

GE_GERICHTE ATAS/514/2012 vom 17. April 2012

GE Cour de justice, 2012-04-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_514_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/514/2012 du 17 avril 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/514/2012 del 17 aprile 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 loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 et des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008.

E. 3

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

E. 4

Le litige porte sur la capacité de travail de l'assuré et l'aggravation de son invalidité.

E. 5

a) Selon l'art. 17 al. 1er LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. 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). b) 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 un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents,

A/4265/2011 - 7/11 - 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, 130 V 343 consid. 3.5.2). 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, 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 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier ; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1 et les références).

E. 6

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 et les références). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). b) 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/bb et cc). c) Les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail ou de gain sur le marché du travail. Dans les cas où ces appréciations (d'observation professionnelle et

A/4265/2011 - 8/11 - médicale) divergent sensiblement, il incombe à l'administration ou au juge de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (arrêt I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 page 64). d) 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions

de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c.).

E. 7

a) S'agissant de déterminer le revenu d'invalidé, la jurisprudence considère que sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, s'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (VSI 1999 p. 247 consid. 1 et les références). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est (ou était) en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Indépendamment de l'examen de la condition de l'obligation de réduire le dommage (cf. ATF 123 V 233 consid. 3c et les références), cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire,

A/4265/2011 - 9/11 - ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (arrêts F. du 27 mai 2005, I 819/04, consid. 2.2, N. du 26 mai 2003, I 462/02, consid. 2.3; W. du 4 avril 2002, I 401/01, consid. 4c). b) Dans un arrêt 9C_104/2008 du 15 octobre 2008, le Tribunal fédéral estime que l'abattement de 20%, sur un maximum de 25, fixé par l'office AI, tient suffisamment compte des limitations fonctionnelles, nombreuses mais laissant subsister une capacité résiduelle de 50% dans un grand nombre d'activités, et de l'âge de l'intéressé, 59 ans au moment de la décision litigieuse, ce qui est encore éloigné de l'âge à partir duquel le Tribunal fédéral reconnaît généralement que ce facteur devient déterminant et nécessite une approche particulière (cf. notamment SVR 2003 IV n° 35 p. 107 [I 462/02]; arrêts 9C_849/2007 du 22 juillet 2008, 9C_612/2007 du 14 juillet 2008, I 1034/06 du 6 décembre 2007, I 61/05 du 27 juillet 2005, I 819/04 du 27 mai 2005, I 462/02 du 26 mai 2003 I 617/02 du mars 2003, I 461/01 du 4 avril 2002).

E. 8

Dans le cas d'espèce, lors de l'octroi initial de la rente d'invalidité en 2004, la capacité de travail dans une activité adaptée a été fixée à 50%, ce qui a déterminé un taux d'invalidité de 62% et ouvert le droit à un trois-quart de rente d'invalidité. Cette décision est entrée en force. Ensuite, l'OAI a rejeté la demande d'augmentation de rente faite par l'assuré par décision du 17 décembre 2007, l'aggravation de l'état de santé alors alléguée n'ayant pas été admise, après instruction médicale. Cette décision est aussi entrée en force. Lors de la demande de révision formée en 2009, l'amélioration de l'état de santé alléguée par les

médecins traitants et par l'assuré, fondée sur la diminution des plaintes algiques du patient, les diagnostics étant inchangés, était une évaluation trop optimiste. Il n'y a donc pas eu d'amélioration durable de l'état de santé. Il s'avère toutefois qu'aucun médecin ne fait état d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré postérieure à la décision du 17 décembre 2007, voire même après celle du 22 juin 2006. L'attestation du Dr A_____ est strictement identique à celle rédigée en mars 2007, ce qui confirme que l'état de santé est demeuré inchangé et pourrait laisser croire que, soit la décision initiale de 2006, soit la décision subséquente de 2007 étaient mal fondées en ne tenant pas compte de la réelle capacité de travail de l'assuré ou de l'aggravation alléguée. S'agissant de l'évaluation des EPI de 2011, rien n'indique qu'elle eut été différente en 2006 ou en 2007, eu égard à un état de santé inchangé, qui aurait vraisemblablement aussi conduit les EPI à nier toute intégration possible sur le marché du travail. Il n'est pas non plus démontré au degré de la vraisemblance prépondérante que le degré d'invalidité se serait notablement modifié de 2007 à 2011, par exemple en raison de l'âge de l'assuré, car il est âgé de 59 ans, ce qui reste dans les limites fixées par la jurisprudence du Tribunal fédéral comme étant compatible avec un retour en emploi. C'est donc à l'occasion de la décision de 2006 ou de 2007 que l'assuré aurait dû contester l'appréciation faite de son état de santé et de sa capacité résiduelle de travail. A défaut de modification notable de son taux d'invalidité depuis lors, l'OAI était en droit de refuser

A/4265/2011 - 10/11 - d'augmenter le trois-quart de rente à une rente entière. La décision du 4 novembre 2011 est donc bien fondée. Cela étant dit, l'assuré a démontré sa bonne volonté pour reprendre une activité lucrative, mais il est confronté à l'inadéquation du marché du travail, de sorte qu'il lui est loisible de transmettre le rapport des EPI au SPC, afin de solliciter la suppression du gain potentiel. En effet, l'art. 14a OPC établit une présomption légale selon laquelle les assurés partiellement invalides sont en mesure d'obtenir le gain potentiel fixé par cette disposition, mais cette présomption peut être renversée par l'assuré s'il établit que des facteurs objectifs ou subjectifs, étrangers à l'AI, lui interdisent ou compliquent la réalisation du revenu en question. Ainsi, aucun revenu hypothétique n'est pris en compte chez le bénéficiaire de prestations complémentaires notamment si, malgré tous ses efforts, sa bonne volonté et les démarches entreprises, l'assuré ne trouve aucun emploi. Cette hypothèse peut être considérée comme réalisée lorsqu'il s'est adressé à un ORP et prouve que ses recherches d'emploi sont suffisantes qualitativement et quantitativement ou si l'assuré a atteint sa 60ème année (directives DPC).

E. 9

Ainsi, le recours, mal fondé, est rejeté.

A/4265/2011 - 11/11 - 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.