du point de vue somatique, les experts ont souligné que les troubles étaient objectivement modérés et ne permettaient pas à eux seuls d'expliquer l'importance des plaintes et leur répercussion socioprofessionnelle. Le comportement était démonstratif et laissait apparaître des incohérences. Dans ce contexte, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux avait été retenu. D'après les experts, l'ensemble de la pathologie - dont la composante psychiatrique était déterminante - amenait à penser que l'expertisé ne pouvait pas retrouver une capacité de travail entière même dans une activité physiquement adaptée. La capacité de travail ne devait plus subir de modification importante à moyen terme et les limitations fonctionnelles objectives étaient modérées, en rapport avec l'atteinte à la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et les troubles dégénératifs du rachis lombaire. Les facteurs psychosociaux et socioculturels avaient certes leur importance, mais n'apparaissaient pas forcément comme

étant au premier plan, les experts relevant que l'expertisé présentait plusieurs troubles au plan psychiatrique et que la composante psychiatrique était déterminante dans la pathologie de l'assuré. A la lecture du dossier, on remarque que les conclusions des spécialistes du COMAI rejoignent celles du Dr D \_\_\_\_\_, lequel avait conduit une expertise de l'assuré en été 2000 pour le compte du Tribunal administratif. Ce médecin avait diagnostiqué « indiscutablement » un trouble somatoforme douloureux et fixé la capacité de travail à 50%, compte tenu de l'ensemble du dossier. La capacité était nulle dans l'ancienne profession de l'assuré et l'état de santé n'était pas susceptible d'être amélioré par un traitement. Les expertises médicales sont concordantes répondent tout à fait aux exigences posées par la jurisprudence. Il convient dès lors de leur accorder pleine force probante - quand bien même elles infirmeraient l'avis d'autres médecins - et de ne pas s'écarter de leurs conclusions. c. S'agissant de l'avis du Dr A \_\_\_\_\_, médecin traitant, on remarquera tout d'abord qu'il ne fixe pas la capacité de travail résiduelle du recourant et ne précise pas non plus expressément qu'elle serait nulle. C'est le lieu de rappeler que selon la jurisprudence, lorsqu'il apprécie 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44; RCC 1988 p. 504 consid. 2). En ce qui concerne le rapport du Dr A \_\_\_\_\_, force est de constater qu'il est succinct et peu motivé et qu'il ne remet pas en cause les expertises. En effet, il indique qu'un travail assis évitant trop de sollicitations du membre supérieur droit reste adapté à l'invalidité du patient, ce en quoi il rejoint les experts. d. L'office intimé fait valoir que les troubles décrits dans le rapport d'expertise ne présentent pas une gravité telle que l'assuré ne soit pas en mesure, en faisant preuve de toute la bonne volonté que l'on peut exiger de lui, d'exercer une activité lucrative. Il allègue que le trouble somatoforme douloureux ne constitue pas une maladie invalidante au sens de la loi s'il ne s'accompagne pas d'une comorbidité psychiatrique grave. Dans le cas d'espèce, les signes dépressifs n'atteignent pas une intensité suffisante, s'agissant d'une dysthymie. Par ailleurs, les troubles de la personnalité non spécifiés étaient préexistants à l'affection en cause et n'avaient pas empêché l'assuré de travailler normalement entre 1980 et 1999. Ainsi que le tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de le préciser dans un arrêt récent (ATF non publié en la cause I 356/00 du 29 janvier 2001), de tels arguments sont dénués de pertinence et ne justifient pas que l'on s'écarte des conclusions de l'expert judiciaire. D'une part, l'OCAI ne se fonde sur aucune donnée médicale concrète pour affirmer que les troubles psychiques présentés par l'intimé ne sont pas invalidants. D'autre part, contrairement à ce qu'il laisse entendre, des troubles somatoformes douloureux peuvent parfaitement entraîner une incapacité de travail durable conduisant à l'invalidité. Les constatations de l'expert sont décisives pour admettre l'existence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant selon la définition qu'en donne la classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement CIM-10 établie par l'OMS. Cela étant, elles sont suffisantes pour qu'on puisse se convaincre, en accord avec les critères dégagés par la jurisprudence (cf. VSI 2000 p. 154 s. consid. 2c), du caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux présenté par l'intimé. On doit ainsi reconnaître l'incapacité de travail de 50% présentée par l'intimé depuis le 13 novembre 1998. a. Il s'agit maintenant de déterminer la capacité de gain du recourant. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, pour l'évaluation de l'invalidité, 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. La comparaison doit en règle générale se faire de telle manière que les deux revenus hypothétiques soient chiffrés le plus exactement possible et mis en parallèle, leur différence permettant de déterminer le degré d'invalidité. Si leur montant ne peut être déterminé avec précision, il conviendra de les évaluer selon les éléments connus dans le cas particulier et de comparer entre elles les valeurs approximatives ainsi retenues (VSI 2000 p. 84, VSI 2000 p. 316) Dans le cas qui nous occupe, la méthode générale de comparaison des revenus pourra être utilisée, s'agissant d'un assuré ayant dû interrompre ou cesser son activité lucrative pour cause de maladie ou d'accident et qui, sans handicap, continuerait à exercer une activité lucrative. Sont déterminants pour la comparaison des revenus les rapports existants au moment de la naissance du droit à la rente, ainsi que les modifications éventuelles survenues jusqu'au moment de la décision qui ont des conséquences sur le droit à la rente (ATF 129 V 222 ; 128 V 174 ; ATFA du 22 août 2002 en la cause I 440/01). En l'occurrence, compte tenu du délai de carence d'une année (art. 29 LAI), l'assuré a droit à la rente dès le 1<sup>er</sup> novembre 1999. b. S'agissant du revenu sans invalidité, il ressort du dossier qu'au moment où le recourant a arrêté son activité professionnelle, il était employé par X \_\_\_\_\_ SA en tant que maçon et percevait un salaire brut mensuel de 4'557 fr. en moyenne en 1998. A ce revenu s'ajoutait celui de son activité annexe de nettoyeur pour Y \_\_\_\_\_ SA durant une dizaine d'heures par semaine, laquelle lui a permis de percevoir un revenu complémentaire de 593 fr. entre les mois de janvier et octobre 1998 (novembre et décembre n'étant pas pris en compte en raison de la subite diminution de l'activité due à l'état de santé de l'assuré). Réactualisés pour l'année 1999 par le biais des indices nominaux (catégorie ouvriers adultes ; 1998 = 1968 et 1999 = 1975 ), ces montants sont portés respectivement à 4'573 fr. et 595 fr. Ainsi, le revenu sans invalidité de l'assuré s'élevait à 62'016 fr. en 1999. c. Quant au revenu d'invalidé, selon la jurisprudence, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible -, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base des statistiques sur les salaires moyens (RCC 1991 p. 332 ss. consid. 3). Dans ce cas, la jurisprudence considère que certains empêchements propres à la personne de l'invalidé exigent que l'on réduise le montant des salaires ressortant des statistiques. Toutefois, de telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique. Il faut tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, et cela dans le but de déterminer, à partir de données statistiques, un revenu d'invalidé qui représente au mieux la mise en valeur économique exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de l'intéressé. Une déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'assuré ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. Enfin, on ne peut procéder à une déduction

globale supérieure à 25%. L'administration doit motiver brièvement la déduction opérée. Quant au juge, il ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75 ). En l'occurrence, le salaire statistique de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le domaine de la production dans le secteur privé en 1999, à savoir 4'449 fr. par mois (Enquête suisse sur la structure des salaires 1998, tableau TA3; niveau de qualification 4, secteur production, hommes, réactualisé pour 1999). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir que bon nombre d'entre elles sont légères et ne requièrent pas de port de charges, et sont donc adaptées à l'état de santé du recourant. 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 (41,8 heures en 1999; durée normale du travail dans les entreprises 1998-2002 (DNT), tableau T2.5.2), ce montant doit être porté à 4'649 fr. ( $4'449 \times 41,8 : 40$ ), ce qui donne un salaire annuel de 55'788 fr., diminué à 27'894 fr. compte tenu d'une activité à 50%. Pour le surplus, il n'y aura pas lieu de procéder à une déduction sur ce montant, au vu des éléments figurant au dossier, la capacité de travail tenant compte de toutes les limitations dues à la santé du recourant. On rappellera ici que les limitations fonctionnelles étaient modérées, ainsi qu'en ont attesté les experts. Compte tenu du fait que l'assuré peut toujours exercer son activité annexe de nettoyeur, mais en diminuant son temps de travail de 50%, il en résulte donc un revenu d'invalidité de 31'464 fr. ( $27'894 + [595 \times 6]$ ). Si on compare ce montant avec le revenu sans invalidité ( $[62'016 - 31'464] : 62'016 \times 100$ ), on obtient un degré d'invalidité de 49,2 %, ouvrant à l'assuré le droit à un quart de rente. Au vu de ce qui précède, le recours est admis. Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens à titre de participation à ses frais qui seront fixés en l'espèce à 1'500 fr.

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