

GE_GERICHTE ATAS/101/2015 vom 5. Februar 2015

GE Cour de justice, 2015-02-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_101_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/101/2015 du 5 février 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/101/2015 del 5 febbraio 2015

Erwägungen

E. 8

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, 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 256 consid. 4 et les références). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). 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 LPGa), 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

A/3339/2013 - 12/19 - 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 (ATF 125 V 351 consid. 3). 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. Ainsi, en principe, lorsqu'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 351 consid. 3b/bb). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que

ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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 351 consid. 3b/ee). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). 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/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre

A/3339/2013 - 13/19 - un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

E. 9

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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a).

E. 10

a. En l'espèce, l'intimé a considéré que l'exercice à plein temps d'une activité adaptée était exigible du recourant, se basant pour cela sur l'expertise du Dr E_____, ainsi que sur le rapport établi par le Dr F_____, du SMR, le 22 janvier 2013. Quant au recourant, il soutient que son état de santé ne lui permet pas de travailler à plus de 50%, quelle que soit l'activité professionnelle. A titre liminaire, il convient de relever que les parties s'accordent avec

raison sur le fait que la capacité de travail du recourant est nulle dans son activité habituelle de peintre en bâtiment, le port régulier de charges et les efforts physiques inhérents à ce métier étant incompatibles avec les troubles cardiaques dont souffre l'intéressé. Dans la mesure où le Dr F _____ s'est fondé sur l'expertise du Dr E _____ pour établir son rapport du 22 janvier 2013, la question de la valeur probante de son avis peut rester ouverte. En réalité, les parties s'opposent sur la portée de l'expertise du Dr E _____, en particulier sur la conclusion selon laquelle la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée pourrait atteindre 50 à 100%, en fonction du type d'activité. La chambre de céans constate que l'expertise du Dr E _____ répond aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante : elle se fonde sur un examen du recourant, sur des examens complémentaires et l'étude du dossier médical ; l'anamnèse, l'évolution de la maladie, les plaintes de l'assuré et les constats objectifs de l'expert sont clairement exposés ; les diagnostics sont clairs et cohérents avec le dossier médical ; les conclusions quant à la capacité de travail et

A/3339/2013 - 14/19 - aux limitations fonctionnelles sont bien motivées ; l'appréciation du cas par le Dr E _____ permet de comprendre les troubles cardiaques dont le recourant souffre et leurs conséquences sur sa capacité de travail. Il est vrai qu'une probable erreur de plume s'est glissée dans l'expertise : l'expert retient que l'incapacité de travail a débuté en juin 2011, alors que les éléments du dossier montrent qu'elle a débuté le 8 juillet 2011, ce que l'intimé a retenu avec raison. Cette erreur n'est toutefois pas de nature à remettre en cause la valeur probante du reste de l'expertise. Le recourant conteste les conclusions de cette expertise en tant qu'elles concernent la capacité de travail qu'il pourrait atteindre dans une activité adaptée. Il invoque les avis des Drs B _____ et C _____, selon lesquels cette capacité ne saurait excéder 50%. Toutefois, les avis de ces médecins ne sauraient être suivis. Les rapports du Dr B _____ sont trop brefs et pas suffisamment motivés pour permettre de remettre en cause l'expertise du Dr E _____. La capacité de travail de 50% n'est ni justifiée ni expliquée. De plus, les rapports des 29 octobre 2013 et 27 juin 2014 sont postérieurs à la décision querellée et en partie fondés sur les plaintes du recourant, de sorte que leur objectivité n'est pas suffisante. Quant au rapport du Dr C _____ du 30 novembre 2011, il a été établi avant le remplacement de la valve aortique et la stabilisation de l'état de santé du recourant, de sorte que l'on ne peut se fonder sur ses conclusions pour contester l'expertise du Dr E _____. D'autant que le Dr C _____ estimait possible que le recourant retrouve une pleine capacité de travail dans une activité adaptée après son opération. Pour le reste, l'allégation du recourant selon laquelle son état de santé se serait aggravé, n'est pas étayée et aucun élément objectif ne permet de rendre plausible une telle aggravation. Dans ces circonstances, il convient de se rallier aux conclusions de l'expert et de retenir une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle depuis juillet 2011 et une capacité de 50 à 100% dans une activité adaptée, en fonction des exigences physiques requises par le poste de travail proposé, depuis mai 2012. Puisque la mesure d'orientation professionnelle a permis de valider des pistes professionnelles dans des activités légères, l'intimé était légitimé à considérer que l'assuré avait recouvré une capacité de travail pleine et entière à compter de juin 2012. En tout état de cause, même si ces pistes professionnelles ne pouvaient être suivies, le marché du travail offre un éventail d'activités légères ne requérant que peu ou pas de formation spécifique suffisamment large pour que le recourant puisse trouver un emploi lui permettant de mettre à profit sa pleine capacité de travail. Compte tenu de ce qui précède, la capacité de travail du recourant a été évaluée de manière conforme au droit par l'intimé.

E. 11

Le recourant conteste également le calcul de son degré d'invalidité, estimant que qu'une réduction de 10% est insuffisante au vu de sa situation (travail à temps partiel, difficultés en français et limitations fonctionnelles). Comme indiqué précédemment, le recourant doit se voir reconnaître une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, de sorte que l'on ne saurait retenir l'obligation de travailler à temps partiel comme un facteur de réduction du revenu d'invalidité. Quant aux difficultés linguistiques, elles ne sauraient non plus être retenues à ce titre, d'autant que le recourant séjourne et travaille à Genève depuis plus de neuf ans et qu'il a des connaissances de base en français, principalement orales, et qu'il n'a pas donné suite aux invitations de l'ORIF à suivre des cours de français. Enfin, il apparaît qu'en appliquant un abattement de 10%, l'intimé a d'ores et déjà tenu compte, dans l'exercice de son large pouvoir d'appréciation, des limitations fonctionnelles du recourant et du fait que son reclassement n'est possible que dans une activité légère, répétitive et ne requérant pas de formation particulière. Rien en l'espèce ne permet à la chambre de céans de considérer le taux retenu comme insuffisant. Au contraire, celui-ci semble adéquat et doit être confirmé, de même que le calcul du degré d'invalidité dans son ensemble, lequel n'est d'ailleurs pas contesté.

E. 12

Le recourant conclut également à l'octroi d'une mesure de reclassement professionnel. a) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPG) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie

A/3339/2013 - 16/19 - active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a ; VSI 1997 p. 85 consid. 1). b) Se pose en premier lieu la question de savoir si

l'assuré est invalide ou menacé d'une invalidité permanente (art. 28 al. 1er LAI). On rappellera qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'Arrêt du Tribunal fédéral 9C_385/2009 du 13 octobre 2009). Il faut également relever que si une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. Arrêt du Tribunal fédéral 9C_464/2009 du 31 mai 2010). c) Selon l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. L'orientation professionnelle, qui inclut également les conseils en matière de carrière, a pour but de cerner la personnalité des assurés et de déterminer leurs capacités et leurs dispositions qui constitueront la base permettant de choisir une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement adéquat. Y ont droit les assurés qui, en raison de leur invalidité, sont limités dans le choix d'une profession ou dans l'exercice de leur activité antérieure et qui ont dès lors besoin d'une orientation professionnelle spécialisée (Circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle, CMRP, p. 16, nos 2001 et 2002). Le Tribunal fédéral a rappelé que l'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession. L'art. 15 LAI suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer un tel choix, mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles ne sont pas suffisantes pour choisir une profession adaptée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_882/2008 du 29 octobre 2009 consid. 5.1 et les références). d) Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation

A/3339/2013 - 17/19 - préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 RAI). Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. La notion d'équivalence approximative entre l'activité antérieure et l'activité envisagée ne se réfère pas en premier lieu au niveau de formation en tant que tel, mais aux perspectives de gain après la réadaptation (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_644/2008 du 12 décembre 2008 consid. 3). En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. Pour statuer sur le droit à la prise en charge d'une nouvelle formation professionnelle, on notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sont en principe pas déterminantes, mais bien plutôt le coût

des mesures envisagées et leurs chances de succès, étant précisé que le but de la réadaptation n'est pas de financer la meilleure formation possible pour la personne concernée, mais de lui offrir une possibilité de gain à peu près équivalente à celle dont elle disposait sans invalidité (cf. VSI 2002 p. 109 consid. 2a ; RJJ 1998 p. 281 consid. 1b, RCC 1988 p. 266 consid. 1 et les références). Cela étant, si en l'absence d'une nécessité dictée par l'invalidité, une personne assurée opte pour une formation qui va au-delà du seuil d'équivalence, l'assurance-invalidité peut octroyer des contributions correspondant au droit à des prestations pour une mesure de reclassement équivalente (substitution de la prestation ; VSI 2002 p. 109 consid. 2b et les références).

E. 13

En l'occurrence, le recourant présente un degré d'invalidité de 28%, taux suffisant, au regard de la jurisprudence, pour lui ouvrir en principe le droit à une mesure de reclassement. Cela étant, le recourant a déjà bénéficié d'une mesure d'orientation professionnelle, ce qui a permis de déterminer que les métiers de la petite fabrication et de conditionnement dans l'industrie légère étaient adaptés à ses limitations fonctionnelles. Or, aucune formation n'est nécessaire pour l'accès à ces métiers, de sorte que le recourant est en mesure d'entreprendre des recherches d'emploi et de trouver un travail dans les domaines précités, de son propre chef et sans aucune aide. En tout état de cause, compte tenu de l'éventail d'activités légères adaptées que le recourant pourrait exercer sans qu'une formation ne soit nécessaire, aucune autre mesure professionnelle n'est utile.

A/3339/2013 - 18/19 - Rappelons encore qu'à teneur de la jurisprudence du Tribunal fédéral, un assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité. Or, le recourant n'a suivi aucune formation au Portugal ou en Suisse, de sorte qu'il ne peut prétendre à la prise en charge d'une formation, laquelle serait de facto d'un niveau supérieur à celui de l'apprentissage de son métier auprès de son employeur à Genève. Par conséquent, l'octroi d'une mesure de reclassement au recourant n'est pas justifié.

E. 14

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. Etant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/3339/2013 - 19/19 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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