

# **GE\_GERICHTE ATAS/105/2012 vom 13. Februar 2012**

GE Cour de justice, 2012-02-13, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_105\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_105_2012)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/105/2012 du 13 février 2012

IT: GE\_GERICHTE ATAS/105/2012 del 13 febbraio 2012

## **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. Interjeté dans la forme et le délai prescrit, le recours est recevable (art. 60 et 61 let. b LPGA).

### **E. 2**

Le droit du recourant à une rente d'invalidité d'août 2009 à décembre 2010 n'est pas contesté. Est litigieuse la question de savoir si l'intimé pouvait supprimer le droit à la rente entière du recourant, avec effet au 1er janvier 2011. a) Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 417 ss. consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Selon cette disposition, tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b; ATF non publié du 28 décembre 2006, I 520/05, consid. 3.2). b) Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte

A/3374/2011 - 6/10 - d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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; 105 V 207 consid. 2). Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (ATF 127 V 299). La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité

physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. Lors 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 158 consid. 1). 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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3). S'agissant de la valeur probante 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).

A/3374/2011 - 7/10 - c) En l'espèce, le Dr P \_\_\_\_\_ a retenu, le 13 octobre 2010, qu'il n'y avait plus lieu d'attendre du traitement médical une amélioration notable des séquelles de l'accident et que l'état de santé du recourant était stabilisé. L'avis du Dr P \_\_\_\_\_ repose sur un examen de l'assuré, l'étude de son dossier médical et une discussion circonstanciée. Il est, par ailleurs, partagé par le médecin traitant, le Dr M \_\_\_\_\_, qui a indiqué, le 8 août 2010, que la situation était inchangée depuis le 13 juin 2010. Il en va de même de l'état de santé psychique du recourant que tant le Dr O \_\_\_\_\_ que le Département de psychiatrie des HUG ont considéré comme stationnaire. L'assurance-invalidité n'avait donc aucun motif de s'écarter de ces appréciations et de ne pas retenir que l'état de santé du recourant était stabilisé en octobre 2010. Il est manifeste que tant que le traitement médical, qui a comporté deux interventions chirurgicales, de la rééducation et des examens de suivi, était en cours, la capacité de travail du recourant était nulle; il ne pouvait en tout cas pas être exigé de sa part de travailler, alors que les séquelles durables de l'accident n'étaient pas encore établies. Après avoir cependant constaté la stabilisation de l'état de santé du recourant en octobre 2010 - ce que ni ce dernier, ni son médecin ne remettent en cause -, il appartenait à l'intimé d'examiner, par voie de révision, dans quelle mesure les suites de l'accident influaient sur la capacité de travail du recourant, partant sur le degré de son invalidité à partir d'octobre 2010. d) A cet égard, l'intimé s'est fondé sur les rapports effectués par les médecins ayant été consultés par l'assurance-accidents. Ceux-ci ont considéré que, s'agissant des aspects somatiques, l'assuré pouvait travailler à 100% dans une activité n'exigeant pas le port de charges, permettant des

changements fréquents de position debout ou assise et n'exigeant pas la marche prolongée. S'agissant des séquelles psychiques, le Dr O \_\_\_\_\_ a estimé qu'elles ne compromettaient pas la possibilité de la mise en place d'une réadaptation professionnelle. Derechef, l'intimé n'avait pas de raison de s'écarter de ces appréciations, qui se fondent sur un examen du recourant, son anamnèse, son dossier médical et ses plaintes. Ces rapports comportent, en outre, une analyse motivée et des conclusions claires et exemptes de contradiction. Le recourant n'expose d'ailleurs pas en quoi ces avis seraient incomplets, mal fondés ou devraient pour un autre motif être écartés. Son médecin ne fait que s'étonner du fait que l'on considérerait qu'une amélioration serait intervenue en octobre 2010. Or, comme exposé ci-dessus (consid. 2c), l'intimé n'a pas retenu que l'état de santé du recourant s'était amélioré en octobre 2010, mais n'a fait qu'examiner, au moment où l'état de santé était stabilisé, les conséquences des séquelles de l'accident sur la capacité de travail du recourant. Le Dr M \_\_\_\_\_ n'apporte aucun élément susceptible de faire douter de l'appréciation des Drs P \_\_\_\_\_ et O \_\_\_\_\_. Enfin, ce dernier spécialiste a constaté, en octobre 2010, un état dépressif léger. La prise en charge sur le plan psychiatrique en mars 2010, alors que le recourant présentait une dépression avec épisode moyen, a donc apporté une aide au recourant, à savoir la stabilité clinique évoquée par le Département de psychiatrie dans son rapport du 15 juillet 2010. Le recourant ne soutient, au demeurant, pas que

A/3374/2011 - 8/10 - son état psychique se serait péjoré ou ne correspondrait pas à celui retenu par l'expert de la CNA en octobre 2010. Partant, la Cour se fondera sur ces avis pour retenir que l'assuré était capable de travailler à 100% dans une activité tenant compte des limitations fonctionnelles sus-décrites. Reste à examiner le degré d'invalidité du recourant à partir d'octobre 2010. 3.a) L'art. 16 LPGa s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette disposition prévoit que, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4; 128 V 30 consid. 1; 104 V 136 consid. 2a et 2b; art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; 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 223 consid. 4.1; 128 V 174). Le revenu d'invalide 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). 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

A/3374/2011 - 9/10 - 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). b) En l'espèce, l'intimé a retenu que le recourant aurait pu réaliser en 2010, en travaillant à 100%, un salaire annuel de 54'529 fr. Ce montant n'est pas contesté; il est, au demeurant, conforme aux indications fournies par l'employeur du recourant. Quant au revenu après invalidité, étant rappelé que le recourant pourrait exercer à 100% une activité adaptée à ses limitations, il y a lieu, conformément à une jurisprudence bien établie, de se référer aux données statistiques (ESS) lorsque, comme en l'espèce, l'assurée n'a pas repris d'activité lucrative. Eu égard au large éventail d'activités simples et répétitives offertes par les secteurs de la production et des services, on peut considérer qu'un marché du travail équilibré offre un nombre suffisant de postes de travail légers permettant de tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant et ne demandant aucune formation professionnelle (p.ex. activités simples de vérification ou de contrôle, conditionnement léger, emballage de petits objets, assemblage/lavage de pièces, etc.). Selon les données de l'ESS 2010, le revenu annuel standardisé d'un homme exerçant une activité simple et répétitive s'est élevé à 61'240 fr. Les limitations fonctionnelles du recourant, soit alterner la position debout avec la position assise, éviter le port de charges, les travaux effectués en porte-à-faux ainsi que la marche prolongée, et son manque de polyvalence ont également une répercussion sur le travail effectué par lui dans une activité adaptée. De ce fait, il se justifie de prendre en considération, comme l'a fait l'intimé, un abattement de 15%. Partant, le revenu annuel d'invalidité est de 52'054 fr. La perte de salaire avec invalidité est ainsi de 4,5% (comparaison 54'529 fr. et 52'054 fr.). Or, une invalidité inférieure à 40% ne donne pas droit à une rente (art. 28 al. 2 LAI). Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

#### **E. 4**

Conformément à l'art. 69 al. 1 bis LAI, un émolument de 300 fr. est mis à la charge du recourant, qui succombe. \* \* \*

A/3374/2011 - 10/10 - 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.