

GE_GERICHTE ATAS/1103/2013 vom 12. November 2013

GE Cour de justice, 2013-11-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1103_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/1103/2013 du 12 novembre 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/1103/2013 del 12 novembre 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

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002, et, après le 1er janvier 2003, 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). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la

A/2114/2013 - 9/16 - modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

E. 3

Quoique succinct, l'acte du recourant permet de comprendre quelle est la décision attaquée, expose tout de même les faits et les motifs de son désaccord. L'on comprend par ailleurs qu'il demande l'annulation de la décision litigieuse. Il respecte ainsi les formes prescrites (art. 60 et 61 let. b LPGA). Bien qu'il ait été adressé à une autorité incompétente, le recours a été formé en temps utile (art. 38 al.

E. 4

Le litige porte sur le droit de l'intimé de supprimer toute rente dès le 1er juillet 2013, singulièrement sur le salaire d'invalidé de l'assuré.

E. 5

a) L'art. 17 al. 1er LPGGA dispose que 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. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). 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 LPGGA. 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 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du

A/2114/2013 - 10/16 - degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4, ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). 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 LPGGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGGA, 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 d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), 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. Dès le 1er janvier 2004, 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 (art. 28 al. 2 LAI).

E. 6

a) Au sujet de l'évaluation de l'invalidité on rappellera que, chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. 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 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b). b) Lorsqu'il n'est pas possible d'établir ou d'évaluer de manière fiable les deux revenus provenant d'une activité lucrative, il faut appliquer la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité (ATF 128 V 30 consid. 1). Selon cette méthode, on commence par déterminer, sur la base d'une comparaison des activités, quel est l'empêchement provoqué par la maladie ou l'infirmité, après quoi l'on apprécie séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain. Une certaine diminution de la capacité de rendement fonctionnelle peut certes, dans le cas d'une personne active, entraîner une perte de gain de la même importance, mais n'a pas nécessairement cette conséquence. Si l'on voulait, dans le cas des personnes actives, se fonder exclusivement sur le résultat de la comparaison des activités, on violerait le principe légal selon lequel l'invalidité, pour cette catégorie d'assurés,

A/2114/2013 - 11/16 - doit être déterminée d'après l'incapacité de gain (ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2; VSI 1998 p. 122 consid. 1a et p. 257 consid. 2b). c) Selon l'art. 25 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RS 831.201 ; RAI), les revenus déterminants pour l'évaluation de l'invalidité d'un indépendant qui exploite une entreprise en commun avec des membres de sa famille seront fixés d'après l'importance de sa collaboration. Pour mesurer celle-ci, il y a lieu de se fonder sur le revenu que l'assuré serait à même de réaliser seul. En effet, si les revenus de l'entreprise reposent également sur la collaboration de tierces personnes, il y a lieu de retrancher la part desdits revenus qui peut leur être attribuée, qu'elles soient salariées ou non (ATFA non publié I 331/87 du 28 avril 1988, cité in MEYER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 2ème éd. 2010, p. 328). Si le retranchement d'un tel facteur – étranger à l'invalidité – n'est pas possible, il convient de déterminer l'invalidité par la méthode extraordinaire (ATF 104 V 135 consid. 2c). Le recours à cette méthode s'impose également en présence d'autres facteurs également à même d'influencer les résultats de l'exploitation, tels la situation conjoncturelle et la concurrence. En pareil cas en effet, la comparaison des documents comptables, antérieurs et postérieurs à l'atteinte à la santé de l'assuré, ne permet pas, en règle générale, de distinguer la part du revenu qui dépend de facteurs étrangers à l'invalidité et celle qui dépend de la seule prestation de travail de l'assuré (VSI 5/1998 pp. 124 et 259). Dans le cas d'une entreprise de menuiserie exploitée par deux frères et leur père souffrant de polyarthrite, le Tribunal fédéral a considéré que même si la méthode extraordinaire s'imposait dans le cas d'espèce, il ne suffisait pas de l'appliquer purement et simplement pour déterminer de manière fiable quelle part du résultat d'exploitation était attribuable à l'assuré (le père). La Haute Cour a précisé qu'il y avait lieu de s'assurer avant tout de la réalisation de deux conditions : premièrement, il est nécessaire de déterminer d'un point de vue médical quelle est la capacité de travail exigible de l'assuré dans chaque champ d'activité de l'entreprise. Deuxièmement, il convient de mesurer, d'un point de vue économique, l'impact des activités exigibles (en termes de revenu) sur le résultat global de l'exploitation (ATF 104 V 135 consid. 3). Demeure réservé le cas où l'appréciation médicale conclut déjà à l'existence d'une incapacité de travail quasi-complète dans toutes les activités existant au sein de l'entreprise et donc à un degré d'invalidité suffisant pour une rente entière. Dans cette hypothèse en effet, la deuxième condition est sans objet (ATF

104 V 135 consid. 3b).

E. 7

a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente.

A/2114/2013 - 12/16 - La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 113 V 22 consid. 4a p. 28 et les références).

b) Dans le cas d'un assuré de condition indépendante, on peut exiger, pour autant que la taille et l'organisation de son entreprise le permettent, qu'il réorganise son emploi du temps au sein de celle-ci en fonction de ses aptitudes résiduelles. Il ne faut toutefois pas perdre de vue que plus la taille de l'entreprise est petite, plus il sera difficile de parvenir à un résultat significatif sur le plan de la capacité de gain. Au regard du rôle secondaire des activités administratives et de direction au sein d'une entreprise artisanale, un transfert de tâches d'exploitation proprement dites vers des tâches de gestion ne permet en principe de compenser que de manière très limitée les répercussions économiques résultant de l'atteinte à la santé (arrêt 9C_580/2007 du 17 juin 2008 consid. 5.4). Aussi, lorsque l'activité exercée au sein de l'entreprise après la survenance de l'atteinte à la santé ne met pas pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, celui-ci peut être tenu, en fonction des circonstances, de mettre fin à son activité indépendante au profit d'une activité salariée plus lucrative (arrêt I 840/81 du 26 avril 1982, in RCC 1983 p. 246; voir également arrêt 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 4).

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 que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). 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. 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

A/2114/2013 - 13/16 - 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).

E. 9

a) 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). b) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela implique que les instances cantonales ne sauraient déléguer cette compétence à l'administration sans motif valable (même arrêt, consid. 4.4.1.1). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical ou lorsqu'il

A/2114/2013 - 14/16 - s'agit d'un éclaircissement ou d'une précision ou d'un complément d'une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 in fine et les références).

E. 10

En l'espèce, il convient de comparer la situation au moment de la décision du 9 février 2007 avec celle prévalant au moment de la décision du 22 mai 2013 afin d'apprécier le bien-fondé d'une éventuelle révision opérée en application de l'art. 17 LPGA. La décision antérieure du 9 février 2007 se fondait sur le rapport d'expertise rendu par le Dr A _____ le 6 septembre 2004. Ce dernier avait considéré que l'assuré présentait une capacité de travail de 50% dans un travail léger au « vu de son état de santé actuel ».

Suite à la révision initiée par l'OAI en 2011, le Dr B _____ a estimé que l'activité exercée jusqu'ici, soit les activités liées à la gestion indépendante d'un établissement de restauration, dont le travail de cuisinier indépendant, restait exigible à plein temps avec une diminution de rendement de l'ordre de 30 à 40%, étant précisé qu'il existait une stabilité de l'incapacité par diminution de rendement depuis la reprise d'une activité dans la restauration en 2001.

Bien que le Dr B _____ mentionne l'expertise du Dr A _____ dans l'anamnèse, il ne fait état nulle part des raisons pour lesquelles son appréciation de la capacité de travail du recourant diffère de celle de son confrère. De plus, il ne motive d'aucune manière sa propre appréciation. Il sied de relever en particulier qu'il ne fait aucune mention de la cessation de l'exploitation du restaurant en 2003 suite à la séparation du recourant d'avec son épouse, étant rappelé que celle-ci l'épaulait dans ses tâches et qu'après son départ, celui-ci n'avait plus été en mesure d'assumer ses activités. De même, quand il apprécie la situation du recourant lors de la reprise de son activité de restaurateur indépendant en 2008, le Dr B _____ se borne, somme toute, à constater que celui-ci travaille à plein temps. Comme le relève la Dresse C _____, médecin SMR, c'est le fait même d'avoir débuté une nouvelle activité en avril 2008 « qui a indiqué que l'assuré pouvait maintenir une activité professionnelle ». Or, comme souligné dans l'arrêt 104 V 135 précité, le rôle du médecin est de déterminer d'un point de vue médical quelle est la capacité de travail exigible dans chaque champ d'activité de l'entreprise. Cela implique non seulement que cette capacité ne soit pas appréciée de manière globale - comme le Dr B _____ l'a fait dans le cas d'espèce - mais également, qu'il soit fait abstraction de l'aide fournie par la compagne dans le cadre des tâches exécutées en commun (vaisselle, préparation et rangement de la salle). Or, à la lumière des circonstances de l'interruption de l'exploitation du restaurant en 2003 et au vu de l'appréciation divergente du Dr A _____, il existe un doute important sur la capacité réelle du recourant à travailler à plein temps s'il ne bénéficiait de l'assistance permanente de sa compagne. Dans ces conditions, l'appréciation selon laquelle il existe une stabilité de l'incapacité par diminution de rendement depuis 2001 ne convainc pas, de sorte que l'expertise du Dr B _____ ne saurait se voir reconnaître valeur probante.

A/2114/2013 - 15/16 -

Bien qu'une expertise judiciaire paraisse envisageable au vu des faiblesses de l'instruction sur le plan médical, une telle mesure ne permettrait pas à la Cour de céans de se prononcer pour autant. En effet, une fois déterminée la capacité de travail exigible dans les divers champs d'activité de l'entreprise, il y aurait lieu, dans un second temps, de mesurer, d'un point de vue économique, l'impact des activités exigibles (en termes de revenu) sur le résultat global de l'exploitation (cf. supra consid. 6c). Or, le dossier se révèle également lacunaire à cet égard. Il ne permet pas de déterminer de manière fiable si une modification sensible de l'état de santé est intervenue depuis la situation qui prévalait au moment de la décision du 9 février 2007. Dans la négative, il ne permet pas non plus d'affirmer qu'en

dépit d'un état de santé stationnaire, les conséquences de celui-ci sur la capacité de gain ont subi un changement important.

E. 11

Au regard de ce qui précède, la décision du 22 mai 2013 sera annulée et le dossier renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

Lors de la nouvelle appréciation du cas, il conviendra notamment de veiller à ce que des facteurs étrangers à l'invalidité, en particulier les 44 heures de travail hebdomadaire fournies par la compagne du recourant et l'apport de tierces personnes, soient dissociés du résultat de l'exploitation, de manière à déterminer les revenus que le recourant réalise effectivement seul. En effet, peu importe que le résultat d'exploitation soit d'un montant de 54'700 fr. – comme retenu en l'espèce – ou d'un montant supérieur ou inférieur, il importe, dans un premier temps, de déterminer les proportions de ce résultat qui sont dues au travail du recourant, respectivement de sa compagne ou de tiers. Cela fait, il convient de déterminer, d'un point de vue médical, dans quelle mesure les champs d'activités assumés seul par l'assuré d'une part, en commun d'autre part, sont exigibles du seul assuré, puis, d'un point de vue économique, de quantifier l'exigibilité par champ d'activité par rapport au résultat d'exploitation. En amont de cette appréciation économique, il conviendra également de se demander sur le plan médical dans quelle mesure la capacité de travail résiduelle de l'assuré serait mieux exploitée dans une activité adaptée, cas échéant salariée.

A/2114/2013 - 16/16 - 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.