

GE_GERICHTE ATAS/1628/2009 vom 10. Dezember 2009

GE Cour de justice, 2009-12-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1628_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/1628/2009 du 10 décembre 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/1628/2009 del 10 dicembre 2009

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 sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après : LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable en l'espèce.

E. 3

Adressé au Tribunal cantonal des assurances sociales le 5 février 2009, le recours contre la décision de l'OCAI du 12 janvier 2009 intervient en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Les autres conditions prévues par les art. 56 et ss LPGA étant réalisées, le recours est recevable.

E. 4

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, et plus spécifiquement sur la détermination de l'étendue de son invalidité.

E. 5

Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine

A/359/2009 - 10/15 - d'activité (art. 6 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 sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 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, 105 V 207 consid. 2). 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, 105 V 158 consid. 1; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01). 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'invalide 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

A/359/2009 - 11/15 - compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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

E. 6

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un 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). 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 20 consid. 2b; SVR 2006 IV no 10 p. 39 [arrêt Z. du 26 octobre 2004, I 457/04] consid. 4.1, 2001 IV no 10 p. 27 [arrêt S. du 8 février 2000, I 362/99]; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, p. 228). Il sera toutefois précisé que les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié du 6 mai 2003, I 762/02).

E. 7

En vertu, principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en

A/359/2009 - 12/15 - procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Les médecins du SMR sont liés par un rapport de travail avec l'Office. Si ce fait n'enlève a priori aucunement la valeur probante de leur examen, il faut relever cependant qu'il ne s'agit pas de médecins indépendants, spécialistes reconnus, au sens de la jurisprudence susmentionnée, et donc que leur analyse ne vaut pas expertise (ATAS/132/2007 du 16 janvier 2007). Quant au médecin traitant, 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 353, consid. 3b/cc et les références).

E. 8

En l'espèce, d'un point de vue médical, il y a lieu de tenir compte de l'avis du SMR. En effet, d'une part, cet avis est rédigé par un spécialiste du domaine utile à la résolution de l'état de fait médical, comprend une anamnèse, et prend en compte les plaintes du recourant. Il est détaillé et convainquant, notamment lorsqu'il explique pour quels motifs il

s'écarter d'autres avis médicaux. D'autre part, la Dresse N _____, médecin traitant, reconnaît que les limitations fonctionnelles énumérées sont exactes. Les avis divergent s'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée. A ce sujet, il faut constater que le Dr O _____ ne se prononce pas de manière détaillée sur cette question. Quant au Dr M _____, il a suggéré un traitement antalgique et de physiothérapie active et indiqué qu'à l'issue de ces mesures le recourant devrait être en mesure de reprendre son activité professionnelle, à défaut de quoi une nouvelle expertise devait être mise en place. Ainsi, dès lors que le SMR a retenu une nette amélioration de la mobilité mesurée par rapport aux examens des Dr M _____ et L _____, l'on ne voit pas que l'avis du SMR soit contradictoire avec celui de ces médecins, qui avaient

A/359/2009 - 13/15 - d'ailleurs tous les deux suggéré une nouvelle expertise en l'absence d'amélioration de la capacité de travail. S'agissant enfin de l'opinion de la Dresse N _____, il faut relever que ses avis sont fort brefs et non expliqués. Ils ne permettent pas de comprendre en quoi l'avis du SMR ne serait pas adéquat. De surcroît, comme déjà rappelé, la Dresse N _____ a confirmé les limitations fonctionnelles retenues par le SMR. Enfin, la Dresse N _____, lors de son audition par le Tribunal a déterminé le taux d'incapacité de travail selon une mauvaise lecture des limitations fonctionnelles retenues. Le SMR ne limite en effet pas l'activité à deux heures par jour, mais limite la position debout à 30 minutes d'affilée et la position assise à une heure et demi d'affilée. Il n'en découle pas une capacité de travail maximale de deux heures par jour, dès lors que ces positions peuvent être adoptées plusieurs fois par jour. Ainsi, convient-il de suivre les conclusions du SMR quant à une capacité de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Reste à déterminer s'il est possible de déterminer dans quel domaine une activité adaptée pourrait être exercée, une éventuelle diminution de rendement et les éléments permettant, cas échéant, d'appliquer une réduction du salaire statistique. A cet égard, il convient de compléter les données médicales par des renseignements d'ordre professionnels. C'est ainsi à juste titre que l'OAI a mis sur pied un stage au sein des EPI. Ce stage a toutefois été interrompu avant que des conclusions suffisamment probantes aient pu être tirées. Le Tribunal exprime en effet des réserves importantes quant au taux de rendement mesuré par les EPI, car il est apparu que ce taux de rendement était fondé principalement, voire exclusivement, sur des éléments subjectifs. Ceci étant, il apparaît qu'il a été mis fin à la mesure en raison du comportement du recourant. En effet, bien que le stage ait été interrompu suite à un certificat médical de la Dresse N _____, la mesure aurait pu être reprise après une amélioration de l'état médical. Or, selon la décision de l'OAI, il a été renoncé à la mesure d'observation professionnelle en raison de l'attitude du recourant. La décision entreprise est dès lors contraire au droit, et spécifiquement à l'art. 21 al. 4 LPGA qui prévoit que les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Selon cette disposition, une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et impartissant à l'assuré un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Cette procédure est un préalable impératif avant tout refus de prestations en application de l'art. 21 al. 4 LPGA (SVR 2005 IV

A/359/2009 - 14/15 - n° 30 p. 113). Il doit, d'autre part, exister un lien de causalité entre le comportement reproché et le dommage susceptible d'être causé à l'assurance (ATFA non publié du

E. 13

octobre 2005, I 457/05 consid. 2). En effet, il a été renoncé à la mesure d'observation professionnelle sans qu'une mise en demeure écrite n'ait été adressée au recourant, alors que si la mesure avait été menée à son terme elle aurait permis de récolter des éléments essentiels en vue du calcul du degré d'invalidité. Il convient ainsi d'annuler la décision entreprise, et de renvoyer le dossier à l'OAI afin qu'il complète l'instruction par une observation professionnelle, après avoir procédé conformément à l'art. 21 al. 4 LPGA en adressant une mise en demeure écrite au recourant. A cet égard, et conformément à la jurisprudence rappelée ci-dessus (consid. 6), le Tribunal estime qu'il est, en l'espèce, indispensable que l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle exercent leurs tâches en étroite collaboration 9. Le recours sera ainsi partiellement admis. 10. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'500 fr. lui est octroyée, à titre de dépens. 11. Un émolument de 500 fr. est mis à charge de l'intimé, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI)

A/359/2009 - 15/15 -

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