

GE_GERICHTE ATAS/1087/2009 vom 31. August 2009

GE Cour de justice, 2009-08-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1087_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/1087/2009 du 31 août 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/1087/2009 del 31 agosto 2009

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ), 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.

E. 3

Interjeté dans les délai et formes prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss et LPGA).

A/576/2009 - 7/14 -

E. 4

La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance- invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006, apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal fédéral des assurances (art. 132 al. 2 et 134 OJ). Le présent cas est soumis au nouveau droit, du moment que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Ces principes de droit intertemporel commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision du 19 janvier 2009 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LAI pour la période postérieure.

E. 5

a) Il convient en l'occurrence de déterminer si la décision initiale de l'OCAI (octroi d'une rente entière d'invalidité en décembre 2004 avec effet au 1er juin 2000) peut être réexaminée par la voie de la révision. b) Selon 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; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Enfin, l'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

A/576/2009 - 8/14 - c) 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1er LPGA). 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). d) Depuis l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : "L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière." Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: 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). e) 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

A/576/2009 - 9/14 - 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 sont raisonnablement exigibles de la part 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 LPG), 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. 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a ainsi posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss. consid. 3). Le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le Tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa 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

A/576/2009 - 10/14 - 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). 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. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité

administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 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 322 consid. 5a).

E. 6

En l'occurrence se trouvent au dossier des rapports des médecins traitants, notamment du Dr L _____, des avis du SMR et deux expertises pluridisciplinaires, l'une rendue en novembre 2003, sur la base de laquelle la rente d'invalidité avait été octroyée et l'autre de mars 2008 effectuée dans le cadre de la procédure de révision. Il convient dès lors de déterminer la valeur probante de l'expertise de mars 2008. Les experts ont examiné toutes les pièces du dossier et ont posé une anamnèse détaillée. Ils ont pris en compte les plaintes de l'expertisé, se sont livrés à une discussion et ont répondu de manière claire et circonstanciée aux questions qui leur étaient posées, notamment s'agissant des diagnostics et de la capacité de travail. Enfin, leurs conclusions sont motivées et dépourvues de contradiction. Partant, cette expertise répond à tous les réquisits pour lui voir attribuer pleine valeur probante. Au demeurant, le médecin psychiatre que le recourant est allé consulté dans le cadre de la procédure de révision, qui n'est pas expert, mais bien médecin traitant, a également conclu à une absence de pathologie psychiatrique ayant une répercussion sur le capacité de travail. Enfin, les considérations générales du recourant sur les compétences de la Dresse Q _____, experte, sont dénuées de valeur juridique; elles ne constituent d'ailleurs pas un motif de récusation et ne sont pas de nature à jeter un doute sur la qualité de l'examen psychiatrique ni sur les conclusions de cette experte. Par ailleurs, le Dr L _____, qui n'est pas spécialiste en

A/576/2009 - 11/14 - psychiatrie, n'apporte aucun élément permettant de remettre en cause la valeur des conclusions des experts. Il se contente d'ailleurs d'indiquer que la situation clinique de son patient est toujours la même, sans apporter aucun élément pour justifier son opinion. Enfin, le recourant n'a eu aucun suivi et traitement psychiatrique ces dernières années, ni psychothérapeutique, ni médicamenteux, ce qui confirme l'absence de pathologie psychiatrique depuis 2005. Ainsi, les conclusions claires et convaincantes des experts seront suivies par le Tribunal de céans. Dès lors il y a lieu de tenir pour établi que le recourant présente depuis 2005 une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telle celle d'agent de sécurité, par exemple.

E. 7

a) Au vu de ce qui précède, il y a maintenant lieu de déterminer le taux d'invalidité du recourant pour établir s'il a encore droit à une rente d'invalidité en comparant les revenus sans et avec invalidité. b) Selon la jurisprudence, ce sont les circonstances qui prévalaient au moment de la naissance éventuelle du droit à la rente qui sont déterminantes pour

procéder à la comparaison des revenus; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés au même moment; les modifications de 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). Le revenu sans invalidité doit en principe être déterminé en fonction du gain que l'assuré réaliserait effectivement s'il était en bonne santé, soit généralement du dernier salaire réalisé par l'assuré avant la survenance de son invalidité (RAMA 1993 n° U 168 p. 101, consid. 3b et les références). Or, la révision au sens de l'art. 41 LAI ne saurait fonder une nouvelle évaluation inconditionnelle du droit à la rente (ATF 112 V 372 consid. 2b et 376 consid. 4; Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), p. 253 sv, ad 41 LAI), soit sans que n'existe une modification de la situation ayant concrètement des effets sur la capacité de gain de l'assuré. c) Quant au revenu de l'activité raisonnablement exigible, il doit être déterminé en se référant aux conditions d'un marché du travail équilibré et structuré offrant un éventail d'emplois diversifiés. Il s'agit donc d'une notion théorique (FRÉSARD, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, Bâle, 1998, n° 77). Lorsque l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative, la comparaison peut se faire au moyen de tabelles statistiques publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3a/bb et les références) S'agissant des statistiques, on se référera aux salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321). d) 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,

A/576/2009 - 12/14 - 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 (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

E. 8

En l'espèce, est déterminante pour le calcul du degré d'invalidité par la méthode de comparaison des revenus l'année 2009, année de suppression du droit à la rente. Toutefois, les données statistiques de l'année 2009 n'étant pas encore disponibles, l'année 2008 sera prise comme référence. Pour le salaire sans invalidité, il convient de prendre en compte les revenus issus de la décision initiale de l'OCAI (basés sur les attestations des trois employeurs du recourant), décision entrée en force. Le revenu annuel sans invalidité ascendait ainsi à 77'598 fr. en 2001. Réévalué à l'indice des salaires nominaux et réels (La Vie économique, tableau B10.3), ce montant doit être porté à 85'349 fr. 60 pour l'année 2008. Pour calculer le revenu après invalidité, au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux problèmes du recourant. Compte tenu de l'activité légère de substitution, on se référera au salaire statistique auquel pouvaient prétendre les hommes effectuant des activités simples en 2006, à savoir 4'732 fr. par mois ou 56'784 fr. par an (ESS 2006, tableau TA1, niveau de qualification 4; nota bene : les ESS 2008 ne sont pas encore disponibles). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2007, ce montant doit être porté à 59'197 fr. 30 (56'784 : 40 x 41,7; La Vie économique, Tableau B9.2). Réévalué à l'indice des salaires nominaux et réels 2008 (La Vie économique, tableau B10.3), ce

montant doit être porté à 61'489 fr. 90 pour 2008. L'abattement de 10% retenu par l'intimé compte tenu des limitations que présente le recourant est conforme à la jurisprudence (cf. ATF du 10 avril 2006, U 12/05) et ne prête pas flanc à la critique. Compte tenu de cette réduction, le salaire après invalidité s'élève à 55'340 fr. 90. La comparaison de ce montant avec le revenu sans invalidité $([85'349 \text{ fr. } 60 - 55'340 \text{ fr. } 90] \times 100 / 85'349 \text{ fr. } 60)$ conduit à un degré d'invalidité de 35,15 %, n'ouvrant pas droit à une rente de l'assurance-invalidité. Enfin, il convient de relever que l'OCAI procédant à une comparaison des revenus est arrivé au même degré d'invalidité. Au vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que l'état de santé du recourant s'est amélioré et que c'est à bon droit que l'intimé a procédé à une révision de la rente.

A/576/2009 - 13/14 - Aux termes de la comparaison des revenus avant et après invalidité, l'assuré n'a plus droit à une rente.

E. 9

Ainsi, le recours mal fondé sera rejeté. Le recourant qui succombe n'aura pas droit à des dépens. Il sera condamné à un émolument fixé à 200 fr. selon l'art. 69 al. 1bis LAI.

A/576/2009 - 14/14 -

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