

GE_GERICHTE ATAS/551/2011 vom 25. Mai 2011

GE Cour de justice, 2011-05-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_551_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/551/2011 du 25 mai 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/551/2011 del 25 maggio 2011

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

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

E. 3

Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est péjoré de sorte qu'il subit une invalidité lui ouvrant le droit aux prestations.

A/3817/2010 - 9/16 -

E. 4

Selon l'art. 17 al. 1 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. Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 RAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er mars 2004). Il en va de même lorsqu'une rente ou une allocation pour impotent a été refusée en raison d'un degré d'invalidité insuffisant ou de l'absence d'impotence et que l'assuré dépose une nouvelle demande (art. 87 al. 3 RAI). Cette exigence, applicable par analogie également aux prestations de réadaptation (cf. ATF non publié du 14 novembre 2008, 9C_413/2008, consid. 1.2 ; ATF 109 V 119), doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 412 consid. 2b, 117 V 200 consid. 4b et les références). L'entrée en vigueur, le 1er janvier 2003, de l'art. 17 LPGA sur les conditions d'une révision du droit à la rente n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés en ce domaine sous le régime du droit en vigueur

jusqu'au 31 décembre 2002, si bien que ceux-ci demeurent applicables (ATF 130 V 349 consid. 3.5). En particulier, savoir si l'on est en présence d'un motif de révision du droit à la rente suppose une modification notable du taux d'invalidité. 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 existant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). D'après la jurisprudence, 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 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa).

E. 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). Aux termes de l'art. 7 al. 1er LPGA, 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, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'al. 2 de cette disposition, entré en vigueur le 1er janvier 2008, précise que 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. L'art. 7 al. 2 LPGA n'a cependant pas

A/3817/2010 - 10/16 - modifié la notion d'incapacité de gain, mais correspond à l'inscription dans la loi de la jurisprudence dégagée jusqu'alors sur la notion d'invalidité (ATF 135 V 215 consid. 7 p. 229 ss.). Enfin, 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, 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts I 350/89 précité consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de

travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence).

E. 6

a) Selon l'art. 28 al. 1 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 d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins.

A/3817/2010 - 11/16 - b) Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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.

E. 7

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un 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). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1). c) Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb). 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

A/3817/2010 - 12/16 - 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). d) 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 20 consid. 2b; SVR 2006 IV no 10 p. 39 [arrêt Z. du 26 octobre 2004, I 457/04] consid. 4.1, 2001 IV no 10 p. 27 [arrêt S. du 8 février 2000, I 362/99]; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, p. 228). e) 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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). f) 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 133 III 675 consid. 5.2 non publié, 129 III 18 consid. 2.6, 127 III 519 consid. 2a, 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c et les arrêts cités). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de

A/3817/2010 - 13/16 - l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

E. 8

En l'occurrence, il n'est pas contesté que l'état de santé du recourant s'est aggravé depuis la dernière décision de l'intimé en octobre 2002. Cela est en effet admis par l'experte et les médecins du SMR. Seule la répercussion de cette aggravation sur la capacité de travail est

litigieuse.

E. 9

Dans son rapport d'expertise du 10 novembre 2009, la Dresse N_____ a constaté que le recourant présentait une insuffisance veineuse superficielle sévère avec un status post-thrombotique du côté gauche. Une activité en position debout prolongée ou assise prolongée était déconseillée. Il s'agissait par ailleurs d'une maladie veineuse évolutive dans le temps, malgré une prise en charge conservatrice ou chirurgicale. L'experte a estimé que la capacité de travail était nulle en tant que serveur et de 50 % en alternance, tout en ajoutant entre parenthèses « chauffeur ». La capacité de travail pouvait être améliorée par le port d'une compression médicale durant l'activité, la possibilité d'alterner les positions assise ou debout et l'absence de port de charges trop importantes. Toutefois, l'influence de ces mesures sera faible en rapport avec la profession exercée. Dans son complément d'expertise du 10 avril 2011, l'experte a relevé que les professions les plus exposées au risque de maladie veineuse étaient les activités statiques en position assise ou debout prolongée ou avec piétinement, (caissier, chauffeur, coiffeur, chirurgien, cuisinier, travail administratif, commerçant...) ou les postes de travail mobiles dont l'activité ou l'environnement favorisait l'insuffisance veineuse (avec port de charges ou dans une ambiance chaude et humide). Quant au recourant, il était capable d'exercer toute profession permettant une alternance des positions et des exercices de marche réguliers. En tenant compte du temps d'une journée de travail à 100 %, le temps nécessaire aux exercices de marche était évalué à 50 %. Dans une activité avec une alternance de la position assise et de la marche, la capacité de travail pourrait être de plus de 50 %. A cet égard, l'experte a relevé que le rapport d'OSER n'était plus d'actualité, la maladie veineuse s'étant compliquée depuis lors par une récurrence variqueuse et un nouvel épisode de thrombose veineuse profonde en août 2004, nécessitant une intervention chirurgicale. Par ailleurs, le port de bas à varices bilatéral pourrait améliorer les symptômes et donc indirectement augmenter la capacité de travail. Néanmoins, les exercices de marche devraient être maintenus. Le Dr O_____ du SMR a estimé pour sa part que le recourant pourrait travailler dans une activité adaptée à raison de 80 %. A titre d'exemple, il cite les professions de buraliste et d'huissier. Il a relevé en outre que les symptômes liés à la maladie veineuse pouvaient être atténués avec l'utilisation de la bonne classe de bas à varices.

A/3817/2010 - 14/16 - Par ailleurs, le responsable en réadaptation et réinsertion de l'intimé a indiqué, dans un avis du 23 décembre 2010, qu'une activité comme ouvrier d'usine polyvalent dans les activités simples et répétitives correspondait aux limitations fonctionnelles décrites. Les tâches dans une telle activité pourraient être la préparation des commandes, l'emballage et l'emboîtement pour les articles légers. Il résulte de ce qui précède que c'est essentiellement l'activité adaptée que le recourant pourrait exercer qui est litigieuse. En effet, l'experte admet que la capacité de travail du recourant pourrait être supérieure à 50 % dans une activité pleinement adaptée, c'est-à-dire permettant de marcher pendant 50 % du temps de travail. A cet égard, il est à relever que, selon l'experte, la durée de la marche nécessaire pendant le temps de travail ne pourrait pas être diminuée, même avec le port bilatéral de bas à varices adéquats. Or, l'intimé cite à titre d'activités adaptées des professions qui manifestement ne permettent pas la marche régulière. En effet, il a proposé les professions de buraliste, d'huissier et d'ouvrier d'usine polyvalent. Pour cette dernière activité, les réadaptateurs ont considéré que le travail pourrait consister en préparation de commandes, emballage et emboîtement pour des articles légers, soit des

activités statiques qui sont proscrites. Il ne saurait dès lors être considéré qu'il s'agit d'activités pleinement adaptées. Dans la mesure où une activité permettant de marcher pendant 50 % du temps de travail paraît très difficile à trouver et que l'offre de telles activités serait en tout état de cause trop restreinte sur le marché du travail, même équilibré, la Cour de céans estime que les possibilités de travail à plus de 50% sont en l'espèce irréalistes. Elle retient ainsi que la capacité de travail du recourant dans les activités qui s'offrent à lui, compte tenu de ses limitations, de son instruction et des activités exercées précédemment, est diminuée de 50 %, conformément aux conclusions de l'experte. Elle juge par ailleurs inutile de soumettre le recourant à une nouvelle observation professionnelle, dès lors qu'il a montré une très faible motivation déjà pendant la première mise en œuvre d'une telle mesure en 2002.

E. 10

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. 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. 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).

A/3817/2010 - 15/16 -

E. 11

En l'occurrence, l'experte a admis une péjoration de l'état de santé à partir de 2006. A ce moment, le recourant travaillait en tant que chauffeur. Dès lors qu'il ne peut plus travailler comme chauffeur qu'à raison de 50 %, une incapacité de travail à ce pourcentage doit être admise. A cet égard, la Cour de céans estime qu'il n'y a pas lieu de procéder à une déduction supplémentaire du salaire de chauffeur à 50% (cf. ATF 126 V 78 consid. 5), étant donné que le recourant a déjà exercé ce métier, parle l'arabe et le français, ainsi que l'anglais, ce qui est assurément un atout dans cette profession à Genève, et que cette profession se prête à être exercée à temps partiel. Cela étant, le recourant peut prétendre à une demi-rente d'invalidité.

E. 12

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. En l'espèce, le recourant a déposé sa nouvelle demande de rente en décembre 2008. Par conséquent, le droit à la rente est né en juin 2009.

E. 13

Le recours sera par conséquent admis et le recourant mis au bénéfice d'une demi-rente dès juin 2009. Le recourant reste par ailleurs libre de solliciter une aide au placement, telle que proposée par l'intimé.

E. 14

Au vu de l'issue de la procédure, l'intimé sera condamné à verser au recourant une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens.

E. 15

L'émolument de justice, fixé à 200 fr., est mis à la charge de l'intimé.

A/3817/2010 - 16/16 - 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.