

GE_GERICHTE ATAS/555/2011 vom 30. Mai 2011

GE Cour de justice, 2011-05-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_555_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/555/2011 du 30 mai 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/555/2011 del 30 maggio 2011

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V 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) sont 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 les procédures pendantes 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

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360

A/3810/2009 - 14/19 - consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

E. 3

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

E. 4

L'objet du litige consiste à déterminer si le recourant présente une atteinte à la santé ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité et plus particulièrement à une rente.

E. 5

En vertu de l'art. 28 al. 1 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. En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale,

d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assurée sur le marché du travail équilibré, 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. 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 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 105 V 158 consid.1).

E. 6

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

A/3810/2009 - 15/19 - 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; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in Revue Suisse des assurances sociales [RSAS] 32/1988 p. 332ss.).

E. 7

En l'espèce, en juin 2002, le Dr L. _____ a estimé que si la capacité du recourant à exercer son activité de cuisinier était nulle, une autre activité (p. ex. de bureau) était exigible, sans diminution du rendement, mais devait tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assuré, soit sans utilisation du membre supérieur droit devenu inutilisable et sans longues marches.

Une telle capacité de travail dans une activité adaptée a été confirmée par le stage d'observation professionnelle, effectué de novembre 2002 à mai 2003, à l'issue duquel l'assuré a bénéficié d'un reclassement professionnel dans l'activité de webmaster, par le biais d'une part d'une formation pratique en entreprise et d'autre part d'une formation théorique auprès d'une école d'arts visuels. Alors que la formation pratique a été effectuée à la satisfaction de l'employeur, la formation théorique a été abandonnée par le recourant pour des raisons qu'il met en relation avec son état de santé, sans toutefois avoir pu en apporter la preuve. Au contraire, son attitude postérieure à l'abandon de la formation théorique est de

nature à infirmer ces raisons. En s'inscrivant en 2006 à l'assurance-chômage, le recourant a démontré qu'il s'estimait apte à exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles. Cela a encore été confirmé par sa nouvelle demande de prestations déposée en mars 2008 auprès de l'OAI, dans laquelle il a déclaré qu'il n'était totalement incapable de travailler que depuis le 27 avril 2007.

Il convient dès lors d'examiner si, à cette date, l'état de santé du recourant a subi une péjoration au point de présenter une atteinte à la santé ouvrant droit à une rente.

Dans son rapport médical destiné à l'AI du 2 juin 2008, le Dr M_____, médecin généraliste et médecin traitant du recourant depuis mai 2007, a estimé que la capacité de travail de ce dernier était nulle depuis le 13 août 2000 et perdurait. Sans se déterminer sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, il a indiqué que les limitations consistaient en une restriction complète de l'usage du membre supérieur droit, une incapacité de marcher longtemps ou même de rester de manière prolongée en position debout ou assise, et que ces limitations se manifestaient par une incapacité d'effectuer des tâches manuelles, ainsi que toute activité demandant une certaine mobilité (même des déplacements fréquents dans un bureau). Le médecin précité a toutefois précisé lors de son audition par la juridiction de céans qu'il était dans l'impossibilité de se déterminer sur l'évolution de l'état de santé du recourant entre le moment où son état s'était stabilisé après

A/3810/2009 - 16/19 - l'accident et la date de sa première consultation, lors de laquelle le recourant lui avait fait part de douleurs au genou droit et de difficultés à marcher sur une longue distance et de douleurs au niveau du membre supérieur droit. Le Dr M_____ a confirmé que l'incapacité de travail du recourant était totale, en précisant qu'il se référait à son activité habituelle de cuisinier. Par rapport à une activité adaptée aux limitations du recourant (ne pas rester assis longtemps et ne pas marcher de manière prolongée), le témoin a estimé qu'il était difficile de trouver une activité que l'assuré pourrait accomplir, sans toutefois l'exclure.

Dans un rapport médical destiné à l'AI du 27 avril 2009, le Dr P_____, chef de clinique de la Policlinique des services de chirurgie des HUG, a estimé que la capacité de travail de l'assuré dans son ancienne activité était nulle mais qu'elle était totale dans une activité adaptée, soit un travail où le membre supérieur gauche serait sollicité. Il a ajouté dans un rapport du 3 septembre 2009 que les douleurs gléno-humérales développées par le recourant depuis mars 2009 n'avaient pas d'influence sur sa capacité de travail. Lors de son audition par la juridiction de céans, le médecin précité a encore précisé que les douleurs du genou étaient par définition invalidantes mais que tel n'était pas le cas dans le cadre de la profession d'informaticien, tous comme les douleurs glénohumérales droites n'avaient pas d'influence sur la capacité de travail du recourant.

Sur la base des éléments médicaux ci-dessus, qui ne sont pas contradictoires, et en particulier de l'avis du Dr P_____, médecin neutre ayant été consulté par le recourant, la Chambre de céans considère que l'état de santé de ce dernier n'a pas évolué depuis la fin du reclassement professionnel au point de présenter désormais une incapacité de travail lui ouvrant le droit à une rente. En particulier, l'augmentation des douleurs du genou droit et du membre supérieur n'ont, selon l'avis d'un spécialiste qu'est le Dr P_____, pas eu d'influence sur la capacité de travail du recourant. Même les déclarations de ce dernier à la juridiction de céans ne permettent pas de retenir un avis différent, puisqu'il a déclaré qu'en cas de douleurs aiguës du membre supérieur droit, la prise de médicaments suffisait à

rétablir la situation dans la demi-heure qui suivait, et que, par rapport à son genou droit, il avait adapté son comportement, de manière à éviter les blocages de son genou qui étaient à l'origine d'intenses douleurs.

Il s'ensuit que l'argument du recourant selon lequel ses douleurs au genou s'étaient aggravées au point qu'une opération était envisagée mais qu'il ne pouvait s'y soumettre car son logement ne lui permettrait pas d'y accéder en chaise roulante, nécessaire à sa convalescence qui durerait une année, doit être rejeté. De plus, les motifs justifiant son refus à subir l'intervention envisagée, qui permettrait de corriger la malunion du tibia et ainsi diminuer ses douleurs, ne relèvent pas de l'assurance-invalidité et, au demeurant, sont contredits par les déclarations du Dr P_____ selon lesquelles l'assuré pourrait être hospitalisé dans une clinique où il pourrait être rapidement mobilisé.

A/3810/2009 - 17/19 -

Ainsi, la Chambre de céans retient en définitive que, depuis la fin du reclassement professionnel, le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

E. 8

Dans la mesure où, dans leurs rapports médicaux respectifs et lors de leur audition par la juridiction de céans, les Dr M_____ et P_____ ont abordé tous les aspects de l'état de santé du recourant nécessaires à la détermination de sa capacité de travail, il ne se justifie pas d'ordonner une nouvelle expertise.

E. 9

Reste à examiner si la comparaison des revenus sans et avec invalidité révèle un degré d'invalidité ouvrant le droit à une rente.

a) Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). 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 (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5).

Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). 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 non publié du 25 mai 2007, I 428/06).

b) En l'espèce, la question de l'octroi d'une rente antérieurement à la fin du reclassement professionnel dont a bénéficié le recourant ne se pose pas, puisque ce dernier a perçu des indemnités journalières durant les mesures d'ordre professionnel dont il a fait l'objet (art. 29 al. 2 LAI).

A/3810/2009 - 18/19 -

Pour la période postérieure, la détermination du taux d'invalidité par l'OAI en 2006 est exempte de critique et n'est d'ailleurs pas contestée. La Chambre de céans retiendra donc que le degré d'invalidité du recourant s'élève à 15%, ce qui est insuffisant pour ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

E. 10

Il résulte de ce qui précède que le recours sera rejeté et la décision attaquée confirmée.

A/3810/2009 - 19/19 -

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