

GE_GERICHTE A/2076/2011 vom 29. November 2011

GE Cour de justice, 2011-11-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2076_2011

FR: GE_GERICHTE A/2076/2011 du 29 novembre 2011

IT: GE_GERICHTE A/2076/2011 del 29 novembre 2011

Erwägungen

E. 8

a) Le revenu d'invalidité doit 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 (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). b) Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a). a) 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). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3). b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit 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). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). d) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). e) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité). En l'espèce, il ressort de l'expertise du 31 mai 2010 que l'assurée dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son handicap, en respectant les limitations fonctionnelles retenues (port de charge de plus de 5 kg, périmètre de marche limité à 500 m, terrain irrégulier, position accroupie et à genoux, montée d'escalier). Cette appréciation médicale est convaincante et n'est au demeurant contestée par aucun autre avis médical,

l'assurée se contentant d'affirmer que sa grossesse difficile aurait aggravé l'état de son genou, ce qui n'est pas déterminant dès lors qu'il est admis qu'elle ne peut plus exercer d'activité sollicitant celui-ci. La Dresse B _____ admet que sa patiente peut travailler assise. Elle estime qu'elle doit pouvoir finir les cours payés par l'OAI pour "trouver un travail de bureau, soit une activité adaptée à son handicap" et ne prétend pas que son état de santé l'empêcherait de travailler à 100% dans cette activité adaptée. Il est ainsi établi que l'assurée dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis septembre 2009, au plus tard fin mai 2010, sauf durant sa grossesse et la période suivant l'accouchement, qui ne relèvent cependant pas de l'assurance-invalidité. Ainsi, aucune expertise médicale ne se justifie et ce grief est mal fondé. S'agissant du calcul du taux d'invalidité, la référence à l'ESS, TA1, total, niveau 4 ne prête pas flanc à la critique, puisqu'il englobe nombre d'activité en position assise et est admis par le Tribunal fédéral, en présence de limitations fonctionnelles telles que celles retenues pour l'assurée. L'abattement de 10% tient correctement compte de l'importance des limitations affectant le genou, et ni l'âge de l'assurée (32 ans), ni le nombre d'année dans la même profession (2 ans), ni son permis B (dès lors qu'elle a trouvé un emploi d'aide soignante avec ce type de permis, et sans formation spécifique) ne justifient d'abattement supplémentaire. Ce grief est donc mal fondé. Le revenu d'invalidité est donc celui retenu par l'OAI de 46'175 fr. Le revenu sans invalidité (56'160 fr.) a été calculé généreusement par l'OAI, qui a retenu un taux horaire de 27 fr. (alors que celui pratiqué est de 25 fr. pour les heures des jours ouvrables et de 27 fr., pour les autres), à raison de 8h/jour sur 52 semaines (alors que l'horaire effectif est irrégulier). Il s'avère ainsi que le revenu brut réalisé avant l'accident durant les six premiers mois de 2009 totalise 26'879 fr, soit 53'758 fr sur un an, le revenu annualisé pour 2008 de 53'406 fr. n'étant pas supérieur, (17'802 fr. ./ 4 x 12). Ainsi, le taux d'invalidité reste en dessous de 20%, soit 14,1% selon les chiffres susmentionnés et 17,8% selon ceux retenus par l'OAI. Les mesures d'intervention précoces octroyées par l'OAI sont conformes à la loi (formation en anglais et diplôme universitaire en management de projets), elles respectent les limites financières fixées (15'990 fr.), elles sont adaptées à la situation de l'assurée, qui a déjà obtenu un bachelors en communication et travaillé à la gestion de projets de développement dans son pays d'origine. Cette formation complémentaire doit permettre à l'assurée, dont la motivation sans faille a toujours été relevée par l'OAI, de trouver un travail non seulement adapté à son handicap, mais de plus correspondant à ses intérêts. Il semble à cet égard que le recours initialement déposé n'avait pas d'autre vocation que d'obtenir le droit de poursuivre et achever cette formation, ce qui a été entretemps confirmé par l'OAI et par les instituts de formation. L'assurée a toutefois maintenu son recours, afin d'obtenir la mise sur pied d'une expertise et l'octroi de mesures d'ordre professionnel. Un taux d'invalidité inférieur à 20% n'ouvre aucun droit à un reclassement professionnel, lequel serait au demeurant discutable, l'assurée ayant une formation universitaire dans la communication, qui sera parfaite d'une formation de gestion de projet et en anglais dès que l'assurée aura pu terminer ses cours. La question d'une formation initiale ne se pose pas en l'espèce, l'assurée ayant déjà eu une activité lucrative avant son accident. Une mesure d'orientation professionnelle n'est pas nécessaire chez une assurée jeune, universitaire, qui a trouvé un travail d'aide-soignante sans avoir aucune formation ou expérience dans ce domaine, de sorte qu'elle peut dans ce cas-là sans aucun doute possible s'orienter vers un emploi dans le domaine social, qu'elle connaît, ou se tourner vers un emploi dans l'industrie légère, qui ne requiert pas de formation spécifique. Il convient à cet égard de rappeler que le marché du travail tendu n'est pas un élément déterminant pour l'assurance-invalidité. Au

surplus, à défaut de droit à une mesure de réadaptation (reclassement, orientation, etc.), l'assurée n'a pas droit à une indemnité journalière durant la période qu'elle consacrera à la fin de sa formation à l'Université et au Wall Street Institute, bénéficiant de ses seules indemnités de chômage (PCMM durant la grossesse et le congé maternité). Cela étant dit, l'OAI a d'ores et déjà indiqué qu'à l'issue de la formation octroyée, et compte tenu de la grande motivation de l'assurée, des efforts consentis pour continuer à travailler à 50% en tant qu'aide-soignante malgré le handicap au niveau du genou, l'Office était disposé à lui octroyer une aide au placement et, le cas échéant, une allocation d'initiation au travail, sur demande écrite et motivée. Le recours, mal fondé, est rejeté et un émolument de 200 fr est mis à la charge de la recourante (art. 69 al. 1 bis LAI). **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Irène PONCET La présidente Sabina MASCOTTO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le**

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