

GE_GERICHTE ATAS/365/2012 vom 21. März 2012

GE Cour de justice, 2012-03-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_365_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/365/2012 du 21 mars 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/365/2012 del 21 marzo 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, est applicable à la présente procédure. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230, consid. 1.1 ; ATF 129 V 4, consid. 1.2 ; ATF 127 V 467, consid. 1 ; ATF 126 V 136, consid. 4b et les références citées). S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de l'AI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, elles sont à prendre en considération pour déterminer les prestations dès cette date, eu égard au principe rappelé ci-dessus. Cela étant, cette nouvelle n'a pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4322).

E. 3

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).

A/873/2011 - 13/20 -

E. 4

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, plus particulièrement sur son degré d'invalidité.

E. 5

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. 6 LPGA, 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de l'art. 7 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. 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). En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). 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. 6

mai 2003, consid. 2.2).

A/873/2011 - 14/20 - b) 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. À cet égard, il convient 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; ATF 122 V 157, consid. 1c). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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). d) 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). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2).

E. 7

a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après

A/873/2011 - 15/20 - exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue en règle générale en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus, puis en les confrontant l'un à 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. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe 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 (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (ATF 129 V 222, consid. 4.1; ATF 128 V 174). b) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n° U 400 p. 381, consid. 2a). 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 129 V 222, consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATF I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3; ATF B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2). c) S'agissant du recours à des données statistiques, le Tribunal fédéral a précisé que lors de la détermination du revenu d'invalidé, il convient généralement de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table de l'Enquête suisse des salaires TA1, à la ligne "total secteur privé" (ATF 124 V 321, consid. 3b/aa). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer

A/873/2011 - 16/20 - aux salaires mensuels de secteurs particuliers, voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsque avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé

dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidité et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 9C_142/2009 du 20 novembre 2009, consid. 4.1; ATF 9C_237/2007 du 24 août 2007, consid. 5.1; RAMA 2000 n° U 405, 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/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). 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 (ATF 126 V 75, consid. 5b).

E. 8

Il convient en premier lieu d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise du Dr U_____. Ce spécialiste a procédé à une étude approfondie du dossier médical, examinant en particulier l'ensemble des documents d'imagerie à sa disposition, et il a relaté en détail l'anamnèse du recourant. En outre, ses diagnostics sont clairs et se fondent sur un status clinique complété par de nouvelles radiographies. Si le SMR a dû interpeller l'expert afin que celui-ci précise la date à laquelle il estimait que la reprise d'une activité adaptée était possible, ses conclusions n'en sont pas moins convaincantes et motivées. Partant, l'expertise réalisée par le Dr U_____ remplit toutes les exigences formelles dégagées par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Les critiques du recourant à l'encontre du rapport du Dr U_____ ne résistent pas à l'examen. S'agissant du fait que l'expert n'a pas daté le moment auquel une activité adaptée était exigible, cette omission a été réparée par la suite et ne suffit donc pas à nier la valeur probante de cette expertise. Le grief selon lequel l'expert a fixé cette date de manière purement théorique est également erroné. Il a en effet précisé lors de l'audience qu'il avait retenu le mois de décembre 2007 en fonction de l'ensemble du dossier, soit en tenant également compte des éléments concrets et non d'une manière exclusivement théorique. On notera d'ailleurs que cette appréciation paraît très favorable au recourant, dans la mesure où le Dr P_____ admettait en janvier 2007 déjà qu'une réadaptation pouvait être tentée et que le Dr S_____ relevait dans son avis du 8 janvier 2007 que la période de convalescence est généralement de trois à quatre mois après une acromioplastie. On ne peut non plus suivre le recourant lorsqu'il affirme que l'expert s'est borné à nier les conclusions du Dr P_____. En effet, le médecin traitant du recourant n'a pas exclu la reprise d'une activité, comme cela ressort tant de son rapport d'octobre 2006, dans lequel il a annoncé qu'une reprise professionnelle pouvait être envisagée dans un proche avenir, que de ceux de décembre 2006 et janvier 2007. Ainsi, les

A/873/2011 - 17/20 - avis du médecin traitant et du Dr U_____ sur l'exigibilité d'une activité professionnelle sont convergents. Par ailleurs, contrairement à ce que soutient le recourant, les conclusions de l'expert prennent bien en considération l'état de l'épaule gauche du recourant puisqu'elles admettent des limitations fonctionnelles liées à la mobilité réduite de cette articulation. Il a ainsi tenu compte de l'atteinte du recourant sur sa capacité de travail. S'agissant de l'absence de répercussions des affections au dos et au genou sur la capacité de travail du recourant, les arguments de l'expert, aux termes desquels celles-ci n'ont pas d'effet incapacitant dès lors que le recourant a continué d'exercer une activité

lucrative après leur apparition, sont également convaincants. Enfin, le recourant se méprend en alléguant que l'expert a admis une diminution de rendement. Lors de son audition par la Cour de céans, le Dr U_____ a en effet très clairement exclu une telle diminution dans une activité légère du point de vue médical. Cet expert n'a pas non plus préconisé de mesures de réadaptation et a d'ailleurs donné plusieurs exemples d'activités adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant. Quant au fait que le Dr U_____ ait livré des impressions subjectives s'agissant de l'investissement du recourant dans sa rééducation, cela ne suffit pas à remettre en cause ses conclusions dès lors que celles-ci sont étayées par des arguments cliniques. Partant, la Cour de céans ne s'écartera pas des conclusions du Dr U_____ et admettra que le recourant disposait d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée dès le mois de décembre 2007.

E. 9

Le recourant fait grief à l'intimé d'avoir procédé au calcul de son degré d'invalidité de manière arbitraire, puisque ce degré a varié de 13.9 % à 46 %. Ce moyen tombe cependant à faux. Il convient en effet de souligner que si le premier projet de décision du 23 septembre 2010 ne détaillait pas le calcul du taux de 46 % retenu, ce taux est identique à celui de 45.7 % qui ressort du calcul de l'intimé du 29 mai 2008, et qui a été arrondi au chiffre supérieur conformément à la jurisprudence (ATF 130 V 121, consid. 3.2). Le recourant a eu accès à ce calcul, qui figure dans le dossier qui lui a été remis à sa demande par l'intimé. Il est vrai que ce calcul ne repose pas sur une appréciation fiable de la capacité de travail résiduelle du recourant et qu'il est, partant, erroné. En revanche, le taux d'invalidité de 13.9 % dès décembre 2007 se fonde sur la capacité de travail totale admise par l'expert dans une activité adaptée et les modalités de calcul sont exposées en détail tant dans le projet de l'intimé du 10 novembre 2010 que dans la décision dont est recours. On ne peut ainsi le qualifier d'arbitraire, contrairement à ce qu'affirme le recourant. Il reste cependant à examiner si ce calcul est conforme aux dispositions légales et à la jurisprudence citées. En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201), soit trois mois après l'amélioration constatée (ATF 125 V 413, consid. 2d). En l'espèce, la capacité de gain s'est améliorée en décembre 2007 et le

A/873/2011 - 18/20 - droit à la rente doit dès lors être réexaminé en mars 2008. S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimé s'est correctement référé au revenu mensuel de 4'751 fr. que le recourant aurait perçu en 2006 selon les indications de l'employeur, multiplié par

E. 13

mensualités, soit 61'736 fr. Il y a lieu d'indexer ce revenu jusqu'en 2008 en fonction de l'Indice suisse des salaires, ce qui le porte à 65'246 fr. Pour le revenu sans invalidité, on se référera au revenu tiré d'une activité simple et répétitive selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, soit 4'806 fr. par mois pour 40 heures hebdomadaires (ESS 2008, TA 1 ligne Total). Annualisé et adapté à la durée hebdomadaire moyenne de travail de 41.6 heures en 2008 selon la statistique sur la durée normale de travail de l'Office fédéral de la statistique (DNT), on obtient un revenu d'invalidité de 59'979 fr. L'intimé a procédé à une déduction de 10 % sur ce revenu. L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393, consid. 3.3), et le juge des assurances sociales ne peut substituer son appréciation à celle de l'administration sans motifs pertinents

(ATF 126 V 75, consid. 6). En l'occurrence, l'intimé est resté dans les limites de son pouvoir d'appréciation en procédant à cette réduction. En effet, les limitations fonctionnelles du recourant et son âge ne sont pas tels qu'un abattement plus important s'impose. Partant, la Cour de céans appliquera le même abattement, en fonction duquel le revenu d'invalidité est de 53'981 fr. La comparaison des revenus aboutit ainsi à un degré d'invalidité de 17.27 %, qui doit être arrondi à

E. 17

%. Si ce taux est légèrement supérieur à celui que retient l'intimé, il reste néanmoins en-deçà du degré d'invalidité ouvrant le droit à une rente. Il est également insuffisant pour obtenir des mesures de reclassement, pour lesquelles la jurisprudence a fixé un seuil minimal de diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20 % (ATF 124 V 108, consid. 2b ; ATF I 665/99 du 18 octobre 2000, consid. 4b). S'agissant des mesures de réadaptation auxquelles conclut le recourant, eu égard au caractère relativement anodin de ses limitations fonctionnelles, il y a lieu d'admettre que le marché du travail comprend un éventail suffisamment large d'emplois adaptés et accessibles sans formation spécifique. Le Dr U_____ a par ailleurs donné des exemples d'activités compatibles avec l'atteinte du recourant. Une mesure d'observation ou d'orientation professionnelle est dès lors superflue. L'aide au placement octroyée au recourant paraît suffisante pour lui permettre de mettre en valeur sa capacité de travail. 10. Eu égard à ce qui précède, le recours doit être rejeté. La procédure n'est pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI) . Toutefois, le recourant étant au bénéfice de l'assistance judiciaire, il y a lieu de le dispenser du paiement d'un émolument conformément à l'art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 (RFPA - E 5 10.03).

A/873/2011 - 19/20 -

A/873/2011 - 20/20 - 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.