

GE_GERICHTE ATAS/548/2018 vom 18. Juni 2018

GE Cour de justice, 2018-06-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_548_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/548/2018 du 18 juin 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/548/2018 del 18 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

Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).

E. 3

L'objet du litige porte sur le départ du droit à la rente d'invalidité entière allouée au recourant par l'intimé.

A/393/2018 - 5/8 -

E. 4

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).

E. 5

En vertu de l'art. 28 al. 1 et 2 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles ; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable ; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (al. 1). 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 (al. 2). 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). 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). Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré.

E. 6

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).

A/393/2018 - 6/8 - 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). 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).

E. 7

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).

E. 8

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

A/393/2018 - 7/8 -

E. 9

a. En l'occurrence, l'intimé a alloué au recourant une rente entière d'invalidité dès le 1er mars 2015 ; il s'est fondé sur les conclusions du rapport d'expertise de la PMU du 3 mai 2017 selon lesquelles le recourant était totalement incapable d'assumer son activité de nettoyeur depuis le 16 juin 2012, puis avait recouvré une capacité de travail dans une activité sédentaire du 1er janvier 2013 jusqu'en février 2014 et était en incapacité de travail totale depuis le 1er mars 2014. Il a considéré qu'au 16 juin 2013, soit à l'échéance du délai de carence d'une année (art. 28 al. 1 let b LAI) depuis le début de l'incapacité de travail, le 16 juin 2012, le degré d'invalidité du recourant était de 10 %, calculé sur la base d'un revenu sans invalidité de CHF 65'654.- et d'un revenu avec invalidité de CHF 59'088.-. Or, ce degré était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Dès le 1er mars 2014, le recourant avait présenté une nouvelle atteinte à la santé, totalement incapacitante, de sorte qu'à l'échéance du délai de carence d'une année, le 1er mars 2015, il avait droit à une rente entière d'invalidité. b. Le recourant conteste sa capacité de travail totale dans une activité adaptée reconnue par l'intimé du 1er janvier 2013 au 28 février 2014 ; il invoque une incapacité de travail totale depuis le 16 juin 2012, de façon continue. A cet égard, le recourant n'apporte aucun élément médical susceptible de remettre en cause l'expertise de la PMU, dont les conclusions quant à la capacité de travail du recourant sont motivées, de sorte qu'elles ne peuvent qu'être confirmées. Le recourant prétend ensuite à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 13 février 2013, date de sa demande de prestations. Cette conclusion est cependant clairement contraire aux dispositions précitées régissant l'ouverture du droit à la rente (art. 28 al. 1 let b et 29 al. 1 LAI). En particulier, c'est à juste titre que l'intimé a considéré que le délai de carence d'une année commençait à courir depuis le 1er mars 2014, date de la nouvelle incapacité de travail totale du recourant pour motif psychiatrique (ATF 136 V 369 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C 294/2013 du 20 août 2013 et 9C 697/2015 du 9 mai 2016). Enfin, le recourant semble contester le calcul de sa rente d'invalidité, en relevant que son salaire de base n'est pas de CHF 2'778.- mais de plus de CHF 4'500.-. A cet égard, le montant de CHF 2'778.- mentionné dans la décision

litigieuse ne correspond pas au salaire sans invalidité du recourant mais à une retenue effectuée par l'intimé en faveur de la caisse de compensation AVS, comme rappelé ci-avant. Le salaire sans invalidité du recourant, admis par l'intimé en 2013 est de CHF 65'654.-, soit CHF 5'471.- par mois. Partant, le grief du recourant n'est pas pertinent.

E. 10

Au vu de ce qui précède, le recours ne peut qu'être rejeté.

E. 11

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 le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/393/2018 - 8/8 - 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.