

GE_GERICHTE ATAS/1079/2010 vom 20. Oktober 2010

GE Cour de justice, 2010-10-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1079_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/1079/2010 du 20 octobre 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/1079/2010 del 20 ottobre 2010

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont 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

En l'espèce, la décision litigieuse datant du 23 avril 2009, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA, le 1er janvier 2003, ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004 et le 1er janvier 2008, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 et du 6 octobre 2006 (4ème et 5ème révisions). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème et la 5ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

E. 3

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 - LPA ; RS E 5 10).

E. 4

L'objet du litige porte sur la réduction de la rente d'invalidité du recourant à une demi-rente à compter du 1er septembre 2007, limitée au 29 février 2008.

E. 5

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 la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision (ATF 125 V 417 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid.). En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2d; RCC 1984 p. 137). Selon cette disposition, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2004, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu

A/2082/2009 - 9/16 - de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration

constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. 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).

Il convient par ailleurs de rappeler que lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer en ce qui concerne des périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause.

E. 6

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 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). Selon le texte de la loi en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, l'invalidité est réputée survenue, selon l'art. 4 al. 2 LAI, dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé de l'assuré ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 5 consid. 2b, 157 consid. 3a). S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où il prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1er LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne,

A/2082/2009 - 10/16 - une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable, mais au plus tôt le premier jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 aLAI ; ATF 126 V 5 consid. 2b et les références). Avec l'entrée en vigueur depuis le 1er janvier 2008 de la nouvelle LAI, l'invalidité est réputée survenue, selon l'art. 4 al. 2 LAI, dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. À teneur de l'art. 29 LAI, le droit à une rente d'invalidité prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1er LPGA, mais pas avant le mois qui suit son dix-huitième anniversaire.

E. 7

Selon l'art. 28 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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 ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins. Selon l'art. 28 al. 1er LAI dans sa 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 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. En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Il y a interruption notable de l'incapacité de travail lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant trente jours consécutifs au moins (art. 29ter du Règlement sur l'assurance- invalidité du 17 janvier 1961 (RAI ; RS 831.201)). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. 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): La comparaison des revenus s'effectue, en règle

A/2082/2009 - 11/16 - 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 384 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 en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). 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 (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174).

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 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).

E. 9

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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 de l'expert 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 351 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). 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 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

A/2082/2009 - 12/16 - Quant aux expertises médicales, l'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciative ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c 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. 10

En l'espèce, le Tribunal de céans, au vu des conclusions contradictoires des médecins concernant les répercussions de l'atteinte à la santé du recourant sur sa capacité de travail, a mis en œuvre une expertise judiciaire et a mandaté le Dr R_____ à cet effet. Selon l'expert, le syndrome de fatigue chronique présenté par le recourant est tout à fait décrit dans la littérature médicale comme un trouble résiduel consécutif à une chimiothérapie. Le Dr R_____ a retenu deux critères majeurs dudit syndrome, à savoir une fatigue durant plus de 6 mois, suffisamment sévère pour

A/2082/2009 - 13/16 - réduire les activités quotidiennes à moins de 50 % de l'activité antérieure et exclusion d'une autre cause de fatigue, et quatre critères mineurs au moins, sous forme de sentiment de faiblesse musculaire, fatigue à l'exercice prolongé, de troubles de la concentration et des perturbations du sommeil. Ces troubles sont décrits constamment depuis la période de convalescence, même si l'intensité varie selon les observateurs. Sur le plan physique, l'expert relève que le pronostic vital du recourant reste grevé d'un risque important de progression tumorale même tardive. S'agissant des répercussions engendrées par le tableau post- chimiothérapeutique, elles doivent être considérées comme majeures au vu notamment de la durée des symptômes. Les limitations fonctionnelles du point de vue physique commandent un travail léger. Quant à la diminution de la résistance, elle implique une diminution de la capacité de travail de 75 % au vu de la fatigabilité majeure alléguée et constatée par l'employeur, ce autant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Pour l'expert, le point d'équilibre trouvé par l'intéressé dans une réduction à 30 % de ses activités professionnelles et 25 % de ses activités sociales correspond à l'appréciation raisonnable de la capacité de travail résiduelle dans une perspective ergothérapeutique. Hors de cette dernière, le Dr R_____ indique que la capacité résiduelle doit être considérée comme nulle. L'expert indique aussi que les activités d'aide en pharmacie et d'aide au bloc opératoire paraissent strictement inadaptées au vu des remarques relatives à la fatigabilité, la diminution du rendement et les exigences du milieu médico- technique. S'agissant de l'exigibilité d'une activité lucrative, l'expert relève que ne s'agissant que d'une situation proprement ergothérapeutique, l'activité adaptée pourrait être augmentée selon la tolérance de l'intéressé jusqu'à 50 %, dans une activité limitée de contact avec le public et dans une structure administrative protectrice, avec un rendement qui ne peut être chiffré précisément. Pour le surplus, la capacité de travail ne peut être améliorée. Le Tribunal de céans constate que le rapport d'expertise du Dr R_____ comporte une anamnèse circonstanciée du cas, des constatations objectives et un status clinique détaillé. L'expert a pris en compte les plaintes de l'assuré et s'est fondé sur l'ensemble de son dossier médical. Dans l'appréciation et la discussion du cas, l'expert a clairement expliqué quelle était l'origine du syndrome de fatigue présenté par le recourant et pourquoi ce syndrome entraîne en l'occurrence des conséquences sur la capacité de travail. Ses conclusions sont claires et convaincantes. L'expertise revêt ainsi pleine valeur probante, de sorte que le Tribunal de céans n'a pas de motif de s'en écarter. Il convient ainsi de retenir une capacité de travail résiduelle de 30 %, même dans une activité adaptée et ceci depuis fin 2006 en incluant le temps de convalescence. En effet, contrairement à ce que soutient l'intimé, l'on ne saurait retenir sans autre une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, dès lors que l'expert a expressément souligné qu'une telle capacité de travail ne serait admissible que dans une situation proprement ergothérapeutique dans le cadre d'une

structure

A/2082/2009 - 14/16 - administrative protectrice et selon la tolérance du recourant, le rendement n'étant par ailleurs pas chiffrable précisément. Quoi qu'il en soit, même dans cette dernière hypothèse, le degré d'invalidité du recourant atteint 71%, ce qui conduit à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le mois d'avril 2007 (art. 28 al. 2 LAI), comme l'intimé l'admet d'ailleurs. C'est ainsi à tort que l'intimé a réduit la rente d'invalidité dès le 1er septembre 2007, puis l'a supprimée fin février 2008.

E. 11

Le recours, bien fondé, est admis. Le recourant a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que le Tribunal fixe en l'espèce à 3'500 fr. (art. 89H al. 3 LPA).

E. 12

L'émolument, fixé à 1'000 fr., est à charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al.1bis LAI).

A/2082/2009 - 15/16 -

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