

GE_GERICHTE ATAS/184/2017 vom 8. März 2017

GE Cour de justice, 2017-03-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_184_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/184/2017 du 8 mars 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/184/2017 del 8 marzo 2017

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 - 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

À 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, du point de vue matériel, au vu des faits pertinents jusqu'à la décision du 10 décembre 2015, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des modifications de la LAI des 4ème, 5ème et 6ème révisions, 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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 trente jours (art. 60 al. 1 LPGA et 62 al.1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985, LPA - E 5 10). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et 89C let. c LPA). Compte tenu de cette suspension du délai, le recours interjeté le 25 janvier 2016, dans la forme prescrite par la loi, contre la décision du 10 décembre 2015 est recevable (art. 56ss LPGA ; art. 89B LPA).

A/252/2016 - 14/22 -

E. 5

Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant et, partant, sur son droit éventuel à une rente d'invalidité à compter du 1er janvier 2007. Il est en effet rappelé que par arrêt entré en force, la chambre de céans a annulé la décision de l'intimé du 3 décembre 2008 en tant qu'elle limitait le droit à la rente au 31 décembre 2006, de sorte que l'octroi d'un quart de rente pour la période du 1er juin au 30 septembre 2006 et d'une demi-rente d'invalidité du 1er octobre au 31 décembre 2006 ne peut plus être remis en cause, sous réserve d'une révision procédurale ou d'une reconsidération.

E. 6

À titre liminaire, la chambre de céans relève que l'argumentation du recourant, lequel soutient qu'aucune décision statuant sur son degré d'invalidité ne lui a été notifiée, est difficilement compréhensible dès lors que la décision dont est recours porte précisément sur l'évaluation du taux d'invalidité. En outre, force est de constater que l'intimé a respecté la procédure de préavis et le droit d'être entendu du recourant puisqu'il a adressé au conseil de ce dernier, en date du 16 avril 2015, un projet tendant à l'octroi d'un quart de rente à compter du 1er janvier 2013. Cette missive se référait notamment aux conclusions du SMR et du rapport d'enquête pour activité professionnelle indépendante, et était dûment motivée. Dans le délai accordé à cet effet, le recourant s'est opposé au préavis de l'intimé, se limitant à contester la méthode d'évaluation appliquée et à soutenir que son état de santé et son incapacité de travail justifiaient l'octroi d'une rente entière depuis 2007. Le 26 mai 2015, l'intimé lui a répondu qu'en l'absence de faits nouveaux importants ou de nouvelles pièces médicales probantes, le projet de décision était maintenu. Il lui a en outre précisé qu'une décision sujette à recours lui serait notifiée une fois que le calcul de rente aurait été établi, ce qui a été fait le

E. 10

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. 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 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 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.

A/252/2016 - 16/22 - 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).

E. 11

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. 12

En l'espèce, le recourant ne fait valoir aucun grief à l'encontre du rapport d'expertise et ne conteste ni les diagnostics posés ni les limitations fonctionnelles retenues. Il se contente d'alléguer une incapacité de travail « lui ouvrant le droit à une rente entière » et de produire différents documents, sans exposer en quoi ces derniers seraient susceptibles de remettre en cause les conclusions des spécialistes indépendants mandatés par l'intimé. La chambre de céans constate que le rapport d'expertise du 19 mai 2014 est fondé sur le dossier complet de l'intimé, ainsi que sur plusieurs examens complémentaires. Il comporte une analyse fouillée et détaillée, les plaintes du recourant ont été prises en compte, et l'appréciation du cas est longuement discutée. La chambre de céans observe cependant, s'agissant de l'épaule droite, que les experts n'étaient pas en possession des résultats de l'examen d'IRM du 9 décembre 2013, dont le rapport n'a été reçu par l'intimé qu'en janvier 2015. En outre, ils ont diagnostiqué une tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs, alors que le Dr C_____ avait fait état d'une rupture de la coiffe (rapports des 10 septembre 2007 et 21 septembre 2009). Ceci est toutefois insuffisant pour invalider les conclusions, claires et motivées, des Drs J_____ et K_____, étant rappelé que les restrictions en lien avec le membre supérieur droit tiennent compte des douleurs alléguées par le recourant et font suite à un examen clinique et à des évaluations en physiothérapie et en ergothérapie. Concernant les pièces produites à l'appui du recours, les simples attestations d'arrêt de travail signées

par les médecins-traitants sont impropres à remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise, faute de toute motivation. De surcroît, les certificats produits ne précisent pas si l'incapacité de travail concerne l'activité habituelle ou une activité adaptée et les fluctuations du taux de l'incapacité de travail (100%, 50% ou 0% selon les périodes) parlent en défaveur d'une

A/252/2016 - 17/22 - aggravation postérieure au rapport d'expertise. S'agissant des certificats d'arrêt total de travail du Dr B_____ à compter du 12 janvier 2016 et du rapport d'IRM du genou droit du 23 février 2016, il sera rappelé que selon une jurisprudence constante, le juge apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral 8C_715/2008 du 16 mars 2009 consid. 3.4). Dans ces conditions, rien ne justifie de s'écarter des conclusions des experts, dont le rapport revêt pleine valeur probante. Par conséquent, la capacité de travail du recourant est nulle dans le métier habituel, mais exigible dans une mesure de 50% à 100% en fonction de la tolérance aux postures statiques, dans une activité sédentaire, d'administration.

E. 13

a. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé 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 (art. 28a al. 1 LAI [art. 28 al. 2 aLAI en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007] en corrélation avec l'art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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. Chez une personne de condition indépendante, la comparaison des résultats d'exploitation réalisés dans son entreprise avant et après la survenance de l'invalidité ne permet de tirer des conclusions valables sur la diminution de la capacité de gain due à l'invalidité que dans le cas où l'on peut exclure, au degré de vraisemblance prépondérante, que les résultats de l'exploitation aient été influencés par des facteurs étrangers à l'invalidité. En effet, les résultats d'exploitation d'une entreprise dépendent souvent de nombreux paramètres difficiles à apprécier, tels que la situation conjoncturelle, la concurrence, l'aide ponctuelle des membres de la famille, des personnes intéressées dans l'entreprise ou des collaborateurs. Généralement, les documents comptables ne permettent pas, en pareils cas, de distinguer la part du revenu qu'il faut attribuer à ces facteurs - étrangers à l'invalidité - et celle qui revient à la propre prestation de travail de l'assuré (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 83/97 du 16 octobre 1997 consid. 2c, in VSI 1998 p. 121, et I 432/97 du 30 mars 1998 consid. 4a, in VSI 1998 p. 255; arrêt du Tribunal fédéral 9C_572/2010 du 25 mars 2011 consid. 3.4). Il convient de

A/252/2016 - 18/22 - distinguer clairement la situation personnelle de la personne assurée, seule déterminante au regard de l'assurance-invalidité, de celle de l'entreprise dont elle est

la propriétaire économique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_572/2010, op. cit., consid. 3.5 in fine). c. Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (ATF 113 V 22 consid. 4a et les références). Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être prises en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 750/04 du 5 avril 2006 consid. 5.3, in SVR 2007 IV n° 1 p. 1; I 11/00 du 22 août 2001 consid. 5a/bb, in VSI 2001 p. 274). Dans le cas d'un assuré de condition indépendante, on peut exiger, pour autant que la taille et l'organisation de son entreprise le permettent, qu'il réorganise son emploi du temps au sein de celle-ci en fonction de ses aptitudes résiduelles. Il ne faut toutefois pas perdre de vue que plus la taille de l'entreprise est petite, plus il sera difficile de parvenir à un résultat significatif sur le plan de la capacité de gain. Au regard du rôle secondaire des activités administratives et de direction au sein d'une entreprise artisanale, un transfert de tâches d'exploitation proprement dites vers des tâches de gestion ne permet en principe de compenser que de manière très limitée les répercussions économiques résultant de l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_580/2007 du 17 juin 2008 consid. 5.4). Aussi, lorsque l'activité exercée au sein de l'entreprise après la survenance de l'atteinte à la santé ne met pas pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, celui-ci peut être tenu, en fonction des circonstances, de mettre fin à son activité indépendante au profit d'une activité salariée plus lucrative (arrêt du Tribunal fédéral 9C_147/2014 du 9 mai 2014 consid. 7.2.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_236/2009 du 7 octobre 2009). d. Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement les deux revenus en cause, il faut, en s'inspirant de la méthode spécifique pour personnes sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI [art. 28 al. 2bis aLAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007] en

A/252/2016 - 19/22 - corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGa), procéder à une comparaison des activités et évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète (procédure extraordinaire d'évaluation de l'invalidité). La différence fondamentale entre la procédure extraordinaire d'évaluation et la méthode spécifique réside dans le fait que l'invalidité n'est pas évaluée directement sur la base d'une comparaison des activités ; on commence par déterminer, au moyen de cette comparaison, quel est l'empêchement provoqué par la maladie ou l'infirmité, après quoi l'on apprécie séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain. Une certaine diminution de la capacité de rendement fonctionnelle peut certes, dans le cas d'une personne active, entraîner une perte de gain de la même importance, mais n'a pas nécessairement cette conséquence. Si l'on voulait, dans le cas des personnes actives, se

fonder exclusivement sur le résultat de la comparaison des activités, on violerait le principe légal selon lequel l'invalidité, pour cette catégorie d'assurés, doit être déterminée d'après l'incapacité de gain (ATF 128 V 29 consid. 1 et les références).

E. 14

Selon la circulaire sur l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité (ci- après : CIIAI), pour évaluer le revenu sans invalidité d'un indépendant, on examine le développement probable qu'aurait suivi l'entreprise de l'assuré si celui-ci n'était pas devenue invalide (RCC 1963 p. 427 ; ch. 3029) On prend notamment en considération les aptitudes professionnelles et personnelles de l'assuré, la nature de son activité, de même que la situation économique et le développement de l'entreprise (RCC 1961 p. 338) avant la survenance de l'invalidité. Le revenu moyen ou les résultats d'entreprises similaires peuvent servir de base d'appréciation du revenu hypothétique (RCC 1962 p. 125). Toutefois, un tel revenu ne doit pas être directement comparé au revenu hypothétique sans invalidité (RCC 1981 p. 40 ; ch. 3030). On fait abstraction du revenu qui ne proviendrait pas de l'activité propre de la personne handicapée (intérêt du capital engagé dans l'entreprise, part du revenu attribuable à la collaboration des proches [ch. 3033], etc. ; RCC 1962 p. 481 ; ch. 3031). L'office AI se fait remettre la comptabilité de plusieurs exercices. Il examine en particulier les postes qui accusent des écarts depuis la survenance de l'atteinte à la santé (les frais du personnel, les amortissements, le revenu brut et net ainsi que le rapport de celui-ci au chiffre d'affaires). Par ailleurs, les revenus sont relevés d'après différents documents (déclaration de revenus à la caisse de compensation) et, si nécessaire, par une enquête sur place (cf. ch. 2114 ss CPAI). Un rapport d'enquête devra, le cas échéant, donner des renseignements suffisamment précis sur la situation de l'entreprise. Les données des déclarations fiscales ne permettent pas de se prononcer sur le revenu réel (arrêt du Tribunal fédéral 8C_9/2009 du 10 novembre 2009 consid. 3.4 ; ch. 3032).

A/252/2016 - 20/22 -

E. 15

En l'espèce, si le recourant a contesté la méthode d'évaluation de l'invalidité dans son courrier du 20 mai 2015, il ne fait plus valoir un tel grief à l'appui de son recours. La chambre de céans relèvera à toutes fins utiles que c'est à bon droit que l'intimé a appliqué la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité, la simple comparaison des résultats d'exploitation du commerce du recourant avant et après son incapacité de travail ne permettant manifestement pas de tirer des conclusions valables sur la diminution de sa capacité de gain due à l'invalidité. Il est en effet rappelé que le rapport d'enquête fait état de nombreux facteurs étrangers à l'invalidité ayant eu des répercussions sur le chiffre d'affaires du recourant, notamment le marché très concurrentiel, l'aide bénévole de ses filles ou encore le travail d'employés non déclarés.

E. 16

Dès lors qu'il n'est pas possible de chiffrer la perte gain liée à l'invalidité, il faut comparer les tâches que le recourant exerçait dans son activité professionnelle aux dates déterminantes, en faisant abstraction de tout revenu.

E. 17

Dans ce contexte, l'intimée a procédé à une enquête économique. C'est le lieu de souligner que le rapport d'enquête pour activité professionnelle indépendante constitue en principe un

moyen de preuve approprié pour évaluer le degré d'invalidité des personnes dont on ne peut déterminer sûrement les revenus. Un tel document ne peut donc être contesté sur la base de simples allégations puisqu'il est lui-même le résultat de l'appréciation de plusieurs éléments qui ne peuvent être infirmés que par des éléments objectifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/201 du 9 mars 2016 consid. 6). Le recourant ne conteste pas la répartition des champs d'activités fixée par le rapport d'enquête du 12 janvier 2015, avec et sans atteintes à la santé, les pondérations avec et sans handicap ni les taux d'incapacité de travail relatifs à ces champs d'activités. Il ne fait valoir aucun argument qui permettrait de remettre en cause l'évaluation de son degré d'invalidité. Dans ces conditions, rien ne justifie de s'écarter du rapport complet et détaillé des enquêtrices, lesquelles ont tenu compte des conclusions des médecins ayant examiné le recourant, ainsi que des déclarations de ce dernier, sur son lieu de travail et en présence de son conseil, concernant les tâches qu'il était en mesure de réaliser et la diminution de son rendement. Elles ont procédé à une évaluation précise, en détaillant l'organisation du travail au sein de l'entreprise, les horaires de travail du recourant, les tâches accomplies par ce dernier et de celles qu'il avait confiées à du personnel. Elles ont notamment examiné la situation du personnel et analysé les comptes d'exploitations de l'entreprise. Enfin, la référence au TA7 ne prête pas le flanc à la critique, tout comme la prise en compte des niveaux de compétence 3 pour les activités de gérant et de vendeur, et 4 pour les tâches de magasinier). Enfin, il sera rappelé à l'attention du recourant que le total des incapacités de travail de

A/252/2016 - 21/22 - tous les champs d'activité correspond approximativement à la baisse de rendement qu'il a alléguée.

E. 18

Eu égard à ce qui précède, le recours doit être rejeté. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), le recourant sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/252/2016 - 22/22 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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