

GE_GERICHTE ATAS/473/2018 vom 5. Juni 2018

GE Cour de justice, 2018-06-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_473_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/473/2018 du 5 juin 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/473/2018 del 5 giugno 2018

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 - 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

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune

A/3564/2017 - 11/23 - modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

Les modifications du 18 mars 2011 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2012, entraînent la modification de certaines dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En l'espèce, au vu des faits pertinents jusqu'à la décision du 24 juillet 2017, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

E. 4

Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). Il court dès le lendemain de la notification de la décision (art. 62 al. 3 LPA-GE et dans le même sens art. 38 al. 1 LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA-GE). En l'espèce, le recourant a interjeté recours, le 29 août 2017, contre la décision du 24 juillet 2017. Le délai de recours a été suspendu du 26 juillet au 15 août 2017 et est arrivé à échéance le 14 septembre 2017. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi,

le recours est ainsi recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA-GE).

E. 5

Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant en tenant compte de son statut d'indépendant et, partant, sur son droit éventuel à une rente de l'assurance- invalidité au-delà du 31 mai 2015.

E. 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. 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).

E. 7

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

A/3564/2017 - 12/23 - 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). 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). 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. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à

l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences

A/3564/2017 - 13/23 - au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

E. 8

En l'espèce, aucune des parties ne conteste, à juste titre, la valeur probante du rapport d'examen final du Dr E_____, établi le 10 février 2015. Le recourant admet également les conclusions du rapport SMR du 25 juin 2015. Il est, par conséquent, établi que depuis l'accident du 28 octobre 2013, l'activité de poêlier- fumiste consistant à se déplacer sur des toits ou des échafaudages n'est plus exigible, la capacité de travail étant nulle. En revanche, malgré les séquelles de l'accident, à savoir essentiellement une lésion du nerf sciatique entraînant un pied tombant opéré le 17 septembre 2015, le recourant dispose, depuis le 10 février 2015, d'une capacité de travail de 100% dans une activité parfaitement adaptée, à savoir réalisée essentiellement en position assise tout en permettant de brefs déplacements, sans port de charges répétitives de plus de 10 kg, sans déplacements sur les toits ni montée/descente de manière répétitive des escaliers ou échelles. Par conséquent, reste seule litigieuse l'appréciation du taux d'incapacité de travail retenu par l'intimé pour les travaux légers de poêlier-fumiste.

E. 9

a. 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 mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). 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 222 et ATF 128 V 174). 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).

A/3564/2017 - 14/23 - b. Chez une personne de condition indépendante, la comparaison des résultats d'exploitation réalisés dans son entreprise avant et après la survenance de l'invalidité ne permet de tirer des conclusions valables sur la diminution de la capacité de gain due à l'invalidité que dans le cas où l'on peut exclure, au degré de vraisemblance prépondérante que les résultats de l'exploitation aient été influencés par des facteurs étrangers à l'invalidité. En effet, les résultats d'exploitation d'une entreprise dépendent souvent de nombreux paramètres difficiles à apprécier, tels que la situation conjoncturelle, la concurrence, l'aide ponctuelle des membres de la famille, des personnes intéressées dans l'entreprise ou des collaborateurs. Généralement, les documents comptables ne permettent pas, en pareils cas, de distinguer la part du revenu qu'il faut attribuer à ces facteurs - étrangers à l'invalidité - et celle qui revient à la propre prestation de travail de l'assuré (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 83/97 du 16 octobre 1997 consid. 2c, in VSI 1998 p. 121, et I 432/97 du 30 mars 1998 consid. 4a, in VSI 1998 p. 255; arrêt du Tribunal fédéral 9C_572/2010 du 25 mars 2011 consid. 3.4). Il convient de distinguer clairement la situation personnelle de la personne assurée, seule déterminante au regard de l'assurance-invalidité, de celle de l'entreprise dont elle est la propriétaire économique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_572/2010, op. cit., consid. 3.5 in fine). c. Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (ATF 113 V 22 consid. 4a et les références). Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être pris en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 750/04 du 5 avril 2006 consid. 5.3, in SVR 2007 IV n° 1 p. 1; I 11/00 du 22 août 2001 consid. 5a/bb, in VSI 2001 p. 274). Dans le cas d'un assuré de condition indépendante, on peut exiger, pour autant que la taille et l'organisation de son entreprise le permettent, qu'il réorganise son emploi du temps au sein de celle-ci en fonction de ses aptitudes résiduelles. Il ne faut toutefois pas perdre de vue que plus la taille de l'entreprise est petite, plus il sera

A/3564/2017 - 15/23 - difficile de parvenir à un résultat significatif sur le plan de la capacité de gain. Au regard du rôle secondaire des activités administratives et de direction au sein d'une entreprise artisanale, un transfert de tâches d'exploitation proprement dites vers des tâches de gestion ne permet en principe de compenser que de manière très limitée les répercussions économiques résultant de l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_580/2007 du 17 juin 2008 consid. 5.4). Aussi, lorsque l'activité exercée au sein de l'entreprise après la survenance de l'atteinte à la santé ne met pas pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, celui-ci peut être tenu, en fonction des circonstances, de mettre fin à son activité indépendante au profit d'une activité salariée plus lucrative (arrêt du Tribunal fédéral 9C_394/2009 du 8 janvier 2010 consid. 5.2 ss). d. Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement les deux revenus en cause, il faut, en s'inspirant de la méthode spécifique pour personnes sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA), procéder à une comparaison des activités et évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète (procédure extraordinaire d'évaluation de l'invalidité). La différence fondamentale entre la procédure extraordinaire d'évaluation et la méthode spécifique réside dans le fait que l'invalidité n'est pas évaluée directement sur la base d'une comparaison des activités; on commence par déterminer, au moyen de cette comparaison, quel est l'empêchement provoqué par la maladie ou l'infirmité, après quoi l'on apprécie séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain. Une certaine diminution de la capacité de rendement fonctionnelle peut certes, dans le cas d'une personne active, entraîner une perte de gain de la même importance, mais n'a pas nécessairement cette conséquence. Si l'on voulait, dans le cas des personnes actives, se fonder exclusivement sur le résultat de la comparaison des activités, on violerait le principe légal selon lequel l'invalidité, pour cette catégorie d'assurés, doit être déterminée d'après l'incapacité de gain (ATF 128 V 29 consid. 1 et les références).

E. 10

novembre 2009 consid. 3.4; ch. 3032). Pour les indépendants, l'extrait du CI est en principe déterminant pour calculer le revenu. En effet, on peut admettre que la caisse de compensation a procédé conformément aux prescriptions applicables à la détermination du revenu soumis à cotisation et à son inscription dans le CI (arrêt du Tribunal fédéral 8C_530/2013 du 24 janvier 2014 consid. 5.2.2; ch. 3032.1).

E. 11

En l'espèce, dans son rapport du 21 juillet 2016, l'enquêtrice de l'intimé relève qu'avant l'atteinte à la santé, le recourant travaillait cinquante heures par semaine, à savoir quarante-cinq heures sur les chantiers et cinq heures de travaux administratifs. Depuis le début de l'année 2016, il a réduit son temps de travail à trente heures et son activité consiste principalement en travaux administratifs, surveillance et conseils à la clientèle; il ne peut plus exercer les travaux de montage-construction et de maçonnerie. Selon l'enquêtrice, le recourant peut encore accomplir les travaux techniques préparatoires, à savoir déplacer les meubles, ainsi que les protéger de la poussière et établir les devis ne nécessitant pas de monter sur les toits. En revanche, il n'effectue plus les travaux lourds de poêlier-fumiste et les travaux de maçonnerie-carrelage. L'enquêtrice retient qu'avant son invalidité, le recourant accomplissait 10% de tâches de direction/administration, 6% de tâches de surveillance de chantiers, 28% de travaux légers de poêlier-fumiste, 28% de travaux lourds de poêlier-fumiste et 28% de travaux de maçonnerie-carrelage. À la suite de son handicap,

il a augmenté son taux d'activité relatif à la surveillance des chantiers, qui passe à 24%, et a diminué à 19% celui concernant les travaux lourds de poêlier-fumiste et les travaux de maçonnerie-carrelage pour lesquels l'incapacité de travail est de 100%. Quant aux travaux légers de poêlier-fumiste, il continue à les exercer à raison de 28% mais avec une incapacité de travail de 5%. Le recourant ne conteste pas cette pondération de ses activités avant et après accident. Il ne conteste plus, en procédure de recours, le nombre d'heures correspondant à sa capacité résiduelle de travail, soit trente heures. En revanche, il allègue que le taux d'incapacité de travail de 5% pour les travaux légers de poêlier-fumiste a été fixé arbitrairement par l'intimé qui n'a pas tenu compte de sa capacité de travail très fortement restreinte pour de nombreux travaux. Selon l'enquête économique, le champ d'activité des travaux légers de poêlier-fumiste a trait aux travaux préparatoires, à savoir l'étude des plans, les conseils aux

A/3564/2017 - 17/23 - clients, l'établissement des devis, la fixation des délais de travaux, la prise de photos, l'organisation, le transport et l'entreposage des matériaux, la préparation et la protection de la zone concernée. Étant donné que le champ des activités de direction-administration comporte également l'établissement des devis, il faut en inférer que cette tâche fait partie des activités de direction-administration lorsqu'elle peut être accomplie sans monter sur les toits et les échelles, respectivement des travaux légers lorsqu'elle implique de monter sur les toits et les échelles. Par conséquent, en justifiant le taux d'incapacité de 5% par le fait que tous les devis n'impliquaient pas de monter sur les toits et que le recourant pouvait pleinement effectuer les devis pour les régies, l'enquêtrice a en réalité mélangé les deux domaines et justifié l'absence d'incapacité de travail pour les devis concernant les activités de direction-administration. Pour sa part, le recourant invoque une incapacité de travail de 50% pour le champ d'activité des travaux légers de poêlier-fumiste, au motif que l'établissement des devis, la mesure et la préparation des surfaces, le déplacement des meubles et leur protection de la poussière ne sont plus compatibles avec les séquelles de l'accident. Selon la description des travaux de poêlier-fumiste figurant sur le site Internet

<http://ge.ch/formation/metier/poelier-fumiste-cfc-poeliere-fumiste-cfc>, les travaux préparatoires ou travaux légers consistent en quatre tâches principales, à savoir : - prendre connaissance des plans, schémas et indications fournis par l'architecte; examiner la demande d'un propriétaire, en discuter; - conseiller les clients quant au choix de l'installation, montrer des catalogues, des modèles exposés; établir un devis, fixer un délai d'exécution des travaux; - mesurer et préparer les surfaces; marquer l'emplacement de la cheminée ou du poêle; - organiser le transport des matériaux et leur entreposage sur le lieu de travail. Or, le recourant reconnaît avoir une capacité de travail entière pour l'étude des plans, les conseils aux clients, l'organisation, le transport et l'entreposage des matériaux, soit pour deux des quatre tâches principales. S'agissant de l'établissement des devis, cette activité représente une des quatre activités de la deuxième tâche principale, soit un quart de celle-ci, de sorte que l'empêchement est au maximum de 10%. Quant aux mesures, préparation des surfaces et marquage de l'emplacement de la cheminée, le recourant peut accomplir partiellement la préparation et la protection de la zone de travaux, à savoir lorsque ces activités ne nécessitent pas de porter ou déplacer seul des charges de plus de 10 kg. Il en va de même de la mesure des surfaces et du marquage de l'emplacement du poêle puisqu'il ne s'agit pas d'activités impliquant de monter sur une échelle ou un toit. En revanche, le recourant ne peut effectivement pas accomplir ces activités lorsqu'elles concernent des cheminées puisqu'elles requièrent de monter sur une échelle ou un toit. Par

conséquent, il convient d'admettre un empêchement de 20%

A/3564/2017 - 18/23 - pour cette troisième tâche principale, respectivement un taux d'incapacité de 30% pour les travaux légers de poêlier-fumiste. En définitive, la comparaison des champs d'activités avec pondération donne les résultats suivants : Champs d'activité Pondération sans handicap Nombre d'heures Pondération avec handicap Nombre d'heures Taux d'incapacité Incapacité pondérée Direction - administration 10% 5 10% 3 0% 0% Surveillance de chantiers 6% 3 24% 7,20 0% 0% Travaux légers de poêlier-fumiste 28%

E. 14

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 24 juillet 2017 annulée au sens des considérants. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGa; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Étant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa).

A/3564/2017 - 23/23 - 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.