

GE_GERICHTE ATAS/293/2013 vom 22. März 2013

GE Cour de justice, 2013-03-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_293_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/293/2013 du 22 mars 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/293/2013 del 22 marzo 2013

Erwägungen

E. 1

La Cour a déjà admis sa compétence et la recevabilité du recours dans l'ordonnance d'expertise.

E. 2

Il n'est pas contesté que le recourant a droit à une rente entière de l'assurance- invalidité du 1er janvier 2009 au 31 janvier 2010. Le litige porte sur le point de savoir si l'invalidité du recourant s'est modifiée de telle manière à supprimer son droit à une rente à compter du 1er février 2010.

E. 3

Comme exposé dans l'ordonnance d'expertise, une décision par laquelle l'assurance- invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 417 consid. 2d et les références). Selon cette disposition, tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5; 113 V 275 consid. 1a). a. 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). L'assuré a l'obligation de diminuer le dommage, de sorte que le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, mais doit rechercher le gain qu'il pourrait réaliser dans une activité adaptée (ATF 106 V 86 consid. 2). 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). b. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (ATF 127 V 299). La tâche du médecin consiste ainsi 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. 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).

A/283/2011 - 10/14 - En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves et indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. 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 consid. 3). Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb). Enfin, 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 (ibidem).

E. 4

En l'espèce, l'expertise réalisée par le Dr K_____ tient compte de l'ensemble des affections dont souffre le recourant, a intégré les éléments de son dossier médical, y compris du psychiatre traitant, expose les plaintes de l'expertisé, contient une anamnèse détaillée et les constatations objectives. La discussion, qui suit ces éléments, est circonstanciée et nuancée. L'expert explique clairement comment il parvient à retenir les diagnostics de dysthymie et agoraphobie avec trouble panique. Il expose également que lorsque l'expertisé a consulté le Dr B_____, il était probable que la dépression était plus intense et a pu atteindre le degré d'un véritable épisode dépressif. Par la suite, à partir de mai 2009 au moins, l'humeur s'était manifestement améliorée, notamment au vu des constatations du psychiatre traitant et du Dr C_____, dont il n'y avait pas de motif de s'écarter sur ce point. Dans son rapport de février 2011, le Dr B_____ qualifiait d'ailleurs son patient de sub- dépressif, ce qui confirmait qu'il n'y avait plus de dépression franche. Selon l'expert, cet état s'était progressivement installé. La dysthymie observée était gênante par sa durée. Elle diminuait aussi l'énergie disponible et concentrait l'attention du recourant sur des considérations négatives. Cela pouvait, occasionnellement, justifier des arrêts de travail passagers. Les limitations fonctionnelles liées à l'état de santé psychique n'étaient cependant pas d'une importance telle que la capacité de travail ou le rendement en seraient diminués de manière durable. Le trouble dépressif constituait une difficulté pour une réadaptation professionnelle, mais était surmontable.

A/283/2011 - 11/14 - Cette analyse paraît complète. Elle ne présente aucune contradiction, et les conclusions et réponses sont claires. Par ailleurs, l'appréciation du Dr K_____ n'est pas contredite par celle du Dr C_____, qui, en août 2009, a constaté un état dépressif d'intensité légère, présent de manière continue, mais ne limitant pas en soi la réadaptation. Certes, le psychiatre traitant diffère des experts sur le diagnostic, qualifiant l'état dépressif de moyen avec symptômes somatiques. Or, le Dr K_____ explique pour quels motifs ce diagnostic ne peut être retenu: seuls trois symptômes sur huit sont présents chez l'expertisé, alors qu'il en faut, selon la classification CIM-10, au minimum quatre pour

retenir le diagnostic soutenu par le psychiatre traitant. Par ailleurs, au vu du lien thérapeutique unissant le médecin traitant à son patient, l'avis isolé de celui-là n'est pas susceptible de remettre en cause les conclusions concordantes de l'expert mis en œuvre par l'assurance- accidents et de l'expert judiciaire. La Cour retient ainsi que l'affection psychiatrique dont souffre le recourant, quand bien même elle est de nature à justifier des arrêts de travail passagers, n'engendre pas d'incapacité de travail durable.

E. 5

Le rapport d'expertise rhumatologique contient une anamnèse détaillée, fait état des plaintes de l'assuré, comporte un examen clinique, l'étude du dossier médical et une discussion circonstanciée. L'experte retient les diagnostics de tendinopathie avec signes de rupture partielle du sus-épineux à droite, une capsulite rétractile de l'épaule droite et une hernie discale C3-C4 asymptomatique. Les limitations fonctionnelles sont les suivantes: pas de port de charges, pas de mouvements répétés avec le membre supérieur droit et aucun mouvement nécessitant une élévation du bras; elles se sont, depuis l'examen par le Dr D _____, légèrement aggravées. La mobilité active de l'épaule droite s'est ainsi un peu aggravée. Cela implique que les manutentions ou sollicitations de l'épaule ne peuvent plus être exercées en élévation en dessus de 45%. Dans une activité adaptée, la capacité de travaille est de 100%, avec une baisse de rendement de 25%. Les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail sont partagés par le Dr D _____. Le Dr A _____ n'émet pas d'autres avis non plus sur ce point. Les limitations fonctionnelles énumérées par le Dr D _____ concordent avec celles retenues par l'experte, à savoir que n'est possible qu'une activité légère, à hauteur d'établi, n'exigeant pas de sollicitations répétées du membre supérieur droit, ni de manutentions ou de sollicitations de l'épaule au-dessus de l'horizontale. L'aggravation survenue après le mois de novembre 2009 a limité l'élévation de l'épaule droite, désormais à 45%. Le médecin traitant ne retient pas d'autres limitations fonctionnelles. Par ailleurs, le Dr H _____ a également relevé que la fonction de l'épaule était limitée dans l'élévation antérieure et latérale, qui ne dépassait pas 45%. La Cour se rallie donc, en ce qui concerne les limitations fonctionnelles, aux conclusions de l'experte.

A/283/2011 - 12/14 - Il convient à présent de déterminer l'étendue de la capacité de travail exigible dans une activité tenant compte des limitations précitées. Tant la Dresse J _____ que le Dr D _____ concluent à une capacité entière, alors que le médecin traitant l'estime à 50%, en raison en particulier des raideurs matinales de l'épaule et des insomnies. Toutefois, dans la mesure où l'activité adaptée doit ménager l'épaule droite, en évitant les sollicitations répétées du bras droit et la manutention impliquant une élévation de plus de 45% de l'épaule, il est dûment tenu compte des atteintes à l'épaule, dont font partie les raideurs matinales. Par ailleurs, les troubles du sommeil et leurs répercussions évoqués par le médecin traitant relèvent de l'appréciation des troubles psychiques, examinées plus haut sous consid. 4, dont il a été vu qu'ils n'étaient pas de nature à entraîner une incapacité de travail durable. Il doit ainsi être retenu que l'exercice d'une activité adaptée à temps complet peut être exigé. Reste à déterminer s'il y a lieu de retenir une baisse de rendement dans une activité adaptée. L'experte l'a admise à concurrence de 25% et l'a motivée par "l'aggravation modérée de la mobilité en actif de l'épaule droite et des douleurs". Elle a estimé que celle-ci était survenue le 1er mai 2010, expliquant qu'elle s'était faite probablement progressivement courant 2010, le stage aux EPI ayant été marqué par de nombreuses absences et une nette diminution de rendement. D'un point de vue clinique, le

Dr D_____ avait constaté, en novembre 2009, une mobilité de 90% pour l'abduction de l'épaule droite, alors que celle-ci était désormais de 45%. Il n'y avait toutefois pas d'éléments objectifs au dossier permettant de dater la péjoration. L'experte a encore précisé que la baisse de rendement était principalement due aux douleurs associées à la diminution de mobilité. Les explications fournies par l'experte ne paraissent, sur ce point, pas convaincantes. En effet, il a déjà été tenu compte, dans la détermination des limitations fonctionnelles, de la réduction de la mobilité de l'épaule survenue entre la date de l'examen par le Dr D_____ et celle de l'examen de l'experte, d'une part. D'autre part, l'experte, interpellée à cet égard par deux fois, ne justifie pas la diminution de rendement par des éléments médicaux. En particulier, les interruptions du stage EPI auxquelles elle se réfère ne constituent pas des éléments médicaux. De surcroît, le rapport de stage met en exergue le manque d'adéquation de l'assuré avec les exigences dans le milieu professionnel, en ce sens qu'il est trop plaintif et très centré sur ses douleurs; il n'était pas dans une dynamique de reclassement professionnel. Les EPI ont conclu en indiquant ne pas pouvoir déterminer à quel point la pathologie était handicapante. Les nombreuses absences et le faible rendement évoqué par l'EPI (50%) ne peuvent ainsi, au degré de la vraisemblance prépondérante, être mises sur le compte de la pathologie physique. Partant, elles ne peuvent non plus servir d'élément médical pour expliquer la baisse de rendement.

A/283/2011 - 13/14 - Au vu de ce qui précède, la Cour s'écartera des conclusions de l'expertise judiciaire et ne retiendra pas de baisse de rendement dans une activité adaptée. En conclusion, il est retenu que le recourant peut exercer une activité à temps complet, sans baisse de rendement, pour autant qu'elle tienne compte de ses limitations fonctionnelles. 6.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. 28 al. 2 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 (ATF 128 V 29 consid. 1). La comparaison s'effectue au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222; 128 V 174). b. Se fondant sur le revenu réalisé par l'assuré auprès de son employeur en 2008, indexé en 2009, l'intimé a arrêté le revenu sans invalidité en 2009 à 72'941 fr. par an. Il s'est référé pour déterminer le revenu avec invalidité au salaire statistique ressortant de l'Enquête suisse sur le structure des salaires (ESS 2008), en retenant le revenu, pour un homme exerçant une activité simple et répétitive, tous secteurs d'activités confondus, de 61'240 fr. par an. Cette manière de faire ne prête pas le flanc à la critique; elle n'est d'ailleurs pas contestée.

L'intimé a ensuite réduit de 15% le salaire avec invalidité, afin de tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant et de son âge (55 ans au moment de la décision). L'évaluation de l'abattement relève du large pouvoir d'appréciation dont jouit l'administration à cet égard (ATF 132 V 393 consid. 3.3; 126 V 75 consid. 6; 123 V 150 consid. 2). Au vu des limitations fonctionnelles dont souffre le recourant, de son âge et de sa faible maîtrise du français, l'intimé n'a pas abusé de son pouvoir d'appréciation en retenant un abattement de 15%. Au demeurant, même en admettant un abattement plus important, le taux d'invalidité en résultant resterait sans conséquence sur le droit du recourant à une rente. En effet, que l'on retienne un abattement de 15%, de 20% ou du taux maximal de 25%, le taux d'invalidité reste inférieur à 40% (29%, respectivement 33% et

37%), de sorte que le droit à une rente invalidité n'est pas ouvert.

Le recours s'avère ainsi mal fondé, de sorte qu'il est rejeté.

E. 7

Conformément à l'art. 69 al. 1 bis LAI, un émolument de 200 fr. est mis à la charge du recourant, qui succombe. * * *

A/283/2011 - 14/14 - 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.