

GE_GERICHTE ATAS/170/2014 vom 10. Februar 2014

GE Cour de justice, 2014-02-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_170_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/170/2014 du 10 février 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/170/2014 del 10 febbraio 2014

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 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). 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).

E. 3

En l'espèce, la décision litigieuse du 23 mai 2013 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard

A/1951/2013 - 11/19 - des modifications de la LAI consécutives aux 4ème, 5ème et 6ème révisions de cette loi, 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. 3.3

et B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2). Pour savoir s'il y a lieu de prendre en considération un changement hypothétique d'activité, les possibilités théoriques de développement professionnel ou d'avancement ne doivent être prises en considération que lorsqu'il est très vraisemblable qu'elles seraient advenues. Il convient, à cet égard, d'exiger la preuve d'indices concrets que l'assuré aurait obtenu dans les faits un avancement ou une augmentation corrélative de ses revenus, s'il n'était pas devenu invalide. Des indices concrets en faveur de l'évolution de la carrière professionnelle doivent exister, par exemple, lorsque l'employeur a laissé entrevoir une telle perspective d'avancement ou a donné des assurances en ce sens. De simples déclarations d'intention de l'assuré ne suffisent pas. Lorsque l'invalidité est la conséquence d'un accident, ces indices doivent déjà avoir existé au moment où celui-ci s'est produit (ATF non publié 9C_486/2011 du 12 octobre 2011, consid. 4.1 et les références citées). c) Quant au revenu d'invalide, on évaluera le revenu que l'assuré pourrait encore réaliser dans une activité adaptée avant tout en fonction de la situation concrète dans laquelle il se trouve. Lorsque l'assuré a repris l'exercice d'une activité lucrative après la survenance de l'atteinte à la santé, il faut d'abord examiner si cette activité est stable, si elle met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'élément de salaire social. Si ces conditions sont réunies, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé pour fixer le revenu d'invalide (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; 126 V 75 consid. 3b/aa). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible -, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base des statistiques sur les salaires moyens, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 76 consid. 3b/bb). Le salaire effectivement réalisé n'est pas déterminant lorsque les capacités de l'invalide dépassent les exigences du poste qu'il occupe ou encore lorsqu'il est mal réadapté. Et, au contraire, une activité qui dépasse manifestement les forces de la personne assurée ne saurait servir à déterminer le revenu d'invalide (Peter OMLIN, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, 1995, pp. 211 et 212).

A/1951/2013 - 15/19 - 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). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6, ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; ATF non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5).

E. 4

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

E. 5

Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a refusé au recourant l'octroi d'une rente d'invalidité; singulièrement, la détermination du revenu sans invalidité à prendre en compte dans le calcul du degré d'invalidité.

E. 6

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.

E. 7

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). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1). 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).

A/1951/2013 - 12/19 - 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). 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 (ATF 125 V 351 consid. 3).

E. 8

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. 9

En l'occurrence, il est établi et non contesté par les parties que le recourant souffre en particulier d'un état de stress post-traumatique, d'un épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique, de troubles neurologiques et de syncinésies de réinnervation entraînant notamment un ralentissement psychomoteur, des troubles de la mémoire, une diminution de la tolérance au stress et de la fatigabilité. Il est également établi et non contesté par les parties que ces troubles entraînent une incapacité de travail totale dans l'activité de programmeur-régleur sur machines CNC ainsi qu'une capacité de travail entière avec une baisse de rendement de 30% dans l'activité de régleur (décision de l'intimé du 23 mai 2013, avis du SMR du

E. 11

a) 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. 28a al. 1 LAI). 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 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). 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 222 et ATF 128 V 174). b) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu 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 sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par

A/1951/2013 - 14/19 - l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en

mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATFA non publiés I 168/05 du 24 avril 2006, consid.

E. 12

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). S'agissant du droit à une rente, le cas d'assurance se pose au moment où l'assuré présente une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne depuis une année sans interruption notable et qu'une fois le délai d'attente écoulé, l'incapacité de gain perdure à 40% au moins. La survenance du cas d'assurance correspond, en règle générale, à l'ouverture du droit à la rente. L'ouverture du droit à une rente peut cependant déroger à cette règle, par exemple, lors d'une demande tardive (OFAS, Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité - CIIAI, ch. 1028, 1030 et 1034).

E. 13

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

A/1951/2013 - 16/19 - 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. 14

En l'occurrence, le droit éventuel à la rente est né au plus tôt en mai 2012, dès lors que la demande de prestations a été déposée en novembre 2011 et que le début de l'incapacité de travail durable déterminante, soit une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne depuis une année sans interruption notable, est présente depuis 2007. Il convient donc de se placer en 2012 pour procéder à la comparaison des revenus. S'agissant du revenu sans invalidité, il convient de déterminer ce que le recourant aurait effectivement pu réaliser en 2012, s'il était resté en bonne santé. A la lecture des pièces versées au dossier, il apparaît, au degré de la vraisemblance prépondérante, que sans atteinte à la santé, le recourant aurait

exercé en 2012 l'activité de programmeur-régleur sur machines CNC, qui est une activité impliquant plus de responsabilités et un salaire plus élevé que celle qu'il exerce actuellement. En effet, on relèvera que le recourant s'est lancé dans cette spécialisation en 2006 et qu'il a obtenu son diplôme de programmeur-régleur en janvier 2007. Par ailleurs, son employeur a attesté l'avoir engagé en novembre 2006 dans l'optique de lui confier un poste de programmeur-régleur sur machines CNC, une fois son diplôme obtenu. Il a également attesté qu'en raison des atteintes dont souffre le recourant, celui-ci n'avait pas pu obtenir le poste prévu (attestation du 1er octobre 2009). Le Dr L_____ a également relevé la formation suivie par le recourant en 2006, sa volonté de travailler en tant que programmeur-régleur auprès de son employeur et son impossibilité d'exercer une telle activité en raison des troubles qu'il présente (rapport du 25 février 2012). Force est dès lors de constater que les explications fournies par le recourant sont corroborées, de manière convaincante, tant par son employeur, que par le Dr L_____ (rapport du 25 février 2012). Aucune pièce versée au dossier ne permet de les écarter et l'intimé ne les conteste au demeurant pas. L'intimé est toutefois d'avis que l'activité d'opérateur sur machines est l'activité que le recourant aurait exercée en 2012 sans atteinte à la santé. Or, ce raisonnement ne peut être suivi par la Cour de céans puisqu'il est établi que les atteintes à la santé dont souffre le recourant n'ont pas eu de répercussion sur l'exercice de cette activité, hormis entre le 21 mai et le 31 août 2004. Le recourant n'est ainsi aucunement empêché d'exercer cette activité. L'intimé fait valoir également que l'avancement professionnel effectué en 2006- 2007 ne peut être pris en compte au motif qu'il serait survenu postérieurement à l'invalidité, laquelle remonterait à mai 2004, soit au moment de l'accident.

A/1951/2013 - 17/19 - Ce raisonnement ne peut pas non plus être suivi. Il convient de rappeler que la survenance de l'invalidité, ou du cas d'assurance, se pose au moment où l'assuré présente notamment une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne depuis une année sans interruption notable. Or, il est établi que suite à l'accident, le recourant n'a subi qu'une incapacité de travail limitée du 21 mai au 31 août 2004. En l'absence d'une incapacité de travail attestée d'au moins 40% pendant une année dès le 21 mai 2004, on ne peut dès lors retenir, comme le fait valoir l'intimé, que l'invalidité serait survenue en mai 2004. Enfin, étant donné que l'invalidité du recourant ne remonte pas à 2004, on ne saurait non plus exiger de lui la preuve d'indices concrets de perspectives d'avancement existant avant l'accident du 21 mai 2004. Compte tenu de ce qui précède, il convient de retenir que le salaire sans invalidité correspond à celui que le recourant aurait effectivement pu réaliser en 2012 en tant que programmeur-régleur. Selon les informations fournies par son employeur, le salaire brut annuel qu'aurait pu obtenir le recourant en tant que programmeur-régleur en 2012, s'élèverait à 95'306 fr. 25 (courrier de l'employeur à la Cour de céans du 16 décembre 2013). S'agissant du salaire avec invalidité, on relèvera que le recourant exerce une activité à plein temps en tant que régleur depuis le 1er novembre 2006. Le salaire effectivement réalisé devrait donc être, en principe, considéré comme le revenu déterminant avec invalidité. Cela étant, dans la mesure où il apparaît que l'exercice de cette activité dépasse manifestement le rendement tel que défini par les médecins traitants et le SMR - soit un plein temps avec une baisse de rendement de 30% - et qu'il ne peut être exclu que le recourant vienne à perdre son emploi en raison de la baisse de rendement effective engendrée par ses atteintes à la santé, c'est à juste titre que l'intimé ne s'est pas fondé sur le salaire effectivement réalisé, mais sur les salaires résultant de l'ESS, soit 43'213 fr. en 2011, ce que le recourant ne conteste pas. Cela étant, il convient toutefois de déterminer le salaire

avec invalidité en 2012, soit l'année de comparaison déterminante. En l'espèce, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, à savoir 58'812 fr. par année (4'901 x 12; ESS 2010, TA1). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux handicaps du recourant. 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 2012 (41,7 heures ; La Vie économique, 12-2013, B9.2), ce montant doit être porté à 61'311 fr. 50 (58'812 x 41.7 : 40) et à 62'395 fr.

E. 15

Le recourant, représenté par un conseil et obtenant gain de cause, une indemnité de 2'000 fr. lui est accordée à titre de dépens [art. 61 let. g LPGA et 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA-GE - E 5 10)]. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de l'intimé.

A/1951/2013 - 19/19 - 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.