

GE_GERICHTE ATAS/1274/2008 vom 13. November 2008

GE Cour de justice, 2008-11-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1274_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/1274/2008 du 13 novembre 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/1274/2008 del 13 novembre 2008

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (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

A/2453/2007 - 7/13 - du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

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 sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'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 24 mai 2007, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité 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, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance- invalidité 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. 3

Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.

E. 4

Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si le recourant peut prétendre une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement quel est le taux d'invalidité qu'il présente et si, cas échéant, il peut se voir octroyer des mesures d'ordre professionnel.

A/2453/2007 - 8/13 -

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). 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 (art. 7 LPGA). 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 275 consid. 4a; 105 V 207 consid. 2). b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 et les références). c) 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss.). d) Au sujet 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

A/2453/2007 - 9/13 - confiance qui l'unit à ce dernier (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire,

guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant. e) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante 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. Étant 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

E. 6

Le recourant conteste être capable d'exercer une activité lucrative à plus de 50%. Il en veut pour preuve que malgré sa bonne volonté, le stage auprès de la fondation PRO s'est soldé par un échec. Ce faisant, le recourant conteste donc l'appréciation de la capacité de travail à laquelle s'est livré l'OCAI. Ce dernier, se basant sur l'avis de la division de réadaptation professionnelle, a retenu une capacité de travail de 100% dans une activité d'ouvrier dans l'industrie légère.

E. 7

Force est de constater que les opinions des différents médecins s'étant prononcés convergent. Tous sont d'accord pour admettre que la capacité de travail du recourant dans son ancienne profession de jardinier est désormais considérablement restreinte. En revanche, le Dr A _____ a indiqué qu'une autre activité pourrait être envisagée, à raison de huit heures par jour, qu'il a décrite comme un travail manuel n'impliquant que de courts déplacements et permettant d'éviter le port de charges et les accroupissements. Ces conclusions sont corroborées par celles de la CRR, qui a préconisé d'éviter les montées et descentes d'escaliers, la station debout

A/2453/2007 - 10/13 - prolongée, le port de charges lourdes, la position agenouillée et la marche en terrain accidenté. La Dresse B _____, dont le recourant a produit le rapport, parvient aux mêmes conclusions puisqu'elle indique que son patient a les capacités d'assumer un travail physiquement moins lourd que celui de jardinier et peut très certainement travailler, au moins à temps partiel. Il est vrai que les maîtres de stage de la Fondation PRO ont pour leur part conclu à un rendement de 80% sur un taux d'occupation de 75%. C'est le lieu de rappeler qu'une mesure d'observation professionnelle a pour objectif de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (voir au surplus, à propos du rôle des COPAI pour l'évaluation de l'invalidité :

L'instruction des possibilités de gain des personnes prétendant une rente, compte- rendu d'une séance du 10 novembre 1989 consacrée aux problèmes de l'expertise médicale et professionnelle, RCC 1990 p. 59 ss; Karl ABEGG, Coup d'œil sur l'activité des centres d'observation professionnelle de l'AI [COPAI]; PLÄDOYER 3/2004 p. 64 ; ATFA I 540/03 du 10 novembre 2004 consid. 4.1 ; ATFA I 220/04 du 20 septembre 2004, consid. 4.2). Cette différence d'évaluation de la capacité de travail peut cependant s'expliquer, selon les maîtres de stage, par une démotivation de l'assuré. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'ils ont finalement renoncé à poursuivre la mesure par un stage en entreprise privée, estimant que l'assuré n'était pas « forcément dans une dynamique de reprise d'une activité professionnelle » en ce sens que s'il appréciait d'être occupé, il ne se sentait pas forcément apte à réellement travailler en entreprise. Le résultat du stage auprès de la fondation PRO ne saurait donc suffire à s'écarter des conclusions concordantes des différents médecins, d'autant que l'assurance- accidents est également parvenue à la conclusion que l'assuré pourrait exercer à plein temps une activité adaptée à son état de santé, c'est-à-dire une activité simple et répétitive en position semi-assise. C'est le lieu de rappeler que le principe de l'uniformité de la notion d'invalidité doit conduire à fixer en principe, pour une même atteinte à la santé, un même taux d'invalidité (cf. ATF 126 V 288, RAMA 2001 n° U 410 p. 73). Il est vrai que la responsabilité de l'assureur-accidents se limite aux seules atteintes à la santé qui se trouvent en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré (cf. ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références), néanmoins, cela ne joue pas de rôle en l'occurrence, les comorbidités aux séquelles de l'accident n'ayant pas, selon les médecins, de répercussions sur la capacité de travail de l'assuré. ■■■ c) Il suit de ce qui précède que c'est à juste titre que l'intimé a considéré l'assuré comme apte à exercer à plein temps une activité adaptée à son état de santé.

A/2453/2007 - 11/13 -

E. 8

Il convient à présent de se prononcer sur le calcul du taux d'invalidité effectué par l'OCAI.

a) 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 égal ou supérieur à 70 %, les conditions relatives à 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; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4). 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; 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). Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). 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, 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 (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

A/2453/2007 - 12/13 - Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle avait été en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il 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 la santé. b) En l'espèce, le recourant travaillait en tant que jardinier avant l'accident ayant entraîné l'atteinte à sa santé. Dans le but de déterminer sa rémunération au moment de l'ouverture éventuelle du droit aux prestations, soit en 2003, l'intimé s'est basé sur le rassemblement de ses comptes individuels AVS. Cette façon de faire est correcte et les renseignements obtenus pertinents, dans la mesure où rien ne permet de penser que sans l'atteinte à la santé, le recourant aurait changé d'emploi. S'agissant du revenu avant invalidité, il convient donc de se référer à celui qu'aurait perçu l'intéressé en 2003, soit 57'339 fr. (puisque il a réalisé un revenu de 55'543.- en 2001, qu'il convient d'adapter à l'évolution des salaires nominaux ; cf. La Vie économique n°9/2007, tableau B10.3, p. 99). Quant au revenu avec invalidité, en l'absence de reprise d'activité du recourant, il convient de se référer aux salaires statistiques tels qu'ils découlent de l'enquête suisse sur la structure des salaires éditée par l'Office fédéral de la statistique (ESS). L'activité d'ouvrier dans l'industrie légère (fabrication d'équipement électrique, mécanique de précision) retenue par l'intimé correspond à la description d'une activité adaptée telle que décrite par les différents médecins puisqu'elle n'implique que de courts déplacements et permet d'éviter le port de charges, la position agenouillée, les montées et descentes d'escaliers, ainsi que la station debout prolongée. Cependant, l'intimé a retenu le montant total (tous sexes confondus) alors qu'il convient de se référer au revenu qu'un homme pourrait réaliser cette année-là. Selon les données de l'ESS 2002, le revenu mensuel standardisé d'un homme exerçant une activité simple et répétitive s'élevait en 2002, dans ce domaine, à 4'841 fr. (TA1 30-32, niveau 4). Ce montant correspond, pour un horaire de travail moyen de 41,7 heures (cf. ATF 126 V 81 consid. 7a) à un salaire annuel brut, en 2003, de 61'419 fr. Même en appliquant à ce revenu la réduction maximale de 25% pour tenir compte de ses limitations, on obtient un degré d'invalidité de 16,8% - similaire à celui auquel a abouti l'assurance-accidents -, insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité ou même à des mesures d'ordre professionnel. En conséquence, le refus de prestations doit être confirmé et le recours rejeté. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI).

■

A/2453/2007 - 13/13 - ■■

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