

GE_GERICHTE ATAS/441/2010 vom 28. April 2010

GE Cour de justice, 2010-04-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_441_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/441/2010 du 28 avril 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/441/2010 del 28 aprile 2010

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont 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 au cas d'espèce.

E. 3

Interjeté dans les délai et formes prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 38 et 56 ss et LPGA).

E. 4

La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance- invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006, apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal fédéral des assurances (art. 132 al. 2 et 134 OJ). Le présent cas est soumis au nouveau droit, du moment que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008 (à l'exception de l'art. 68quater entré en vigueur rétroactivement le 1er juillet 2007), il convient de relever que du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Ces principes de droit intertemporel

A/4074/2008 - 7/14 - commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision du 3 octobre 2008 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2007 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LAI pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3).

E. 5

Il convient en l'occurrence de déterminer si la décision initiale de l'OAI (octroi d'une rente entière d'invalidité) peut être réexaminée par la voie de la révision. a) 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). 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). 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 raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01).

b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % 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'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2 et du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

c) 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 A/4074/2008 - 8/14 - 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). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Enfin, l'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5). En vertu de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, toute ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication

prochaine soit à craindre. L'art. 88bis al. 2 let. a RAI stipule que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotence prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision. d) 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1). 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 LPG), 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

A/4074/2008 - 9/14 - 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a ainsi posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss. consid. 3). Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le Tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). 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). Le juge des assurances sociales 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. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition

Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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

A/4074/2008 - 10/14 - 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. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 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 322 consid. 5a).

E. 6

En l'occurrence se trouvent au dossier des attestations des médecins traitants, notamment des médecins du Département de médecine communautaire des HUG, une expertise du Dr W_____ de juin 2008 et des avis des médecins du SMR. Il convient tout d'abord d'examiner la valeur probante de l'expertise du Dr W_____. Celle-ci comporte une anamnèse, tient compte des plaintes du recourant, pose des diagnostics précis et détermine clairement la capacité de travail de l'expertisé. Ses conclusions sont dépourvues de contradiction, convaincantes et motivées. Il apparaît ainsi que cette expertise a toute valeur probante selon les principes dégagés de la jurisprudence fédérale. Après avoir posé des diagnostics et pris en compte les plaintes de l'expertisé, l'expert conclut que ce dernier présente une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. En revanche, son ancienne profession de démolisseur d'automobiles n'est pas adaptée à son état de santé. L'expert a précisé que le rendement prévisible s'élevait à plus de 80%. Il sied de relever que l'expert mentionne que l'état dépressif et les troubles du sommeil sont traités. Selon lui, il semblerait que le trouble dépressif dont souffrait le recourant en 2003 se soit amélioré et ne nécessite plus actuellement de suivi psychiatrique. Aux termes de cette expertise, il y a donc une amélioration de l'état de santé psychique ayant une répercussion sur la capacité de travail. Cette évaluation est partagée par de nombreux médecins traitants du Département de médecine communautaire des HUG. En effet, en avril 2005, les Drs P_____, Q_____ et R_____ ont précisé que le suivi psychiatrique avait été interrompu en 2003 étant donné la rémission totale de la maladie. Le traitement médicamenteux avait quant à lui été interrompu en 2004. Ces médecins ne se sont pas prononcés sur la capacité de travail. En avril 2005 également, les Dresses S_____ et T_____ ont indiqué qu'une capacité de 50 % semblait tout à fait envisageable dans un travail de bureau par exemple. En octobre 2006, les maîtres de réadaptation du Centre d'orientation professionnelle ont relevé qu'il était possible de réadapter l'assuré, très motivé, dans une activité sédentaire et légère respectant l'exigibilité de 50 % posée par le SMR. Lors du second stage d'orientation professionnelle, les maîtres de réadaptation ont confirmé que la capacité de travail était de l'ordre de 50 %.

A/4074/2008 - 11/14 - L'assuré pouvait être opérationnel dans une activité de préparation de machines informatiques légères correspondant globalement à une activité industrielle légère à l'établi. En juin 2008, la Dresse A_____ du SMR a attesté d'une amélioration de l'état de santé en septembre 2006. Selon elle, la capacité de travail dans une activité adaptée s'élevait à 50 % sans baisse de rendement. Seul le Dr R_____ a conclu que l'état de santé était resté stationnaire et que, dès lors, son patient devait continuer à pouvoir bénéficier d'une rente entière d'invalidité. Cet avis n'est cependant aucunement motivé et ne

saurait remettre en cause les conclusions de l'expert, des autres médecins traitants des HUG, des maîtres de réadaptation professionnelle ainsi que des médecins du SMR. Au vu de ce qui précède, il convient de tenir pour établi que l'état de santé de l'assuré s'est amélioré et qu'il présente désormais une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Il y a lieu de relever ici que l'expert a pris en compte, en sus, une diminution de rendement de 20 %, qui sera également retenue.

E. 7

L'amélioration de l'état de santé ayant une répercussion sur la capacité de travail étant établie, il convient maintenant de déterminer le degré d'invalidité actuel du recourant, en procédant à une comparaison des revenus avant et après invalidité pour déterminer le degré d'invalidité du recourant. 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; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa; depuis le 1er janvier 2004: 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'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

A/4074/2008 - 12/14 - 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 était 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. La preuve de l'existence de circonstances qui justifieraient de s'écarter, en sa faveur ou en sa défaveur, du revenu effectivement réalisé par l'assuré est soumise à des exigences sévères, qu'il s'agisse de l'évaluation du revenu avec ou sans invalidité (ATFA non publié du 28 décembre 2004, I 290/04 et les références). La seule circonstance qu'un assuré disposerait de meilleures

possibilités de gain que celles qu'il met en valeur et qui lui permettent d'obtenir un revenu modeste ne justifie pas encore que l'on s'écarte du gain qu'il perçoit effectivement (ATFA non publié du 14 octobre 2002, I 777/01). Dans ce dernier arrêt, le Tribunal fédéral admet cependant que des circonstances justifient de s'écarter du revenu effectif de l'assuré lorsqu'il ressort de la situation dans son ensemble que celui-ci, sans invalidité, ne se contenterait pas durablement d'une telle rémunération.

E. 8

S'agissant du revenu sans invalidité, l'assuré indique avoir été tâcheron indépendant durant les années 1994 à 1997. Il avait toutefois présenté une incapacité totale de travail depuis le mois de février 1996 et était sans revenu pendant les années 1996 et 1997. Les gains perçus avant l'année 1996 ne sont pas déterminables. Au vu de ce qui précède, il y a lieu de constater qu'il n'est pas possible de retenir un revenu avant invalidité basé sur l'activité effective du recourant. Il convient donc de déterminer les revenus avec et sans invalidité en se référant aux données statistiques, telles qu'elles résultent du tableau TA1 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). Or, en cas pareil, et si les activités avant et après invalidité ressortissent à la même catégorie de salaires, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du revenu d'invalidité. En l'occurrence, il convient de tenir compte de la réduction de 20 % retenue par l'expert en raison de la diminution de rendement du recourant. Ainsi, la capacité

A/4074/2008 - 13/14 - réelle de travail de l'assuré s'élève à 40 % (50 % - 20 % de baisse de rendement). Aucune réduction supplémentaire ne peut être opérée sur le salaire d'invalidité, les limitations fonctionnelles ayant déjà été prises en considération dans la diminution de rendement retenue. Selon l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes, un trois-quarts de rente est accordé à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %. Le recourant n'a dès lors droit qu'à un trois-quarts de rente d'invalidité ensuite de l'amélioration de son état de santé psychique. Ainsi, il y a lieu de constater que l'OAI était en droit de procéder à une révision du droit à la rente et de diminuer la rente entière d'invalidité à trois-quarts de rente.

E. 9

Au vu de ce qui précède, le recours sera très partiellement admis dans le sens des considérants.

E. 10

S'agissant des émoluments, l'art. 61 LPGA dispose que la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite pour les parties (let. a). L'art. 69 al. 1bis (en vigueur depuis le 1er juillet 2006) déroge cependant à cette disposition dans la mesure où il soumet à des frais judiciaires les procédures portant sur des contestations relatives à l'octroi ou au refus de prestations de l'assurance-invalidité. Les frais judiciaires sont généralement mis à la charge de la partie qui succombe, quel que soit le rôle (recourant ou intimé) joué dans la procédure (arrêts du Tribunal fédéral 8C_40/2009 du 13 mars 2009, consid. 3.1 et la référence et 9C_28/2009 du

E. 11

mai 2009). En l'occurrence, le recourant n'obtient que très partiellement gain de cause, succombant sur la majeure partie de ses prétentions, à savoir le maintien de sa rente entière d'invalidité pour une durée indéterminée. Au vu de ce qui précède, il se justifie de mettre à

sa charge des émoluments, fixés à 200 fr.

A/4074/2008 - 14/14 -

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