

GE_GERICHTE ATAS/256/2015 vom 26. März 2015

GE Cour de justice, 2015-03-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_256_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/256/2015 du 26 mars 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/256/2015 del 26 marzo 2015

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 depuis 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

Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), étant précisé que le juge n'a pas à

A/4185/2013 - 11/19 - prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés (ATF 130 V 343). Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003) a apporté des modifications, notamment en matière de procédure (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA).

E. 3

Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.

E. 4

Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si les atteintes à la santé du recourant entraînent une perte de gain susceptible de lui ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

E. 5

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 raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine 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 un marché du travail équilibré dans son domaine

d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGa). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGa et 4 al. 1 LAI).

E. 6

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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). 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

A/4185/2013 - 12/19 - raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid. 1). 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, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

E. 7

Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, 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. L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance- invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

E. 8

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

A/4185/2013 - 13/19 - 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 352 ss consid. 3). S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

E. 9

Se basant sur le rapport d'expertise bidisciplinaire du CEMed, l'OAI a considéré que, si l'assuré n'était effectivement plus capable d'exercer son activité habituelle de chauffeur de taxi depuis janvier 2010, il avait en revanche recouvré, à compter de juin 2010, une pleine capacité à exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce que le recourant conteste. Il convient en premier lieu d'examiner quelle valeur probante peut être reconnue à l'expertise pluridisciplinaire effectuée par les Drs I_____, J_____, et K_____. On peut relever que les experts se sont livrés à une anamnèse précise et se sont fait l'écho des plaintes du recourant, avant de détailler leurs propres observations objectives. Leur rapport se fonde sur des examens cliniques du recourant, est établi en pleine connaissance du dossier et ses conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradiction, si ce n'est que - comme l'a fait remarquer à juste titre le SMR dans son avis du 28 avril 2014 - les experts ne sont pas totalement explicites quant aux raisons pour lesquelles aucune limitation de rendement n'a été

A/4185/2013 - 14/19 - retenue en lien avec les lésions inflammatoires au niveau lombaire. Il sera revenu sur ce point ultérieurement. Dans l'ensemble, il y a donc lieu de reconnaître pleine valeur probante à cette expertise, d'autant plus que l'ensemble des considérations émises par les médecins examinateurs sur le plan somatique est corroboré par les conclusions du Dr E_____, qui s'était précédemment penché sur le dossier. Ainsi, les diagnostics retenus par les experts du CEMed (lombalgies chroniques avec sciatalgies droites intermittentes sur troubles dégénératifs étagés au niveau lombaire et gonalgies bilatérales) rejoignent ceux retenus par le Dr E_____ (lombocruralgies droites dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire, avec petite hernie discale L4-L5 non-compressive et un syndrome rotulien gauche), étant précisé que l'état des genoux du recourant s'est dégradé dans l'intervalle, ce qui n'est pas contesté. De même, les limitations fonctionnelles retenues par les experts du CEMed rejoignent celles du Dr E_____ (éviter le port fréquent de charges de plus de 5 kg, le port occasionnel de charges de plus de 8 kg, les positions accroupie ou agenouillée, les flexions antérieures du tronc, les stations assises au-delà d'une heure, les stations debout au-delà de trente minutes, ainsi que l'exposition au froid, l'alternance, trois fois par heure, des positions assise et debout et le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. La nécessité de devoir éviter le franchissement régulier d'escabeaux, échelles ou escaliers et les longs trajets à pied, omis par les experts du CEMed mais mentionné par le Dr E_____, a été admise par le SMR et l'intimé (cf. avis du 28 avril 2014). Les experts du CEMed, comme le Dr E_____ avant eux, ont conclu à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ces limitations. Ni les diagnostics somatiques posés ni les limitations qu'ils engendrent ne sont réellement contestés par le médecin traitant, lequel critique en premier lieu l'évaluation des conséquences des dites atteintes sur la capacité de travail de son patient, qu'il estime à 50% tout au plus. Force est de constater que l'avis du Dr F_____ ne constitue en fin de compte qu'une interprétation différente d'une même situation. Qui plus est, ce médecin s'est livré à des considérations ne relevant pas de son domaine (décompensation psychique, échelles de dépression et d'anxiété sans valeur si elles ne sont pas comparées à l'examen psychiatrique et ne pouvant être interprétées seules). Il n'en demeure pas moins que, sur un point, le SMR donne raison au médecin traitant : les experts du CEMed n'ont pas expliqué les raisons pour lesquelles ils ne renaient aucune diminution de rendement en lien avec les lésions inflammatoires avérées au niveau des lombaires. A cet égard, le SMR a convenu qu'en cas de corrélation entre la clinique et l'imagerie, de telles lésions étaient de nature à entraîner une diminution de rendement de 20 à 30%. Or, la nouvelle imagerie réalisée par le Dr F_____ à la demande de la Cour de céans a démontré cette

A/4185/2013 - 15/19 - corrélation et a confirmé l'existence d'une composante inflammatoire bien visible et localisée déjà en 2010, augmentant nettement en 2012, puis régressant au niveau L4-L5, mais avec une tendance à s'étendre discrètement sur plusieurs autres vertèbres lombaires. Au vu des considérations qui précèdent et du fait que la situation a été suffisamment investiguée sur le plan somatique, il n'y a pas lieu de mettre sur pied une nouvelle expertise. La Cour de céans suivra donc les conclusions de l'expertise du CEMed, en reconnaissant cependant au recourant la diminution de rendement de 30% considérée comme admissible par le SMR en cas de corrélation des examens. D'autant que cette diminution de rendement se justifie également au vu des explications du médecin traitant quant à la « mise en route » difficile de son patient. Par ailleurs, la liste des limitations fonctionnelles retenues par le CEMed sera également complétée dans le sens proposé par le SMR (éviter les montées et descentes d'escaliers régulières, les déplacements en terrain

instable et les longues marches). Ainsi que le fait remarquer le médecin traitant, les limitations fonctionnelles finalement retenues sont nombreuses. Cependant, on ne saurait en conclure qu'elles excluent toute activité : la jurisprudence considère qu'au vu du large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées) que recouvre le marché du travail en général - et le marché du travail équilibré en particulier - (arrêt I 383/06 du 5 avril 2007 consid. 4.4), un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, sont adaptées aux problèmes physiques du recourant. Au demeurant, elles sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur le marché équilibré du travail (arrêts 9C_646/2010 du 23 février 2011 consid. 4 et 8C_657/2010 du 19 novembre 2010 consid. 5.2.3). Pour ce qui est du plan psychique, les experts du CEMed n'ont retenu qu'un épisode dépressif léger, contrairement au psychiatre traitant qui, lui, conclut à un épisode dépressif d'intensité variant de moyenne à sévère, en raison de l'intensité des symptômes et du retrait social, notamment. Si le psychiatre traitant exprime son désaccord quant aux constatations cliniques de l'expert psychiatre qui, à son avis, a banalisé les symptômes observés, force est de constater qu'il n'amène aucun élément objectif susceptible de faire douter des conclusions des experts. Sur ce point, il convient donc de suivre les conclusions des experts. En définitive, c'est donc une capacité résiduelle de travail de 100%, diminuée de 30%, qui doit être reconnue à l'assuré dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énumérées plus haut et ce, dès le 14 septembre 2010 - date à laquelle la consolidation de la fracture du coccyx a été avérée. Auparavant, conformément aux conclusions du Dr E_____, la capacité du recourant a été de 0% du 1er janvier

A/4185/2013 - 16/19 - au 5 juillet 2010, de 50% jusqu'au 22 août 2010, puis à nouveau de 0% jusqu'au 14 septembre 2010. C'est par ailleurs en vain que le recourant invoque son âge (56 ans au moment de l'ouverture éventuelle du droit). Le Tribunal fédéral a en effet estimé, dans le cas qu'un assuré, âgé de 58 ans lors de l'ouverture éventuelle du droit, respectivement de 60 ans au moment de la décision litigieuse, n'avait pas atteint le seuil à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste d'exploiter la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré (cf. arrêts 9C_695/2010 du 15 mars 2011, 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.3, 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.2.2.2). A l'instar de l'assuré ayant fait l'objet de cette jurisprudence, le recourant n'a pas atteint le seuil à partir duquel on peut admettre qu'il n'aurait plus la possibilité de réintégrer le marché du travail. Quant à la péjoration ultérieure, alléguée par le recourant et le Dr F_____, elle sort du cadre du litige soumis à la Cour de céans dans la mesure où elle remonte au 4 février 2014 et est donc postérieure à la décision litigieuse. Si cette aggravation devait se confirmer, il appartiendrait au recourant de saisir l'intimé d'une nouvelle demande.

E. 10

Il convient à présent de se prononcer sur le calcul du taux d'invalidité effectué par l'intimé.

a) Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, à un trois-quarts de rente si son invalidité atteint au moins 60% et à une rente entière si son degré d'invalidité atteint 70%. 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; 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

A/4185/2013 - 17/19 - 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 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 avait été 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. Il convient encore de rappeler l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage. Il s'agit là d'un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Le juge ne peut dès lors pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). b) En l'espèce, le recourant a travaillé plusieurs années comme chauffeur de taxi indépendant. Pour déterminer son revenu au moment de l'ouverture éventuelle du droit aux prestations, soit en 2010, l'intimé s'est référé au rassemblement des comptes individuels AVS de l'intéressé, retenant les meilleures années antérieures à l'atteinte à la santé et indexant la moyenne ainsi obtenue. Cette façon de faire est correcte et les renseignements obtenus pertinents, puisque le montant ainsi retenu se rapproche du salaire déterminant au sens de l'AVS. Cette manière de procéder est bien plus concrète que celle proposée par le recourant, qui consisterait à retenir le montant de ses « produits d'exploitation » pour l'année 2010, postérieure à l'atteinte à sa santé.

Sur ce point, il n'y a pas lieu de s'écarter du montant de CHF 27'191.- retenu par l'intimé. En revanche, s'agissant du revenu après invalidité, il y a lieu de tenir compte d'une diminution de rendement de 30%, conformément à ce qui a été exposé supra. Si l'on se base sur l'ESS 2010 (TA1, niveau 4 = CHF 4'901.-/mois pour 40h./sem. = CHF 5'097.-/mois pour 41,6 h./sem. = CHF 61'164.50 par an à plein temps = CHF 42'815.- à 70%), cela

correspond à un revenu final de CHF 32'111.-, après réduction supplémentaire de 25% telle qu'admise par l'intimé.

A/4185/2013 - 18/19 -

Force est de constater que la comparaison des deux montants ainsi obtenus conduit à un degré d'invalidité de 0%, de sorte que c'est à juste titre que l'intimé a nié à l'assuré le droit à toute prestation.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté.

A/4185/2013 - 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.