

GE_GERICHTE ATAS/1420/2012 vom 27. November 2012

GE Cour de justice, 2012-11-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1420_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/1420/2012 du 27 novembre 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/1420/2012 del 27 novembre 2012

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

A/2167/2012 - 7/13 - 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

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

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 2011, et, après le 1er janvier 2012, 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 modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

E. 4

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

E. 5

Le litige porte sur le droit de l'intimé de supprimer le versement de la rente à l'assurée dès le 1er avril 2012, au motif que l'état de santé de l'assurée se serait amélioré et permettrait la reprise d'une activité à plein temps dans une activité adaptée dès le 23 décembre 2011.

A/2167/2012 - 8/13 -

E. 6

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 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). b) 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. 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. 28 al. 2 LAI). 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 (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). 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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

E. 7

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).

A/2167/2012 - 9/13 - 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 (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). b) Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir 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. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

A/2167/2012 - 10/13 - c) 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).

E. 8

a) Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2), respectivement. 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'article 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 343 consid. 3.5 ; ATF 113 V 273 consid. 1a ; ATF non publié 9C_1006/2010 du 22 mars 2011, consid. 2.2). b) Lorsque l'effet suspensif a été retiré à un recours dirigé contre une décision de révision diminuant le droit à la rente, ce retrait dure, en cas de renvoi de la cause à l'administration, également pendant cette procédure d'instruction jusqu'à la notification de la nouvelle décision (ATF 129 V 370; arrêt 8C_451/2010 du 10 novembre 2010; 9C 94/2011 du 12 mai 2011).

E. 9

En l'espèce, il ressort des rapports du Dr P_____, expert mandaté par la SWICA, que ce dernier partage l'avis du Dr M_____, s'agissant des diagnostics, des limitations fonctionnelles et du caractère non exigible de l'opération envisagée en juin 2011. Le Dr P_____ retient une totale incapacité de travail dans toute activité en décembre 2010, le cas n'étant alors pas encore stabilisé. Il ne se prononce ensuite plus sur la capacité de travail exigible, mais souligne le mauvais pronostic en juillet 2012, compte tenu de la limitation de la mobilité et de l'enraidissement de l'épaule depuis près de deux ans. Les limitations fonctionnelles décrites par le Dr M_____, qui sont des constatations objectives, sont en effet très importantes, sans même compter la douleur. Selon ce dernier, l'état de santé n'a pas évolué depuis fin 2011 en tout cas. Les avis des deux médecins ne sont contredits par aucun spécialiste et semblent au demeurant probants. Ainsi, ces deux médecins retiennent, suivis en cela par le SMR, que

A/2167/2012 - 11/13 - l'assurée est totalement et définitivement incapable d'exercer son métier de serveuse. En premier lieu, s'agissant de l'exercice d'une activité adaptée, c'est à tort que le SMR a déduit du courrier du Dr M_____ du 23 décembre 2011 que l'assurée est pleinement capable d'exercer une telle activité, le médecin-traitant se bornant à indiquer qu'il convient d'entreprendre une rééducation professionnelle afin de tenter de trouver une activité adaptée. Cet avis ne permet pas de retenir que l'assurée est, du point de vue médical, en mesure de travailler à plein temps, ni qu'elle peut travailler à plein rendement. Si le SMR croyait que le médecin sous-entendait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, il convenait de lui faire préciser le sens de son courrier. A cet égard, l'avis complémentaire du Dr M_____ à la Cour n'est pas contradictoire, car il confirme que l'assurée est "à l'arrêt indéterminé" en raison de l'importance de l'atteinte du bras droit et des douleurs intervenant lors de mobilisations même brèves. Le médecin a toujours retenu ces limitations, qui persistent sans évolution depuis décembre 2011, mais qui n'excluent peut-être pas la reprise d'une activité adaptée, si elle existe et à un taux à déterminer, en fonction notamment de la composante douloureuse. D'une part, du point de vue médical, sur la base des avis des Drs M_____ et P_____, il semble acquis que l'état de santé est stabilisé depuis juin 2011, voire depuis décembre 2011 et l'OAI devait

donc interroger plus avant le Dr M _____ sur la capacité de travail résiduelle. Si ce dernier estimait ne pas être en mesure de se déterminer sur la capacité de travail résiduelle - médico-théorique - de sa patiente, à défaut d'évaluation concrète lors d'un stage, l'intimé pouvait mandater le Dr P _____ ou un autre expert. Toutefois, en l'état actuel de l'instruction du dossier, le complément d'expertise du 23 juillet 2012 du Dr P _____ permet de confirmer qu'il n'y a pas eu d'amélioration notable de l'état de santé de l'assurée et aucune pièce médicale du dossier ne permet de déterminer la capacité de travail dans une activité adaptée. En second lieu, dans l'hypothèse où une pleine capacité de travail dans une activité strictement adaptée aux limitations avait été établie du point de vue médical, le dossier n'était, quoi qu'il en soit, pas suffisamment instruit pour calculer le taux d'invalidité. En effet, l'OAI n'était pas fondé à décider sans évaluation approfondie, compte tenu de l'importance des limitations du membre dominant (absence de force, limitation à l'horizontale, douleurs à la mobilisation), que l'assurée est apte à exercer la majeure partie de la palette des métiers fondant les salaires du TA1 de l'ESS, la plupart nécessitant l'usage répété des deux bras. Il convenait donc de soumettre le cas au service de la réadaptation, éventuellement mettre sur pied un stage d'observation, ou toute mesure professionnelle utile, pour déterminer les activités effectivement et concrètement adaptées aux limitations retenues, l'éventuelle diminution de rendement constatée objectivement, puis seulement procéder au calcul du taux d'invalidité, en fixant l'abattement sur le salaire d'invalidé.

A/2167/2012 - 12/13 -

E. 10

Il s'avère ainsi que la décision de l'OAI, en tant qu'elle supprime la rente dès le 1er avril 2012 est prématurée, non motivée et, partant, mal fondée. Ainsi, le recours est admis, la décision du 13 juin 2012 est annulée sur ce point et la cause est renvoyée à l'intimé pour qu'il procède à une instruction médicale complémentaire afin de confirmer la stabilisation de l'état de santé et, dans ce cas, qu'il détermine la capacité de travail dans une activité adaptée et l'éventualité d'une baisse de rendement, puis qu'il complète le cas échéant les constatations médicales par une évaluation concrète de la capacité de travail, le cas échéant accorde des mesures professionnelles à l'assurée si les conditions légales sont réunies, avant de déterminer l'invalidité. La recourante conclut à ce que la rente continue à lui être versée au-delà du 31 mars 2012. Or, en l'espèce, aucune décision définitive et exécutoire n'avait alloué de rente illimitée dans le temps à l'assurée, avant que la rente ne soit supprimée. Ainsi, la jurisprudence du Tribunal fédéral qui traite du sort des prestations lors du renvoi de la cause suite au recours contre une décision de suppression d'une rente fondée sur une précédente décision entrée en force, selon que la décision de suppression retire ou pas l'effet suspensif au recours, n'est pas applicable. En effet, la décision litigieuse est annulée en tant qu'elle supprime la rente dès le 1er avril 2012, et confirmée en tant qu'elle alloue une rente jusque-là. La question de savoir si l'assurée a droit à une rente au-delà du 1er avril 2012, entière ou partielle et pour quelle durée n'est en l'état pas tranchée par une décision. Ces questions sont précisément celles auxquelles l'OAI devra répondre dans la décision qui sera rendue à l'issue de l'instruction complémentaire menée. Sur ce seul point, le recours est mal fondé. La recourante obtenant largement gain de cause, une indemnité de 2'500 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 300 fr.

A/2167/2012 - 13/13 - 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.