

GE_GERICHTE ATAS/340/2011 vom 30. März 2011

GE Cour de justice, 2011-03-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_340_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/340/2011 du 30 mars 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/340/2011 del 30 marzo 2011

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend les procédures pendantes devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA, 38 al. 3 LPGA p.a. et 9 de la loi genevoise sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA ; E 5 10).

E. 3

Le recours porte sur le point de savoir si l'état de santé du recourant justifie l'octroi d'une rente d'invalidité supérieure à un quart de rente dès le 1er janvier 2009.

E. 4

Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. 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; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

E. 5

Si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1 LAI, celle qui a précédé le premier octroi (art. 29bis du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 - RAI ;

RS 831.201).

A/1988/2010 - 13/20 - On est en présence d'une reprise de l'invalidité si les trois conditions suivantes sont remplies: la même atteinte ayant valeur d'invalidité, qui a donné naissance au droit, s'est réactivée et provoque une invalidité ouvrant de nouveau le droit à une rente (p. ex. rechute en cas de tuberculose); la rechute survient dans les trois ans qui suivent la suppression de la rente précédemment versée; et la nouvelle incapacité de gain ouvrant le droit à une rente doit avoir une durée minimale de 30 jours consécutifs. Ainsi, lorsque l'on est en présence d'une reprise de l'invalidité, la rente peut être allouée immédiatement, sans qu'il soit nécessaire de faire courir un nouveau délai d'attente. Le niveau de la nouvelle rente à allouer est déterminé en fonction de l'incapacité de travail moyenne pendant le délai d'attente précédemment écoulé et de l'incapacité de gain subsistant après la reprise de l'invalidité (Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité - CIIAI, p. 82 chiffres 4003 à 4005).

E. 6

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1er LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1er LPGA). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er 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 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine).

E. 7

L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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. 8

a) 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. 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).

A/1988/2010 - 14/20 - b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe

des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1). 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). 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 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). c) 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a).

A/1988/2010 - 15/20 - d) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

E. 9

a) Suite à sa nouvelle demande de prestations, le recourant a été soumis à un examen rhumatologique par le Dr A _____, lequel a posé, dans son rapport d'expertise du 24 août 2009, les diagnostics de status après herniectomy pour hernie discale L5-S1 le 26 juin 2003 et après fixation postérieure L5-S1 le 18 mars 2008, de lombalgies chroniques, de canal lombaire étroit, de tendinopathie chronique du sus-épineux de l'épaule gauche,

d'épicondylite gauche chronique et d'état dépressif. Il a retenu que les douleurs du recourant avaient diminué de 50% dès le début de l'année 2009 et a estimé que sa capacité de travail était nulle dans l'activité de serviceman, mais de 50% environ dans une activité adaptée, sans efforts au niveau des membres inférieurs ni port de charges. Le Tribunal de céans constate que le rapport de l'expert se base sur un examen du recourant, sur ses plaintes, son dossier médical et radiologique récent, une anamnèse ainsi que des entretiens avec son médecin traitant et le Dr G _____, médecin qui a procédé aux interventions des mois de juin 2003 et de mars 2008. Il est vrai que l'appréciation médicale et les conclusions de l'expertise ne sont que sommairement motivées, toutefois, elles sont basées sur des bilans radiologiques récents, soit postérieurs à l'intervention du mois de mars 2008, et confirmées par le rapport du 23 mars 2010 du Dr G _____, dès lors que celui-ci a évalué la capacité de travail à 30%, voire à 50% dans un proche futur. Il a également confirmé que les douleurs dorsales étaient moins importantes qu'avant la seconde opération, mais qu'elles limitaient toutefois le recourant dans ses activités de la vie quotidienne. Enfin, ce médecin se rallie aux conclusions de l'expert dans son courrier du 17 janvier 2011 adressé à la Cour. Quant aux rapports et certificats du Dr C _____, ils sont succincts et ne font que reprendre les diagnostics posés par les médecins spécialistes en neurochirurgie ou en rhumatologie. Ils ne permettent ainsi pas de remettre valablement en cause les constatations et conclusions du rapport d'expertise, ce d'autant moins que le Dr C _____ est généraliste et médecin traitant du recourant, lequel est susceptible, d'après la jurisprudence, de prendre parti pour son patient en raison du rapport de confiance l'unissant à celui-ci.

A/1988/2010 - 16/20 - Par conséquent, sur la base du rapport d'expertise du Dr A _____, il sied de constater que l'état de santé du recourant s'est aggravé et qu'il présente une capacité de travail de 50%, sur le plan physique, dès janvier 2009. Jusqu'à cette date, il convient d'admettre que sa capacité de travail était nulle depuis l'intervention du 18 mars 2008, dès lors que, selon l'expert, les douleurs n'avaient diminué que depuis début 2009. b) Sur le plan psychiatrique, le recourant invoque, dans le cadre de la procédure de recours, souffrir de dépression et avoir consulté à plusieurs reprises le Dr K _____, psychiatre, en 2008 et en 2009, mais avoir dû interrompre les séances pour des raisons économiques. De plus, le Dr A _____ avait également retenu, dans son rapport d'expertise, un état dépressif. Ces éléments justifiaient, d'après le recourant, qu'il soit procédé à une expertise psychiatrique. Il est vrai que le Dr G _____ a mentionné le 3 octobre 2008 déjà que le recourant était psychologiquement éprouvé par sa situation médicale et financière. Toutefois, le médecin traitant du recourant n'a jamais mis en exergue, dans ses rapports, l'existence d'un état dépressif. Le recourant n'a pas non plus mentionné un tel état dans sa nouvelle demande du 16 janvier 2009 ni dans son courrier du 29 janvier 2009. Par ailleurs, il n'avait pas de suivi régulier au moment de la décision litigieuse par un spécialiste en psychiatrie. Partant, le Cour de céans en conclut que l'épisode dépressif n'était pas d'une gravité telle qu'il avait une répercussion sur la capacité de travail au moment de la notification de la décision dont est recours et que l'aggravation dont fait état de le Dr K _____ dans son rapport du 27 octobre 2010 est, au degré de la vraisemblance prépondérante, postérieure à cette décision. Cela étant, il n'y a pas lieu de tenir compte d'une incapacité de travail sur le plan psychiatrique en mai 2010, date de la décision, de sorte que la Cour de céans ne juge pas utile de mettre en œuvre une expertise psychiatrique.

E. 10

Reste encore à déterminer le degré d'invalidité.

E. 11

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). 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 (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174). 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

A/1988/2010 - 17/20 - mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA; ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalide 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). 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 ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global 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 75 consid. 5). 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).

E. 12

a) En l'occurrence, il y a ainsi lieu de se placer en 2009 pour la comparaison des revenus, l'état de santé du recourant s'étant amélioré en janvier 2009 et le droit à une rente s'ouvrant au plus tôt au moment où celui-ci a présenté sa demande de prestations, dès lors que la révision n'a d'effet que pour l'avenir. b) Dans la mesure où le recourant a indiqué au Service de la réadaptation professionnelle qu'il avait réduit son taux de travail à 90% en raison des douleurs lombaires et qu'il aurait travaillé à temps complet sans atteintes à la santé, il convient de prendre en considération, à titre de revenu sans invalidité, le salaire qu'il aurait réalisé à 100%. Ce revenu doit être déterminé sur la base des données du dernier employeur du recourant, lequel a indiqué, en date du 23 mars 2009, que durant l'année 2009, celui-ci aurait perçu, à un taux d'activité de 90%, un salaire mensuel de 3'755 fr. augmenté d'une gratification. En tenant compte d'une activité à plein temps, son revenu sans invalidité 2009 s'élève à 54'239 fr. $[(3'755 \times 13 : 90 \times 100)]$. c) Pour ce qui est de son revenu d'invalide, il doit être établi en se fondant sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2008),

dans la mesure où il n'a pas repris d'activité lucrative. Eu égard à l'activité de substitution dans une activité légère sans port de charges, sans efforts au niveau des membres inférieurs et avec

A/1988/2010 - 18/20 - changement de positions, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (ESS 2008, TA1, hommes, niveau de qualification 4), soit 57'672 fr., part au 13ème salaire comprise (4'806 x 12). Adapté à l'indice suisse des salaires nominaux (en 2008 : 2092 et en 2009 : 2'136) et à la durée de travail en 2009, laquelle est de 41,7 heures, ce revenu s'élève à 61'388 fr. (cf. site internet de l'Office fédéral de la statistique). La capacité de travail du recourant ayant été fixée à 50%, le salaire est de 30'694 fr. Quant à la question d'un abattement supplémentaire, il y a lieu de relever que les limitations fonctionnelles du recourant, soit le changement fréquent de positions, le port de charges ou encore l'utilisation répétitive de l'épaule, ont également une répercussion sur le travail effectué par le recourant dans une activité adaptée et empêchent notamment toute polyvalence. En outre, le critère du taux d'occupation partiel est réalisé. De ce fait, il se justifie de prendre en considération un abattement de 15%. Partant, le revenu d'invalidité est de 26'090 francs. c) Ainsi, le degré d'invalidité du recourant est de 52%, taux lui ouvrant le droit à une demi-rente d'invalidité.

E. 13

Les atteintes lombaires dont souffre le recourant ayant déjà donné lieu à une rente entière d'invalidité du mois de mai au mois de novembre 2006 et la nouvelle incapacité de gain en découlant ayant manifestement duré plus de 30 jours, le recourant a immédiatement droit, dès le dépôt de sa nouvelle demande en janvier 2009, à une rente de l'assurance-invalidité (art. 29bis RAI). Dès lors qu'il n'a recouvré une capacité de 50% qu'à cette date et que celle-ci était nulle depuis l'intervention du 18 mars 2008, comme relevé ci-dessus, il y a lieu de prendre en considération l'amélioration de son état seulement après une durée de trois mois, soit dès le 1er avril 2009. Par conséquent, le recourant peut prétendre à une rente d'invalidité entière de janvier à mars 2009 et à une demi-rente dès le 1er avril 2009.

E. 14

Par conséquent, le recours doit être partiellement admis et la décision de l'OAI réformée dans le sens précité.

E. 15

Il y a encore lieu de remarquer que l'objet du litige ne porte pas sur l'octroi d'une mesure d'ordre professionnel (art. 8 al. 3 let. b LAI), attendu que l'OAI ne s'est pas prononcé sur cette question. Toutefois, il lui aurait appartenu de le faire, dès lors que le recourant doit changer d'activité. Cela étant, la cause sera renvoyée à l'intimé afin qu'il examine si le recourant pourrait prétendre à une mesure d'ordre professionnel, laquelle présuppose cependant qu'il fasse preuve d'une motivation réelle et suffisante.

E. 16

Au vu de l'issue du litige, l'OAI sera condamné à verser au recourant une indemnité de 1'500 fr. à titre de participation à ses dépens (art. 61 let. LPG).

A/1988/2010 - 19/20 -

E. 17

Un émolument de 200 fr. sera également mis à sa charge, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI).

A/1988/2010 - 20/20 -

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