

GE_GERICHTE ATAS/204/2012 vom 28. Februar 2012

GE Cour de justice, 2012-02-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_204_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/204/2012 du 28 février 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/204/2012 del 28 febbraio 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 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

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, et les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 6 octobre 2006 (5ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, sont applicables au cas d'espèce.

E. 3

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.

A/2666/2011 - 6/12 -

E. 4

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité.

E. 5

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). 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 LPGA). 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. 6

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 125 V 351 consid. 3). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V160 consid. 1c). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des

A/2666/2011 - 7/12 - résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, 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 351 consid. cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

E. 7

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).

A/2666/2011 - 8/12 -

E. 8

En l'espèce, sous la plume de son conseil, le recourant allègue, en se basant notamment sur le rapport de la Dresse A_____, que sa capacité de travail est nulle tant dans son activité antérieure que dans toute activité. Dans un premier grief, il conteste la valeur probante de l'expertise du 16 février 2011, motif pris que le Dr B_____ aurait négligé de l'ausculter, pour prendre ses conclusions. Dans un second grief, il se plaint que les observations et conclusions du stage professionnel aient été retenues telles quelles par l'expert et par l'intimé, alors même que les responsables dudit stage avaient des a priori sur les ressortissants d'Afrique du Nord et sur les personnes d'un certain âge. Le fait qu'il ait dû, à chaque fois, interrompre les stages professionnels en raison de vives douleurs démontre d'ailleurs qu'il était dans l'incapacité totale de reprendre une quelconque activité. De son côté, l'intimé estime que l'expertise du 16 février 2011 est claire, complète et convaincante et que le recourant n'a pas apporté d'élément objectif permettant de la remettre en cause. S'agissant de l'allégation selon laquelle les responsables du stage professionnel l'auraient traité de manière inégale en raison de son âge et de ses origines, l'OAI considère que le recourant n'en a pas apporté la preuve. Il apparaît en l'occurrence que la décision litigieuse se fonde sur une expertise rhumatologique rendue le 16 février 2011 par le Dr B_____. Il s'agit donc en premier lieu d'examiner la valeur probante de cette expertise. Sur le plan formel, l'expertise comprend une analyse des pièces du dossier et une anamnèse professionnelle et personnelle détaillée. L'expert a recueilli les plaintes du recourant et procédé à un examen clinique qu'il a détaillé sous le troisième chapitre de son rapport, sous "constatations objectives" (status général, tête et cou, cardio-vasculaire, respiratoire, digestif, neurologique, psychiatrique, ostéo-articulaire, rachis cervical, rachis dorsolombaire, épaules, coudes, poignets et mains, hanches et genoux, chevilles et pieds). Contrairement à ce qu'il affirme, le recourant a été ausculté. Il ne conteste du reste pas s'être présenté le 15 février 2011, pour consultation. Sur le fond, l'expert a diagnostiqué des lombalgies, gonalgies droites, gonarthrose droite et troubles discodégénératifs importants du rachis lombaire. Il a également relevé un status après fracture du coude gauche et une neuropathie cubitale gauche chronique, sans répercussion sur la capacité de travail. Il a conclu à une incapacité de travail totale dans la profession antérieure mais à une capacité de 80% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Force est dès lors de reconnaître pleine valeur probante au rapport d'expertise qui a fait l'objet d'une étude fouillée, se fonde sur des examens complets, pose des diagnostics clairs et décrit de manière précise aussi bien les limitations fonctionnelles que l'influence de celles-ci sur la capacité de travail de l'intéressé. Les diagnostics posés par les médecins traitants rejoignent d'ailleurs ceux de l'expert. En effet, la Dresse A_____ a diagnostiqué une gonarthrose

invalidante sévère droite évoluant depuis 2006 et la Dresse C _____ a certifié

A/2666/2011 - 9/12 - que son patient présentait, des lombalgies et gonalgies et une neuropathie cubitale gauche. S'agissant plus particulièrement du rapport de la Dresse A _____ sur lequel le recourant se fonde pour conclure qu'il est totalement inapte à reprendre une activité, la Cour de céans relève que si la praticienne a en effet conclu à une incapacité totale de travailler depuis avril 2007, ladite incapacité ne concernait que la profession antérieure de monteur en chauffage. Pour le surplus, elle ne s'est pas prononcée sur la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Il s'ensuit que les rapports des médecins traitants ne permettent pas de remettre objectivement en question l'analyse de l'expert.

E. 9

En ce qui concerne l'allégation selon laquelle les conclusions du stage d'orientation professionnelle auraient été rendues en l'absence d'impartialité, la Cour de céans ne dispose pas d'éléments de preuve suffisants pour aller dans le sens du recourant. À la lecture des rapports des EPI, il apparaît que les responsables du stage ont distingué les points forts et les points faibles du recourant sous l'angle de ses capacités physiques, d'adaptation et d'acquisition des connaissances théoriques et d'intégration sociale. Leurs conclusions se basent sur des constatations objectives en milieu professionnel et il n'apparaît nullement qu'ils aient traité le recourant différemment, en raison de ses origines et de son âge. L'intéressé se contente d'ailleurs d'avancer qu'il a été accueilli de manière différente par rapport à d'autres assurés, sans démontrer concrètement qu'il aurait effectivement été la cible de propos raciaux ou de remarques désobligeantes liées à son âge.

E. 10

Au vu de ce qui précède et des conclusions concordantes quant aux diagnostics, une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée doit être reconnue au recourant.

E. 11

Reste à déterminer si c'est à juste titre que l'intimé a retenu un degré d'invalidité de 49% ouvrant droit à un quart de rente. 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. L'art. 16 LPGa s'applique par ailleurs à l'évaluation de l'invalidité des assurés. Cette dernière disposition prévoit que, 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. Il convient ainsi en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux

A/2666/2011 - 10/12 - revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 30 consid. 1; ATF 104 V 136 consid. 2a et 2b). En ce qui concerne la comparaison des revenus, sont déterminants les

rapports existant au moment de l'ouverture du droit à une éventuelle rente, ainsi que les modifications éventuelles survenues jusqu'au moment de la décision qui ont des conséquences sur le droit à la rente (ATF 129 V 222; 128 V 174). Le revenu d'invalidé 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 75 consid. 3b). Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). 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 non publié du 25 mai 2007, I 428/06 et I 429/06). Enfin, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser, dans un arrêt du 19 décembre 2003 (ATF 130 V 121), que le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques.

E. 12

Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (ATF non publié 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009, consid. 3.2).

A/2666/2011 - 11/12 - A titre d'exemples, le Tribunal fédéral a considéré qu'il était exigible d'un assuré de 60 ans ayant travaillé pour l'essentiel en tant qu'ouvrier dans l'industrie textile qu'il se réinsère sur le marché du travail malgré son âge et ses limitations fonctionnelles (travaux légers et moyens avec alternance des positions dans des locaux fermés ; ATFA non publié I 376/05 du 5 août 2005, consid. 4.2), de même que pour un soudeur de 60 ans avec des limitations psychiques et physiques, notamment rhumatologiques et cardiaques, qui disposait d'une capacité de travail de 70 % (ATFA non publié I 304/06 du 22 janvier 2007, consid. 4.2). Notre Haute Cour a en revanche nié la possibilité de valoriser sa capacité de travail résiduelle d'un assuré de 61 ans, sans formation professionnelle, qui n'avait aucune expérience dans les activités fines médicalement adaptées et ne disposait que d'une capacité de travail à temps partiel, soumise à d'autres limitations fonctionnelles, et qui selon les spécialistes ne présentait pas la capacité d'adaptation nécessaire (ATFA non publié I 392/02 du 23 octobre 2003, consid. 3.3), ainsi que dans le cas d'un assuré de 64 ans capable de travailler à 50 % avec de nombreuses limitations fonctionnelles (ATFA non publié I 401/01 du 4 avril 2002, consid. 4c). Le Tribunal fédéral est parvenu au même constat dans le cas d'un agriculteur de 57 ans qui ne pourrait exercer d'activité adaptée sans reconversion professionnelle et qui ne disposait subjectivement pas des capacités d'adaptation nécessaires à cette fin (ATF non

publié 9C_578/2009 du 29 décembre 2009, consid. 4.3.2).

E. 13

En l'espèce, le calcul d'invalidité tel qu'effectué par l'intimé n'a pas été contesté par le recourant, si ce n'est qu'il considère qu'il n'a pas été tenu compte de son âge. En réalité, dans son calcul d'invalidité, l'intimé a procédé à la réduction maximale de 25% au titre d'abattement, pour tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant mais également de son âge. En vérifiant le calcul d'invalidité, la Cour de céans parvient aux mêmes résultats que l'intimé. Elle n'a dès lors pas de motif de s'en écarter, pas plus que de la jurisprudence du Tribunal fédéral selon laquelle il est exigible d'un assuré de 60 ans ayant travaillé pour l'essentiel en tant qu'ouvrier qu'il se réinsère sur le marché du travail malgré son âge et ses limitations fonctionnelles (travaux légers et moyens avec alternance des positions; ATFA non publié I 376/05 du 5 août 2005, consid. 4.2). Il s'ensuit que la Cour de céans confirme le degré d'invalidité de 49% retenu par l'OAI.

E. 14

S'agissant d'une éventuelle mesure de réadaptation professionnelle, elle serait inutile dans le cas du recourant, celui-ci ayant déclaré ne pas souhaiter reprendre une quelconque activité.

E. 15

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

E. 16

Étant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de 200 fr.

A/2666/2011 - 12/12 - 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.