

GE_GERICHTE ATAS/1222/2014 vom 25. November 2014

GE Cour de justice, 2014-11-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1222_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/1222/2014 du 25 novembre 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/1222/2014 del 25 novembre 2014

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 - 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, les faits juridiquement déterminants remontent à 2010. Par conséquent, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LPGA et des dispositions de la LAI consécutives à la 5ème révision de cette loi, puis dès le 1er janvier 2012, en fonction des modifications consécutives à la révision 6a de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

E. 4

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité et à des mesures de reclassement.

E. 5

a. 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). Selon l'art. 7 LPGA, 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

A/3251/2013 - 8/15 - 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). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Il y a lieu de préciser que 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 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). b. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art.8 LPGA) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 – 5ème révision AI). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, 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, le droit à la rente 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. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré. En d'autres termes, l'assuré n'a droit à l'intégralité des prestations que s'il a présenté sa demande dans le délai de six mois à partir de la survenance de l'incapacité de gain. Si il le fait plus tard, il perd son droit pour chaque mois de retard (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_432/2012 du 31 août 2012 consid. 3.3 ; Michel VALTERIO, op. cit., n°2187 ss). c. 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. 28a al. 1 LAI). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il

A/3251/2013 - 9/15 - n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu 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 avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité

professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (Arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

E. 6

a. 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, à ce motif, 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 256 consid. 4 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 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

A/3251/2013 - 10/15 - 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 351 consid. 3). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité

d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). b. 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). c. 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).

A/3251/2013 - 11/15 -

E. 7

a. En l'espèce, il convient en premier lieu d'examiner quelles sont les répercussions des atteintes à la santé présentées par le recourant sur sa capacité de travail, depuis son accident du 5 novembre 2010. Le SMR a considéré que le recourant présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle d'aide-jardinier dès le 5 novembre 2010, date de son accident, et d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 5 mai 2011 sur la base du rapport d'examen rhumatologique et psychiatrique du 6 mars 2013. Le recourant se prévaut des rapports de ses médecins, émanant notamment des Drs F_____ et K_____, et soutient qu'il est totalement incapable de travailler. Il estime qu'une expertise psychiatrique judiciaire se justifie, attendu que le rapport de la Dresse I_____ ne dispose pas d'une pleine valeur probante, qu'il souffre de douleurs importantes et que ses troubles psychiatriques ont été constatés par trois médecins. Selon le Dr F_____, le recourant est totalement incapable de travailler comme jardinier mais a la « possibilité de travailler dans des postes ne demandant pas de port de charges lourdes ou de station assise trop prolongée ». Il souffre notamment de douleurs chroniques du coude droit, de la hanche, des lombo-sacrées droites, ainsi que d'insomnies et d'un syndrome anxio-dépressif depuis octobre 2011 (cf. rapport du Dr F_____ du 9 octobre 2013). Quant au Dr K_____, il indique dans son rapport du 11 décembre 2013 que le recourant développe une symptomatologie dépressive récurrente avec syndrome somatique, apparemment d'état actuel moyen (code F33.11 selon la Classification internationale des maladies). b. Afin de se prononcer sur la capacité de travail du recourant, il convient de se

prononcer sur la valeur probante des rapports précités. La chambre de céans constate que le recourant a été examiné le 6 mars 2013 par les Drs H_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à savoir par des praticiens disposant de toutes les qualifications requises pour juger des affections en cause. Leur rapport d'examen bidisciplinaire est fondé sur une anamnèse détaillée effectuée en connaissance du dossier médical, sur les plaintes du recourant et sur des examens cliniques ostéoarticulaires, neurologiques et psychiatriques complets. Leurs conclusions, selon lesquelles l'assuré souffre d'une incapacité de travail totale dans sa profession d'aide jardinier depuis le 5 novembre 2010 mais est pleinement capable d'exercer une activité adaptée à ses limitations dès le 5 mai 2011 sont claires et dépourvues de contradictions. Elles sont également motivées, puisqu'elles tiennent compte, sur le plan psychiatrique, de l'absence de diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail et sur le plan rhumatologique, de la présence de limitations fonctionnelles (le soulèvement de charges supérieures à cinq kilogrammes ; le travail en porte-à-faux prolongé du tronc ; l'exposition aux vibrations ; la nécessité d'alterner les positions) et d'un phénomène inflammatoire

A/3251/2013 - 12/15 - du plateau supérieur de la vertèbre L4 justifiant une incapacité de travail totale de six mois à compter de l'accident du 5 novembre 2010. c. S'agissant des rapports des médecins traitants, ceux-ci sont peu motivés et ne démontrent pas que le recourant serait incapable de travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. En effet, les Drs F_____ et E_____ ont seulement attesté de son incapacité à exercer sa profession habituelle, tandis que les Drs K_____ et J_____ ne se sont pas prononcés quant à sa capacité de travail. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, il apparaît que les conclusions du Dr F_____ convergent avec celles du SMR, dans la mesure où elles mentionnent la « possibilité [pour le recourant] de travailler dans des postes ne demandant pas de port de charges lourdes [...] ou de station assise prolongée » (cf. rapport du Dr F_____ du 9 octobre 2013). Enfin, les rapports des médecins traitants ne font pas état d'éléments dont les Drs H_____ et I_____ n'auraient pas tenu compte. Partant, ceux-ci ne permettent pas de mettre en doute les conclusions du SMR. d. Les griefs du recourant concernant la valeur probante du volet psychiatrique de l'examen du SMR doivent être écartés. En premier lieu, l'anamnèse ne s'étend pas sur deux lignes mais sur presque trois pages et renseigne de manière complète sur le parcours personnel et professionnel de l'assuré, ses antécédents familiaux, somatiques et psychiatriques, ainsi que sur ses plaintes, ses traitements et son mode de vie (rapport d'examen rhumatologique et psychiatrique, p. 2 à 4). Deuxièmement, la Dresse I_____ n'a pas omis de mentionner ses observations, puisqu'elle les a consignées dans son status psychiatrique, lequel décrit non seulement les symptômes qu'elle a écartés mais aussi le comportement qu'elle a constaté pendant l'examen. Elle a notamment indiqué que l'assuré était collaborant, euthymique, partageait le focus d'attention se plaignait de réveils nocturnes liés à ses douleurs, bénéficiait d'un appétit et d'une libido normaux, et manifestait une amplification de ses plaintes somatiques, accompagnée d'un sentiment de détresse et d'un léger comportement algique. On ne saurait ainsi réduire la contribution de l'examinatrice à une liste de symptômes absents ou de constatations impersonnelles. Troisièmement, les diagnostics psychiatriques divergents des médecins du recourant n'ont aucune incidence sur la valeur probante du rapport du SMR, dans la mesure où ils ne mettent pas en évidence d'élément objectif ignoré par la Dresse I_____. À cet égard, bien que le Dr K_____ ait fait état d'idées suicidaires passives et de ruminations anxieuses, il

convient de relever que ces symptômes n'étaient pas présents lors de l'examen du SMR puisque l'examinatrice les a expressément écartés. De surcroît, on remarquera que le Dr F_____ ne dispose pas de connaissances spécialisées en psychiatrie, si bien que ses diagnostics dans ce domaine sont sujets à caution. e. Pour les motifs qui précèdent, les conclusions du rapport d'examen bidisciplinaire des Drs H_____ et I_____ emportent la conviction de la chambre de céans, de sorte que celle-ci retiendra, au degré de la vraisemblance

A/3251/2013 - 13/15 - prépondérante, que le recourant est totalement incapable de travailler dans sa profession habituelle d'aide jardinier dès le 5 novembre 2010 mais bénéficie d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le 5 mai 2011, six mois après son accident.

E. 8

Comme le rapport d'examen rhumatologique et psychiatrique du SMR doit se voir reconnaître une pleine valeur probante, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une expertise judiciaire. En effet, si un justiciable a le droit de faire administrer des preuves essentielles en vertu de la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu (ATF 127 V 431 consid. 3a), ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque, comme en l'espèce, les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2ème éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61).

E. 9

Il convient à présent de se prononcer sur le degré d'invalidité du recourant et partant, sur son droit à une rente d'invalidité et à des mesures de reclassement. a) Pour la période du 5 novembre 2010 au 4 mai 2011, le recourant a été totalement incapable de travailler dans toute activité. Dans un tel cas de figure, le degré d'invalidité se confond exceptionnellement avec celui de l'incapacité de travail (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 45/06 du 5 mars 2007 consid. 4.2.2). Par conséquent, le recourant a présenté un degré d'invalidité de 100% durant la période précitée. b) Dès le 5 mai 2011, ce dernier a retrouvé une pleine capacité de travail dans une profession adaptée à ses limitations. À partir de cette date, une comparaison des revenus doit être effectuée, le degré d'invalidité ne se confondant plus avec l'incapacité de travail. L'OAI a déterminé que le recourant présentait un degré d'invalidité nul, sur la base d'un revenu sans invalidité actualisé pour 2011 de CHF 51'353.– d'une part, d'un revenu avec invalidité actualisé pour 2011 de CHF 55'560.– d'autre part, calculé selon les données statistiques des ESS 2010, tableau TA1, niveau 4, homme, compte tenu d'un temps de travail exigible de 100% et d'un abattement de 10% au vu des limitations fonctionnelles. Ce calcul, de même que le statut d'actif retenu par l'OAI, ne sont pas contestés par le recourant. Ils ne prêtent au demeurant pas flanc à la critique. On précisera que si l'OAI n'a pas expressément désigné les activités pouvant encore être exercées par le recourant, il sied néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et

A/3251/2013 - 14/15 - accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4). c) Le recourant présente un degré d'invalidité nul depuis le 5 mai 2011, date à laquelle il a recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations. À l'issue du délai de carence d'un an au 5 novembre 2011, son degré d'invalidité était donc insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité (art. 28 al. 1 let. c LAI). d) Comme la recourant ne présente aucune invalidité, force est de constater que des mesures d'ordre professionnel, ne sont pas nécessaires pour rétablir, maintenir ou améliorer sa capacité de gain (art. 8 al. 1 LAI). Son degré d'invalidité, inférieur à 20%, est a fortiori insuffisant pour justifier l'octroi d'une mesure de reclassement (arrêt du Tribunal fédéral 9C_385/2009 du 13 octobre 2009).

E. 10

Vu ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/3251/2013 - 15/15 - 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.