

GE_GERICHTE ATAS/1232/2010 vom 12. November 2010

GE Cour de justice, 2010-11-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1232_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/1232/2010 du 12 novembre 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/1232/2010 del 12 novembre 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), 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.

A/1378/2008 - 12/19 -

E. 2

Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).

E. 3

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. 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 litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsqu'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). En l'espèce, la décision litigieuse, du 6 mars 2008, de même que les faits à la base de la présente cause, sont postérieurs à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329), en tenant compte, le cas échéant, des modifications intervenues dans le cadre de la 5ème révision de la LAI entrée en vigueur le 1er janvier 2008.

E. 4

Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors 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).

E. 5

a) Il convient en l'occurrence de déterminer si la décision initiale de l'OAI octroyant au recourant une rente entière d'invalidité, dès le 1er octobre 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, le 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

A/1378/2008 - 13/19 - 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). En l'occurrence, la décision de l'OAI du 18 avril 2003 octroyant une rente entière, avec effet rétroactif au 1er octobre 2000, était essentiellement basée sur des raisons psychiques. Considérant les conclusions de l'expertises du CMPC dont la valeur probante peut être reconnue et qui admet une capacité de travail de 100% d'un point de vue psychiatrique dans l'activité exercée auparavant, il convient de relever que le taux d'invalidité du recourant a subi une modification notable et que de ce fait la procédure de révision était pleinement justifiée. 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) Selon l'art 28 al. 1 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. L'entrée en vigueur de la 4ème révision

de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3%, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60% et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70%, les conditions relatives à

A/1378/2008 - 14/19 - l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGa ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4 ; ATF non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2 et du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4). 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 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 la 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 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'écarte 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'éclaircir 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

A/1378/2008 - 15/19 - complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). 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. 5 let. a).

E. 6

En l'occurrence, se trouvent notamment au dossier, depuis le début de la procédure de révision de mai 2006, un rapport du Dr. JUGE, un rapport d'expertise du CMPC, le Dr. H _____ et Madame O _____, un rapport d'expertise médicale signé de la Dresse I _____ et de la Dresse J _____ SANTA ainsi qu'un rapport de l'atelier de réadaptation préprofessionnelle établi par la Dresse K _____ et Monsieur P _____. Dans son rapport du 25 septembre 2006, le Dr. G _____ fait mention d'un état stationnaire et des plaintes inchangées mais estime que le recourant a une capacité de travail à 50% depuis 2001 en tant que responsable indépendant en relations publiques et finances. Il sied de relever que les experts du CMPC ont posé les anamnèses, ont fait état des indications subjectives ainsi que des constatations objectives ont procédé à un examen clinique, ont posé des diagnostics, en particulier, le trouble somatoforme douloureux mais ne l'ont pas considéré comme invalidant, et ont conclu à une capacité de travail entière du recourant, sur le plan psychiatrique. Toutefois, la teneur de l'expertise du CMPC, le Dr. H _____ et Madame O _____ avait été totalement contestée par le recourant, raison pour laquelle le Tribunal de céans a ordonné une nouvelle expertise confié aux HUG, Département de médecine interne. Il convient dès lors de déterminer si l'expertise médicale des HUG a pleine valeur probante au sens de la jurisprudence.

A/1378/2008 - 16/19 - Au sujet de l'expertise des HUG, réalisée par la Dresse I _____ et Dresse J _____, il convient de relever que les experts ont posé des anamnèses, pris acte des plaintes et données subjectives de l'assuré, procédé à un status clinique, mentionné les diagnostics et réalisé une appréciation du cas et pronostic. Ces experts ont répondu aux questions sans toutefois être en mesure de se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré en précisant cependant qu'un travail de bureau, comme exercé auparavant, semble adapté et que selon le médecin psychiatre, le recourant ne semble plus présenter de troubles psychiatriques suffisamment sévères pouvant empêcher la reprise d'une activité professionnelle. Dans un rapport complémentaire du 25 novembre 2009, la Dresse I _____ et la Dresse J _____ relèvent une suspicion de consommation abusive d'alcool qui permettrait pas notamment au recourant de reprendre une activité professionnelle, fait contesté par l'assuré et contestation confirmée, dans son rapport, par l'atelier de réadaptation préprofessionnelle, en ces termes : « s'il a eu par le passé quelques

difficultés à gérer sa consommation d'alcool, cela n'est manifestement plus d'actualité. »

En conséquence, malgré les investigations menées par le Tribunal, constatant l'impossibilité de la Dresse I _____ et la Dresse J _____ à se prononcer sur la capacité de travail du recourant, le Tribunal retiendra que, sur le plan somatique, une pleine capacité de travail est possible dans une activité adaptée (en tenant compte des limitations fonctionnelles du membre supérieur droit) et que, sur le plan psychiatrique, la capacité de travail du recourant est entière. A ce sujet, il sied de relever encore que la Dresse I _____ et la Dresse J _____ SANTA concluaient notamment qu'un travail de bureau, comme exercé auparavant, semblait adapté.

Toutefois, il sied de relever également que, du point de vue somatique, les Dresses I _____ et J _____ ont constaté que les limitations à prendre en compte étaient, avec un horaire normal, une charge légère avec le membre supérieur droit et une charge maximale de 10 kg avec le membre supérieur gauche ainsi qu'aucun travail lourd. Il y a lieu de relever une évolution favorable depuis l'expertise médicale du 25 mars 2003, puisque du point de vue somatique, l'horaire de travail est normal et une charge légère avec le membre supérieur droit est possible. En revanche, l'atelier de réadaptation préprofessionnelle a orienté les tests essentiellement vers des activités manuelles alors que le recourant exerçait précédemment une activité de bureau (gestion de levée de fonds). Si le rapport de l'atelier de réadaptation préprofessionnelle fait état d'une fluctuation de rendement, quantifiée sur une activité adaptée, de l'ordre de 30 à 40% sur un mi-temps, le Tribunal retiendra cependant la conclusion des Dresses I _____ et J _____ selon laquelle un travail de bureau semble adapté.

A/1378/2008 - 17/19 - Au vu de ce qui précède, il convient de constater que la capacité de travail du recourant est entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et que sa rente peut donc faire l'objet d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le recourant n'a ainsi plus droit à une rente d'invalidité.

E. 7

Compte tenu des limitations fonctionnelles au niveau du membre supérieur droit et de la diminution du rendement mentionnée dans le rapport de l'atelier de réadaptation préprofessionnelle, il convient d'examiner si l'assuré peut prétendre à des mesures d'ordre professionnel. Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement. Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références; VSI 2002 p. 109 consid. 2a) Le droit au reclassement suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 première phrase LAI). Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Contrairement au droit à une rente (art. 28 al. 1er LAI), la loi ne dit pas à partir de quel degré d'invalidité l'assuré peut prétendre des

mesures de réadaptation. Conformément au principe de la proportionnalité, le droit à une mesure déterminée doit toutefois s'apprécier, notamment, en fonction de son coût. Dès lors que le service de placement n'est pas une mesure de réadaptation particulièrement onéreuse, il suffit qu'en raison de son invalidité l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi, mêmes minimes, pour y avoir droit (ATF 116 V 80 consid. 6a). En revanche, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références). Considérant la pleine capacité de travail du recourant, ce dernier n'aura pas droit à une mesure de reclassement. En revanche, le Tribunal fédéral a relevé « si la jurisprudence a précisé qu'il était notamment nécessaire de présenter une perte de gain de 20% environ pour pouvoir bénéficier d'une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b p. 110 et les arrêts cités) elle n'a jamais fait

A/1378/2008 - 18/19 - mention d'une telle condition s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi, » (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_385/2009 du 13 octobre 2009). Il convient de constater que le recourant n'a plus travaillé depuis 1999. Or, dans un travail de bureau, relevé par les experts, comme étant une activité adaptée, ce métier a beaucoup évolué tant sur le plan informatique que de la bureautique, et les connaissances du recourant dans ce domaine ne peuvent plus être à niveau. Par conséquent, il se justifie de mettre le recourant au bénéfice d'une mesure d'ordre professionnel afin qu'il puisse réinitialiser ses connaissances pour être à même d'exercer son activité. Enfin, au sujet de la mesure d'aide au placement, comme l'a rappelé le Tribunal fédéral, dans un arrêt du 27 janvier 2009 (9C_393/2008) « une mesure d'aide au placement ne vise pas comme tel à améliorer la capacité de gain de l'assuré, au contraire des autres mesures de réadaptation, mais simplement à lui apporter une aide à ses démarches en vue de trouver un emploi adapté à son état de santé ; il s'agit d'une mesure concrète réalisée sur le marché effectif du travail. L'issue de la mesure d'aide au placement est par conséquent indépendante de la question du droit à la rente (I 503/01 du 7 mars 2003 consid. 3.2.) » Considérant l'âge du recourant et son éloignement de la vie active, il convient également de le mettre au bénéfice d'une mesure d'aide au placement qui n'est pas une mesure de réadaptation onéreuse.

E. 8

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis dans le sens des considérants.

E. 9

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, il lui sera accordé une indemnité de 500 fr. à titre de dépens (art 89H al. 3 LPA).

E. 10

L'émolument de justice, fixé à 200 fr., est mis à la charge des parties à part égale.

A/1378/2008 - 19/19 -

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