

GE_GERICHTE ATAS/1490/2008 vom 17. Dezember 2008

GE Cour de justice, 2008-12-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1490_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/1490/2008 du 17 décembre 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/1490/2008 del 17 dicembre 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'article 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.

E. 2

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). 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). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). 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). Les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, sont également applicables dans le présent litige dès le 1er janvier 2008. Jusqu'à cette date, le droit aux prestations doit être déterminé en applications des anciennes dispositions.

E. 3

Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

A/1849/2008 - 7/13 -

E. 4

L'objet du litige est la question de savoir si l'intimé a supprimé à raison la rente d'invalidité du recourant suite à une amélioration de son état de santé.

E. 5

Selon l'art. 17 LPGA, 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. Cette disposition 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). 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 LPG. 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 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). 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). Il n'y a toutefois 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 (ATFA non publié du 12 octobre 2005, I 8/04, consid. 2; ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPG (ou de l'ancien art. 41 LAI) doit clairement ressortir du dossier (p. ex. ATFA du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier : MÜLLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in : SCHAFFHAUSER/SCHLAURI [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall, 1999, p. 15).

E. 6

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 LPG 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 LPG). 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 A/1849/2008 - 8/13 - économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2).

E. 7

Depuis l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, valable jusqu'au 31 décembre 2007, est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.».

E. 8

a) En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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. 5a). 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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3). b) Lorsque, 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

A/1849/2008 - 9/13 - ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

E. 9

En l'occurrence, l'assuré a fait l'objet d'une expertise psychiatrique en février 2008 par le Dr G_____. Celui-ci a constaté qu'il n'est plus atteint dans sa santé psychique et présente dès lors une capacité de travail totale sur le plan psychiatrique. Cette expertise remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Ses conclusions sont également convaincantes, s'agissant d'un assuré qui n'a plus fait de rechute dépressive, et ne fait plus l'objet d'un suivi psychiatrique ni d'un traitement psychotrope. Une amélioration de son état de santé a été également constaté par le Dr E_____ en octobre 2004, même si ce psychiatre a retenu des limitations fonctionnelles en ce qui concerne la capacité de faire face à des situations stressantes. Ce médecin a par ailleurs préconisé une reprise progressive du travail, ce que le recourant a entrepris de sa propre initiative. Il a ainsi de lui-même créé les conditions nécessaires pour une mise en valeur de sa capacité de travail, même si l'activité qu'il exerce au centre de conférence est en-dessous de ses compétences professionnelles. Le recourant ne semble par ailleurs pas contester être de nouveau capable de travailler. Toutefois, il met en avant une limitation sur le plan psychiatrique liée au stress, ce qui l'empêcherait de reprendre son ancienne activité de maître socio- professionnel. L'activité de boulanger pâtissier ne lui serait pas non plus possible, en raison des horaires et du stress. Dans son recours, il explique en outre que son taux de travail bénévole ne dépasse pas 50 %. Il ne ressort cependant pas de l'expertise psychiatrique que le recourant est limité dans sa capacité de travail sur le plan

psychiatrique, même si son état psychique s'est décompensé en 1998, le rendant incapable de travailler pendant des années. Par ailleurs, pour l'appréciation de la capacité de travail, n'est pas déterminant le travail que l'assuré exerce effectivement, mais celui qu'il pourrait effectuer, sur le plan médico-théorique. Il ne peut ainsi être tenu compte de ce que son taux de travail n'est actuellement que de 50 %. Quant aux graves problèmes de sa femme et de son fils, il est certain qu'ils sont susceptibles d'affecter son psychisme. Néanmoins, ils ne semblent pas avoir provoqué une atteinte psychique chez le recourant, avec répercussion sur la capacité de travail. Au vu de ce qui précède, il y a lieu de considérer, sur la base de l'expertise du Dr G _____, que l'état de santé du recourant s'est amélioré et qu'il a recouvré une pleine capacité de travail.

E. 10

Même si le recourant a maintenant une capacité de travail dans ses anciens métiers, il est incontestable qu'il subit une perte de gain en raison de son invalidité pendant plusieurs années et la perte de son emploi y consécutive. Aussi convient-il de

A/1849/2008 - 10/13 - déterminer si une invalidité doit néanmoins être admise du fait de cette perte de gain.

E. 11

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; jusqu'au 31 décembre 2002 : art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa; depuis le 1er janvier 2004: 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 (ESS) 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). 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 était 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, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les

A/1849/2008 - 11/13 - arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

E. 12

a) En l'espèce, la rente a été supprimée en 2008. Par conséquent, l'année de référence pour le calcul de la perte de gain est cette année (ATF 121 V 366 consid. 1b). b) Pour le revenu d'invalidité, le travail actuel exercé par le recourant ne peut pas être pris en considération, dès lors qu'il est en-dessous de ses aptitudes professionnelles du recourant et qu'il s'agit d'un emploi à temps partiel, alors que le recourant dispose d'une capacité de travail totale sur le plan médical. Il convient ainsi de se référer aux salaires statistiques auxquels peuvent prétendre les hommes avec des connaissances professionnelles spécialisées (niveau de qualification 3) dans le secteur privé et public, à savoir 68'136 fr. par année (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA3_SP, p. 28). Au vu de l'activité de maître socio-professionnel exercée par le recourant de 1980 à 1999, il y a en effet lieu de lui reconnaître de telles connaissances. Il a par ailleurs également une formation de boulanger-pâtissier. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2007, étant précisé que les chiffres pour 2008 ne sont pas encore disponibles (41,7 heures; La Vie économique, 11-2008, p. 90, B9.2), ce montant doit être porté à 71'031 fr. 80. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux pour les hommes de l'année 2007 et 2008 (1,6 % pour 2007 et une estimation de 1,4 pour 2008; La Vie économique, 11-2008, p. 91, B10.2), on obtient un revenu annuel de 73'178 fr. 60. Vu l'âge du recourant, le fait qu'il n'a plus travaillé depuis 1999 et une certaine fragilité psychique, il se justifie de procéder à un abattement de ce salaire statistique à hauteur de 15 %. Il en résulte un revenu d'invalidité de 62'201 fr. 80. c) Quant au salaire sans invalidité, le recourant se trouvait en classe de traitement 15, lorsqu'il travaillait au CIP. Dès 2002, il aurait eu l'annuité maximum. Par ailleurs, il aurait eu une prime de fidélité correspondant à 100 % d'un traitement mensuel. En octobre 2008, le traitement en classe 15 avec une annuité 15 aurait été de 105'974 fr. par an. A ce montant s'ajoute une prime de fidélité de 8'831 fr. 20. Ainsi, son salaire annuel total se serait élevé à 114'805 fr. 20. d) En comparant ce dernier salaire à celui que le recourant aurait pu obtenir sans invalidité, il appert que sa perte de gain est de 45,8 %. Un tel degré d'invalidité ouvre le droit à un quart de rente.

E. 13

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis.

A/1849/2008 - 12/13 -

E. 14

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, l'émolument de justice de 200 fr. est mis à la charge de l'intimé.

A/1849/2008 - 13/13 -

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