

GE_GERICHTE ATAS/1028/2013 vom 23. Oktober 2013

GE Cour de justice, 2013-10-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1028_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/1028/2013 du 23 octobre 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/1028/2013 del 23 ottobre 2013

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LAI en vigueur du 1er janvier 2004 (4ème révision) au 31 décembre 2007, du 1er janvier 2008 (5ème révision) jusqu'au 31 décembre 2011 et après le 1er janvier 2012 (révision 6a), en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329 et ATF 130 V 332, consid. 2.2 et 2.3). Il convient de préciser que ces nouvelles introduites par la 5ème révision et la révision 6a de la LAI n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation du degré d'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322) et de conditions d'octroi générales des mesures de réadaptation (cf. Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5ème révision] du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4316 ; message relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [6e révision, premier volet] du 24 février 2010, FF 2010 1647, p. 1648 à 1650).

E. 3

Les décisions contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours dans un délai de 30 jours auprès du tribunal compétent (art. 56, 58 et 60 LPGA). Conformément à l'art. 38 al. 4 let. a LPGA, les délais en jours fixés par la loi ne courent pas du 7ème jour avant Pâques au 7ème jour après Pâques inclusivement. En l'espèce, compte tenu des suspensions de délai du 24 mars au 7 avril inclus, le recours interjeté le 15 avril 2013 contre la décision notifiée le 26 février 2013, reçue au plus tôt le 27 février 2013, l'a

été en temps utile. L'acte respectant par

A/1187/2013 - 9/14 - ailleurs les exigences de forme prévus, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; 89B LPA).

E. 4

L'objet du litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance- invalidité, singulièrement sur son degré d'invalidité. A cet égard, la Cour de céans relève que le TCAS a confirmé la décision de l'intimé du 12 janvier 2009 en ce qui concerne la capacité de travail de 100% dans une activité adaptée ; en revanche, tel n'a pas été le cas de la diminution de rendement, élément important pour le calcul du degré d'invalidité. Le TCAS a ainsi renvoyé la cause à l'intimé pour complément d'instruction, afin qu'il détermine plus particulièrement dans quel domaine une activité adaptée pourrait être exercée, quelle est l'éventuelle diminution de rendement, ainsi que les éléments permettant, cas échéant, d'appliquer une réduction du salaire statistique, indications qui ont une influence sur le calcul du degré d'invalidité. Il a par ailleurs jugé qu'il était indispensable que l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle exercent leurs tâches en étroite collaboration, conformément à la jurisprudence.

E. 5

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. 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 les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5).

E. 6

a) Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1er LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1er LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

A/1187/2013 - 10/14 - Selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01). Il

convient de relever que lors de l'examen de la mise en valeur de la capacité de travail résiduelle, on ne saurait se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA (auquel renvoie l'art. 28 al. 2 LAI), lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (cf. RCC 1991 p. 329 consid. 3b, 1989 p. 328 consid. 4a). b) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI (ancien art. 28 al. 1 LAI teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Selon l'art. 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), le droit à la rente au sens de l'art. 28 prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA), ou dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA).

E. 7

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 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). 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).

A/1187/2013 - 11/14 - Selon la jurisprudence, la valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. Le titre de spécialiste (FMH) n'en est en revanche pas une condition (ATF non publié 9C_270/2007 du 12 août 2008, consid. 3.3). Ce qui est déterminant pour le juge, lorsqu'il a à apprécier un rapport médical, ce sont les compétences professionnelles de son auteur, dès lors que l'administration et les tribunaux doivent pouvoir se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert auquel ils font précisément appel en raison de son savoir particulier. Aussi, le rôle de l'expert médical dans une discipline médicale spécifique suppose-t-il des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou du moins du médecin qui vise celui-ci (ATF non publié 9C_359/2009 du 26 mars 2010 consid. 4.3 et les références). 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 origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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 a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3).

E. 8

a) En l'espèce, suite au renvoi de la cause à l'intimé, les nouvelles mesures d'observation professionnelle mises en œuvre dès le 3 mai 2010 n'ont pas été menées à terme. L'observation a été en effet interrompue dès le 12 mai 2010 sur la base d'un certificat médical d'arrêt de travail attesté par la Dresse P_____. Cette dernière, dans son rapport du 28 juin 2010, indique que l'état de santé du recourant s'est aggravé, que de nouveaux diagnostics, à savoir un diabète de type II et une gonarthrose, ont une influence sur la capacité de travail. De leur côté, les EPI relèvent qu'il ne leur a pas été possible de statuer sur la capacité de travail du recourant, qui n'a été présent que les sept premiers jours du stage. Son comportement a été très plaintif et démonstratif. Il a été inobservable

A/1187/2013 - 12/14 - (cf. rapport EPI du 21 juillet 2010). Selon les EPI, une expertise médicale pourrait être demandée pour clarifier définitivement la situation sanitaire de l'assuré.

L'examen rhumatologique effectué le 23 août 2010 par le médecin du SMR, le Dr O_____, spécialiste FMH en rhumatologie, médecine physique et rééducation, conclut à une incapacité de travail totale dans l'ancienne activité, mais à une capacité de travail totale dans une activité adaptée, depuis le 24 novembre 2006, date de l'expertise du Dr M_____. Le médecin du SMR relève que les radiographies de 2010 ne sont pas dans le dossier à disposition. Néanmoins, il se fonde sur le descriptif du radiologue et conclut qu'il n'y a pas de péjoration significative par rapport à ce qui est connu en 2008. Il ne retient pas de limitation au niveau cervical, au vu de l'absence des plaintes spontanées et au vu de l'examen clinique rassurant. De même, l'état du genou gauche ne justifie pas de limitation fonctionnelle. Selon le SMR, du point de vue théorique, l'exigibilité est complète dans une activité adaptée. La mesure d'observation professionnelle, réitérée le 6 juin 2011 et le 28 novembre 2011, a été à chaque fois interrompue suite à un certificat d'arrêt de travail délivré par le médecin traitant du recourant. Suite à l'arrêt rapide de la mesure, l'observation n'a pas pu être effectuée (rapport COPAI du 27 juillet 2011). Force est ainsi de constater que les observations aux EPI n'ont pas permis de confirmer ou d'infirmer, concrètement, la capacité de travail résiduelle retenue sur le plan médico-théorique. Quant au SMR, il retient des limitations fonctionnelles, mais ne se prononce pas sur une éventuelle diminution de rendement. b) Sur le plan médical, la Cour de céans constate que le dossier ne contient plus aucun renseignement sur l'évolution de l'état de santé du recourant depuis le rapport de la Dresse P_____ et l'examen du SMR de 2010. Or, au regard des troubles dégénératifs dont souffre le recourant (cf. rapports des Drs M_____ et L_____), il n'est pas exclu que les affections aient évolué. Dans ses rapports des 5 mars et 22 mars 2013, la Dresse P_____ explique que les stages de réinsertion professionnelle ont dû être à chaque fois interrompus suite à un blocage aigu de la colonne lombaire avec paresthésie

bilatérale des membres inférieurs. Elle rappelle que la maladie est chronique et dégénérative, que le patient présente des blocages intermittents, un diabète de type II et des gonarthralgies bilatérales. Elle fait état en outre d'une nouvelle aggravation en 2013, relève que le patient présente un état dépressif pour lequel il prend un traitement antidépresseur depuis 2-3 mois et que le bilan radiologique du 26 février 2013 montrerait une aggravation. Force est de constater que la situation médicale du recourant n'est pas claire, qu'elle n'a plus été investiguée depuis 2010 et que la situation a en tous les cas évolué en 2013, avant la décision litigieuse.

A/1187/2013 - 13/14 -

E. 9

Au vu de ce qui précède, la Cour de céans considère qu'elle ne possède pas tous les éléments nécessaires lui permettant de se prononcer de façon définitive sur les atteintes à la santé du recourant et sur leurs conséquences sur sa capacité de travail. La cause sera par conséquent renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaires sous forme d'une expertise rhumatologique, à confier à un expert indépendant, complétée le cas échéant par une expertise psychiatrique, au vu de l'état dépressif relevé par la Dresse P_____. Il appartiendra aux experts de tenir compte de l'ensemble des atteintes à la santé du recourant, de décrire les limitations fonctionnelles, de se prononcer sur la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, de même que sur une éventuelle diminution de rendement et enfin, de décrire quelle a été l'évolution de son état de santé depuis 2009.

E. 10

Le recours est partiellement admis au sens des considérants. Représenté par un mandataire, le recourant a droit à une indemnité à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H LPA ; ATF I 358/99). Selon l'art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 (RFPA ; RS E 5 10.03), la juridiction peut allouer à une partie pour les frais indispensables occasionnés par la procédure, y compris les honoraires éventuels d'un mandataire, une indemnité de 200 fr. à 10'000 fr. En l'espèce, la Cour de céans fixe le montant des dépens à 1'500 fr. Au vu du sort du litige, un émolument de 500 fr. est mis à charge de l'intimé (art. 69al. 1bis LAI).

A/1187/2013 - 14/14 - 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.