

## **GE\_GERICHTE A/663/2005 vom 4. Juli 2005**

GE Cour de justice, 2005-07-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_663\\_2005](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_663_2005)

FR: GE\_GERICHTE A/663/2005 du 4 juillet 2005

IT: GE\_GERICHTE A/663/2005 del 4 luglio 2005

### **Erwägungen**

#### **E. 6**

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 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). Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 du médecin 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 et les références; 122 V 160 consid. 1c et les références).

#### **E. 7**

En l'occurrence, la recourante a été soumise à une expertise pluridisciplinaire en juillet et août 2001. Les spécialistes du COMAI ont procédé à un examen clinique complet de l'assurée et deux médecins, un spécialiste en neurologie et un spécialiste en psychiatrie ont réalisé des examens approfondis. Le COMAI a procédé sur plusieurs jours à un examen complet et minutieux de l'état de santé de l'assurée. Pour ce faire, les experts se sont appuyés sur l'entier du dossier, notamment sur les certificats 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 la patiente a été entendue plusieurs fois par les experts. Le rapport est circonstancié et les experts du COMAI ont procédé à une séance de décision multidisciplinaire afin de parvenir à des conclusions claires. L'état de santé de la recourante a ainsi fait l'objet d'examens approfondis. le rapport d'expertise satisfait donc à tous les réquisits jurisprudentiels et doit se voir ainsi reconnaître pleine valeur probante. A la date de l'expertise, les experts diagnostiquent un trouble somatoforme douloureux persistant sous forme de rachialgies et de douleurs diffuses des

ceintures et des extrémités, des céphalées tensionnelles chroniques, un trouble dépressif récurrent de sévérité moyenne, ainsi qu'une dysfonction neurovégétative somatoforme au niveau intestinal (diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail). Ils concluent qu'en présence de quelques ressources favorables (proximité des enfants, bonne présentation, bonne maîtrise du français), de la préservation relative des fonctions (ménage et épreuves fonctionnelles lors de l'examen médical), ainsi que de son jeune âge, il est possible et important de maintenir un certain degré de capacité résiduelle dans une activité adaptée aux troubles douloureux et psychiques. Selon les experts, sa capacité de travail en tant qu'aide cuisinière ou serveuse est inférieure à 20%, mais il persiste une capacité de travail de l'ordre de 40 à 50%, depuis le début 1996, dans une activité adaptée telle que celle de vendeuse ou de réceptionniste avec possibilité de changer de positions toutes les deux heures, horaire à temps partiel, port de charges limité à dix kilos et sans mouvement répétitif de longue durée; enfin, l'état dépressif diminue la résistance à une exposition prolongée dans un milieu bruyant ou stressant sur le plan physique ou psychique. Sur le plan ménager, il n'y a pas de véritable diminution de la capacité fonctionnelle, pour autant que l'assurée puisse exercer les tâches à un rythme variable. Cette appréciation est d'ailleurs partagée par le médecin traitant, le Dr F \_\_\_\_\_, qui en mars 2000, estime une activité à 50% possible. Compte tenu de la valeur probante du rapport d'expertise, la capacité résiduelle de travail de l'assurée doit être fixée de 40 à 50 % dans une activité adaptée. Cependant, la recourante invoque dans ses écritures une aggravation de son état de santé postérieure à l'expertise du COMAI. Dans une attestation de juin 2003, non détaillée, la Dresse I \_\_\_\_\_, qui traite la patiente depuis juillet 2002, pose les diagnostics de fibromyalgie et d'état dépressif. Elle estime l'incapacité de travail de la recourante totale pour toute activité, depuis 1994. L'on ne voit pas là de nouveaux diagnostics par rapport à ceux retenus par les experts du COMAI ; en outre, ce médecin, qui n'est pas spécialiste, ne fait aucune mention d'aggravation de l'état de santé depuis l'expertise. Le Dr B \_\_\_\_\_ fait état quant à lui, en avril 2003, d'une aggravation de l'état de santé, en retenant le diagnostic de fibromyalgie. Toutefois, ce rapport n'est nullement circonstancié et ce médecin n'explique pas en quoi consisterait l'aggravation. Par ailleurs, dans une attestation du 30 mai 2005, la Dresse I \_\_\_\_\_ indique qu'il y a eu chez sa patiente une aggravation des troubles dépressifs avec somatisation dans un contexte de nouvelles violences familiales; l'assurée s'est fait hospitaliser à la Clinique de Montana du 10 février au 2 mars 2004. Les médecins de cette clinique ont diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec symptôme somatique (comorbidité : trouble somatoforme douloureux). L'hospitalisation a permis une bonne amélioration de la thymie et les traitements, notamment de physiothérapie et d'hydrothérapie, ont également amélioré les douleurs. Pour son retour, la recourante n'a pas souhaité de suivi spécialisé de psychiatrie, malgré leur effet positif, à l'exception d'entretiens avec une conseillère familiale des Hôpitaux Universitaires de Genève - ce dont on peut lui faire reproche, l'assurée étant tenue de diminuer le dommage en suivant les traitements appropriés -. Ainsi, lors de son hospitalisation, la recourante présente un trouble dépressif, épisode moyen, ce qui correspond au diagnostic des experts du COMAI (même intensité du trouble dépressif). Selon le médecin traitant, l'amélioration constatée suite au séjour à la clinique a été de courte durée et l'assurée a présenté peu après son retour un état identique à celui avant hospitalisation, soit un état identique à celui de l'expertise COMAI, en été 2001. Enfin, l'on ne voit pas que les autres troubles présentés par la recourante aient une influence sur sa capacité de travail, ce que confirme d'ailleurs le médecin traitant. Il convient enfin de

préciser que selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et la référence). Au vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que selon les pièces médicales, il n'y a pas eu d'aggravation de l'état de santé de la recourante après l'expertise du COMAI et qu'il convient donc de retenir, sur la base de cette expertise, qu'elle présente une capacité résiduelle de travail de 40 à 50% dans une activité adaptée.

## **E. 8**

Il y a par conséquent lieu de procéder à une comparaison des revenus avant et après invalidité afin de déterminer le taux d'invalidité de la recourante. Il convient de retenir comme date déterminante la date de la naissance du droit à la rente, en janvier 1996, qui sera donc l'année de référence pour l'évaluation des revenus. Aux termes des art. 28 al 2 LAI et 16 LPGA, chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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 des revenus s'effectue en règle générale en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus, en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. 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 doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et 128 V 174 ). Concernant le revenu avant invalidité, il y a lieu de se référer au certificat de salaire de l'employeur (non daté), selon lequel le salaire mensuel de la recourante en 1995 s'élève à 2'961 fr. x 13 (= 38'493 fr. en 1995). Il y a lieu de réactualiser ce salaire de 1995 à l'année 1996, selon les indices des salaires nominaux, ce qui représente un salaire de 38'962 fr. 20 (année 1996 [réf. 1910] divisée par année 1995 [réf. 1887] = 1,012 / 1,012 x 38'493 fr. = 38'962 fr. 20). Quant au salaire d'invalidé, il faut se référer aux salaires auxquels peuvent prétendre en 1996 les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, à savoir 3'455 fr. par mois (cf. Office fédéral de la statistique, Enquête suisse sur la structure des salaires 1996, TA1, niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de 40 heures, soit d'une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 1996 (41,9 ; cf. La Vie économique 6-2005), ce montant doit être porté à 3'619 fr. 10, soit à un salaire annuel de 43'429 fr. 20. Il faut déduire de ce revenu au maximum 60%, compte tenu de la capacité résiduelle de travail de la recourante, ce qui représente un revenu de 17'371 fr. 70. Selon la jurisprudence du TFA, le montant d'invalidé obtenu sera, le cas échéant, encore réduit en fonction des empêchements propres liés à la personne de l'invalidé, comme par exemple certaines limitations liées aux handicaps, à l'âge, à la nationalité, à la catégorie de permis de séjour ou au taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de

l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 78 consid. 5). En l'occurrence, a été pris en compte, dans le calcul, la capacité de travail minimum de la recourante, soit 40%. Compte tenu de ce fait et de son jeune âge, seul un abattement de 15% se justifie. Au vu de cette réduction de 15%, le revenu annuel après invalidité s'élève à 14'765 fr. 95. La comparaison des revenus avant et après invalidité donne ainsi un taux d'invalidité de 62,10 %, insuffisant à ouvrir droit à une rente supérieure à 50%  $[(38'962 \text{ fr. } 20 - 14'765 \text{ fr. } 95) \times 100 : 38'962 \text{ fr. } 20 = 62,10\%]$ . Il convient de relever que même en tenant compte d'une capacité de travail de 40% et d'une réduction maximale de 25% - injustifiée en l'occurrence -, l'on aboutit à un taux d'invalidité de 66,56%, ne donnant droit qu'à une demi-rente. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté.

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