

GE_GERICHTE ATAS/448/2016 vom 7. Juni 2016

GE Cour de justice, 2016-06-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_448_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/448/2016 du 7 juin 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/448/2016 del 7 giugno 2016

Erwägungen

E. 21

Le Dr D _____ a été informé de la position de l'OAI et s'est déterminé le 29 février 2016 comme suit : « Je relève dans celui-ci que « le recourant n'a exposé aucun fait ou motif de recours », et ceci était justifié par le délai fort bref à sa disposition. Il est exact que moi-même et les différents intervenants médicaux avons effectivement suggéré à l'assuré de lancer cette procédure. J'estime pour ma part cette décision parfaitement injuste et surtout injustifiable, l'Office des assurances sociales mentionne mon rapport du 24 janvier qui n'apporterait, selon eux, aucun élément objectif permettant de modifier leurs conclusions, conclusions dont j'ignore totalement sur quelle base elle se fonde. J'imagine qu'il s'agit d'une des nombreuses pièces apportées au dossier que je me réserverai le droit, en accord avec mon patient, de consulter.

A/133/2016 - 6/17 - Il se pose, dans la situation de l'assuré, effectivement la question du pouvoir d'appréciation concernant la capacité de travail exigible de façon raisonnable chez un patient transplanté rénal, qui exerçait auparavant la profession de monteur en plafonds, travail dont les astreintes physiques ne peuvent être exigées à 100%. Je me réfère également au courrier du 21 février 2013 qui ne figure, me semble-t-il, pas aux pièces jointes, courrier dans lequel je signalais qu'un reclassement professionnel était parfaitement justifié chez un patient par ailleurs motivé par la reprise d'une activité professionnelle adaptée. »

E. 22

Le 23 mars 2016, l'OAI a confirmé ses précédentes conclusions.

E. 23

Invité par la chambre de céans à se déterminer également sur le fond du litige, l'OAI a indiqué le 25 avril 2016, qu'il concluait, à titre subsidiaire, au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

E. 24

Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du

E. 26

septembre 2010 (LOJ - 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. 2. Il y a préalablement lieu d'examiner la recevabilité du recours interjeté par l'assuré le 14 janvier 2016. L'OAI soutient que l'acte de recours ne satisfait pas aux

exigences minimales de contenu prescrites par l'article 61 let. b LPGA et reprises à l'art. 89B LPA. 3. Aux termes de l'art. 61 let. b LPGA, « l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions; si l'acte n'est pas conforme à ces règles, le tribunal impartit un délai convenable au recourant pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation le recours sera écarté ». Les exigences précitées ont pour but de permettre à la juridiction administrative de déterminer l'objet du litige qui lui est soumis et de donner l'occasion à la partie intimée de répondre aux griefs formulés à son encontre (ATA/216/2013 du 9 avril 2013 consid.4 ; ATA/1/2007 du 9 janvier 2007 ; ATA/632/2005 du 27 septembre 2005 ; ATA/251/2004 du 23 mars 2004 ; ATA F. du 8 septembre 1992). Elles ne doivent pas être réduites à rien, comme si elles n'étaient en définitive pas posées. S'il lui faut éviter tout formalisme excessif et toute rigueur inutile, la juridiction saisie n'a pas pour autant à se muer en avocate d'un recourant et, en suppléant aux carences de ce dernier, à devoir imaginer les faits pertinents susceptibles d'avoir été

A/133/2016 - 7/17 - mal établis ou/et interprétés par l'autorité intimée, deviner les éventuelles contrariétés au droit que recèlerait la décision attaquée, et dire à la place d'un recourant ce que celui-ci devait requérir d'elle (ATAS/163/2015 du 3 mars 2015 consid. 5d). La chambre de céans relève que dans deux cas récents, le recours a été déclaré irrecevable, au motif que l'acte n'était pas conforme aux règles de l'art. 61 let. b LPGA (ATAS/689/2015 et ATAS/163/2015). Dans le premier en effet, l'assurée n'avait pas expliqué pour quelle raison elle considérait que la décision attaquée n'était pas fondée et lorsqu'elle avait été invitée à le dire, ne s'était pas manifestée. Dans le second, l'assurée avait indiqué qu'elle ne trouvait pas d'avocat prêt à la défendre, qu'elle attendait « le résultat d'une demande du service juridique » et se bornait à demander qu'une enquête approfondie soit menée. Le cas d'espèce est tout autre. Il est vrai que l'acte de recours déposé par l'assuré se limite à une simple déclaration de recours contre la décision sur opposition considérée, ne contenant en particulier ni motivation ni exposé, fût-ce succinct, des faits et des motifs invoqués, ni conclusions. L'assuré déclare toutefois clairement qu'il entend contester la décision de suppression de rente et fait appel aux explications de son médecin traitant pour motiver son recours. On comprend ainsi l'objet de la contestation, à savoir la suppression de la rente d'invalidité, on comprend également que l'assuré conclut au maintien de ladite rente. Les motifs sont quant à eux avancés par le médecin traitant, lequel a clairement et précisément répondu à chaque sollicitation, à la demande de l'assuré, sur les motifs pour lesquels il conteste la suppression de la rente. Il y a enfin lieu de rappeler pour le surplus que dans l'interprétation de ces conditions formelles de recevabilité, les juridictions administratives en général et la chambre de céans en particulier se montrent peu exigeantes (ATA/568/2013 du

E. 28

août 2013 consid. 3 et jurisprudence citée). Aussi le recours, déposé dans le délai, doit-il être considéré comme recevable. 4. Le litige porte sur le droit de l'OAI de supprimer, par voie de révision, la rente entière d'invalidité dont l'assuré bénéficiait depuis le 1er septembre 2008. 5. 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). Selon 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 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

A/133/2016 - 8/17 - 6. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un 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. 7. 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. 28a al. 1 LAI). 8. 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 273 consid. 4a). 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 9. L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que 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. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). 10. 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 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). 11. Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur

A/133/2016 - 9/17 - un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 130

V 343 consid. 3.5.2). 12. Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.). 13. Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. Aux termes de l'art. 88bis al. 2 let. a du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RS 831.201 ; RAI), la diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision. L'art. 88a al. 2 RAI prévoit les effets dans le temps d'une modification du droit aux prestations, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels s'est dégradée. Ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations de l'assuré dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. Selon la jurisprudence, ce délai s'applique, à l'occasion d'une procédure de révision (art. 17 LPGA), dans le cadre d'une modification du droit à une rente précédemment allouée ou lorsqu'une rente échelonnée dans le temps est accordée à titre rétroactif (arrêt du Tribunal fédéral 9C_302/2015 du 18 septembre 2015 consid. 5.1) 14. 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, à ce motif, 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 256 consid. 4 et les références). 15. 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 importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur

A/133/2016 - 10/17 - 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). 16. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, 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). 17. En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). 18. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 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 319 consid. 5a). 19. Selon l'art. 8 al. 1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGa) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI en vigueur dès le 1er janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci

A/133/2016 - 11/17 - ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGa a été observée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_100/2008 du 4 février 2009 consid. 3.2 et les références). Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid. 1). Se pose en premier lieu la question de savoir si l'assuré est invalide ou menacé d'une invalidité permanente (art. 28 al. 1er LAI). On rappellera qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_385/2009 du 13 octobre 2009). Il faut également relever que si une perte de gain de

20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_464/2009 du 31 mai 2010). 20. Selon l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. L'orientation professionnelle, qui inclut également les conseils en matière de carrière, a pour but de cerner la personnalité des assurés et de déterminer leurs capacités et leurs dispositions qui constitueront la base permettant de choisir une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement adéquat. Y ont droit les assurés qui, en raison de leur invalidité, sont limités dans le choix d'une profession ou dans l'exercice de leur activité antérieure et qui ont dès lors besoin d'une orientation professionnelle spécialisée (Circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle, CMRP, p. 16, nos 2001 et 2002). 21. Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008, l'assuré présentant une incapacité de travail et susceptible d'être réadapté a

A/133/2016 - 12/17 - droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié et à un conseil suivi afin de conserver un emploi. Une mesure d'aide au placement se définit comme le soutien que l'administration doit apporter à l'assuré qui est entravé dans la recherche d'un emploi adapté en raison du handicap afférent à son état de santé. Il ne s'agit pas pour l'office AI de fournir une place de travail, mais notamment de soutenir une candidature ou de prendre contact avec un employeur potentiel. Cette mesure n'a pas été fondamentalement modifiée par l'entrée en vigueur des dispositions relatives à la 4ème révision de la LAI (cf. ATF 116 V 80 consid. 6 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c, comparés aux arrêts du Tribunal fédéral I 170/06 et 9C_879/2008 des 26 février 2007 et 21 janvier 2009 et les références). Une telle mesure n'étant pas envisageable sans la pleine collaboration de l'assuré, qui doit entreprendre personnellement les démarches de recherche d'emplois étant donné son devoir de diminuer le dommage (cf. notamment ATF 123 V 230 consid. 3c et les références), la subordination d'un tel droit à une requête motivée est parfaitement fondée et correspond d'ailleurs à une pratique constante de tous les offices AI (arrêt du Tribunal fédéral 9C_28/2009 du 11 mai 2009 consid. 4). Il y a également lieu de rappeler que les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance- invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). La fonction d'une observation professionnelle est de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même

de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (voir au surplus, à propos du rôle des COPAI pour l'évaluation de l'invalidité : L'instruction des possibilités de gain des personnes prétendant une rente, compte-rendu d'une séance du 10 novembre 1989 consacrée aux problèmes de l'expertise médicale et professionnelle, RCC 1990 p. 59 ss; Karl ABEGG, Coup d'œil sur l'activité des

A/133/2016 - 13/17 - centres d'observation professionnelle de l'AI [COPAI]; PLÄDOYER 3/2004 p. 64 ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 540/03 du 10 novembre 2004 consid. 4.1 et I 220/04 du 20 septembre 2004 consid. 4.2). Le médecin, quant à lui, a pour tâche de porter un jugement sur l'état de santé et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Selon la jurisprudence, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la personne assurée pendant le stage (arrêt 9C_891/2012 du 5 avril 2013 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2). En d'autres termes, il appartient avant tout aux médecins, et non aux spécialistes de l'orientation professionnelle, de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré souffrant d'une atteinte à la santé et sur les éventuelles limitations résultant de celle-ci. Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b p. 20), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où ces appréciations (d'observation professionnelle et médicale) divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_739/2010 du 1er juin 2011 consid. 2.3 et 9C_1035/2009 du 22 juin 2010, consid. 4.1 in SVR 2011 IV n° 6 p. 17, et arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références in Plädoyer 2004/3 p. 64). Dans un arrêt du 22 juin 2010, le Tribunal fédéral a reproché aux juges cantonaux, de s'être écartés des conclusions du rapport d'observation professionnelle en faveur de l'évaluation médicale. Ceux-ci avaient considéré que les constatations faites durant le stage professionnel étaient essentiellement subjectives et ne pouvaient, partant, l'emporter sur celles des médecins. Dans ce cas, traité par le Tribunal fédéral, les responsables du stage étaient arrivés à la conclusion que l'assuré ne pouvait être réadapté dans l'économie libre, qu'il lui était impossible de réintégrer le circuit économique ordinaire, en raison du cumul des limitations, alors que les médecins estimaient que l'assuré présentait une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée. Le Tribunal fédéral a jugé que, compte tenu du fait que tant le rapport d'observation professionnelle que ceux des médecins concordaient en ce qui concernait les limitations fonctionnelles, on ne pouvait considérer que les facteurs personnels constituaient des éléments prédominants par rapport aux autres

A/133/2016 - 14/17 - causes directement liées aux capacités physiques de l'intéressé et que ces dernières causes étaient négligeables en soi. Aussi a-t-il retenu que, compte tenu des limitations fonctionnelles, même en prenant en considération le large éventail d'activités simples et répétitives ne nécessitant pas de formation dans les secteurs de la production et des services, les possibilités d'un emploi adapté aux importantes limitations du recourant

n'apparaissent pas suffisantes pour que celui-ci puisse mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur le plan économique dans une mesure significative. Le Tribunal fédéral a ainsi admis une incapacité de travail de 100% (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 ; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010). 22. Il s'agit en l'espèce de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au 2 avril 2009, date à laquelle le droit à une rente entière d'invalidité lui a été reconnu et le 15 décembre 2015, date à laquelle la décision de suppression de la rente a été rendue. 23. En l'espèce, le Dr D_____ rappelle que son patient ne peut plus exercer sa profession de monteur en plafonds. Il précise toutefois le 3 décembre 2012 que l'état de santé de son patient s'est amélioré depuis juin 2011 et qu'« en l'état, cette activité ne peut pas être exigible à mon avis à plus de 50% ». Dans une note du 28 mai 2013, le médecin du SMR a ainsi retenu une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle dès le 29 décembre 2012. Il apparaît ainsi, a fortiori, que, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, l'assuré dispose d'une certaine capacité résiduelle de travail quelque temps après la greffe rénale dont il a bénéficié en mars 2011. Selon le médecin du SMR, il n'y a aucune raison à cet égard pour que, plus de trois ans après sa greffe, l'assuré présente encore une fatigabilité persistante. Le taux de la capacité résiduelle de travail dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles a ainsi été fixé à 100% par l'OAI. Le Dr D_____ n'a quant à lui pas précisé quelle était la capacité de travail de son patient dans une activité adaptée. Il indique toutefois, le 21 février 2013, que la capacité de travail dans un poste strictement adapté pourrait progressivement être portée à 100% à moyen terme, et confirme le 7 mai 2014 que « cette capacité est susceptible de s'améliorer dans le futur pour autant que le travail que l'on exige de sa part soit adapté ». La chambre de céans constate enfin qu'à l'issue du stage dont l'assuré a bénéficié de février à mai 2014, le chef de secteur des EPI a déclaré qu'« au vu du rendement insuffisant malgré un taux d'activité réduit de 50%, nous concluons que l'assuré n'est pas prêt pour le marché ordinaire du travail à un taux de 100% ». Les responsables des ateliers ont constaté que l'activité à 100% d'ouvrier à l'établi n'était pas adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré. 24. Il résulte de ce qui précède que si le Dr D_____ a effectivement constaté une amélioration de l'état de santé de l'assuré depuis juin 2011, suite à la greffe rénale,

A/133/2016 - 15/17 - - ce qui permettrait d'admettre que les conditions d'une révision seraient réalisées, pour autant que cette amélioration ait une influence favorable sur la capacité de travail -, il ne se prononce en revanche pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Certes le médecin du SMR la fixe-t-il à 100%, partant de l'idée que l'assuré ne devrait pas présenter une fatigabilité aussi importante plus de trois ans après sa greffe. La chambre de céans relève toutefois que les responsables du stage ont constaté un niveau de rendement faible, même sur un taux d'activité de 50%, tout en soulignant le bon engagement de l'assuré durant tout le stage et la qualité de ses efforts. Force est de constater dans ces conditions qu'en l'état du dossier, la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée n'est pas clairement établie. 25. L'OAI s'est fondé sur un revenu annuel brut sans invalidité, dans l'activité habituelle, à l'année prise en compte pour l'évaluation de l'invalidité, de CHF 75'876.- et d'un revenu annuel brut raisonnablement exigible avec invalidité de CHF 52'523.-, étant précisé qu'une réduction supplémentaire de 20% a été prise en compte. Le degré d'invalidité est ainsi de 30,8%, arrondi à 31%. Le calcul auquel a procédé l'OAI ne prête pas le flanc à la critique, mais ne peut être confirmé, que si la capacité de travail dans une activité adaptée est effectivement de 100%, ce qui paraît douteux en l'état. Il y a lieu de constater, quoi qu'il en soit, que ce taux, s'il ne justifie pas

l'octroi d'une rente d'invalidité (art. 28 LAI), permet en revanche, la prise en charge de mesures de réadaptation professionnelle, étant à cet égard rappelé que 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. 28a al. 1 LAI). Or, il importe d'observer, d'une part, que le Dr D_____ fait valoir, ce à plusieurs reprises, à quel point son patient est motivé à retrouver une activité professionnelle et considère qu'une nouvelle évaluation en vue d'un reclassement professionnel serait justifiée, et, d'autre part, que les mesures accordées à l'assuré se sont limitées à un stage à l'atelier de réentraînement, alors qu'il avait été initialement prévu qu'il puisse bénéficier ensuite d'un stage en entreprise. Pour ce motif également, la décision litigieuse doit être annulée. 26. Aussi le recours doit-il être admis et le dossier renvoyé à l'OAI pour instruction complémentaire. L'OAI devra déterminer concrètement quelle est la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée puis, le cas échéant, mettre en œuvre les mesures nécessaires pour permettre à l'assuré d'exercer une telle activité, ou lui notifier une décision de rente.

A/133/2016 - 16/17 -

A/133/2016 - 17/17 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant À la forme :

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