

GE_GERICHTE ATAS/596/2011 vom 7. Juni 2011

GE Cour de justice, 2011-06-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_596_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/596/2011 du 7 juin 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/596/2011 del 7 giugno 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 26 septembre 2010). 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 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b). Par conséquent, d'un point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité dès le 18 janvier 2006 doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, entrées en vigueur en date du 1er janvier 2004, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329). En revanche, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2006 (RO 2007 5129 ; 5ème révision AI) entrée en vigueur le 1er janvier 2008 ne sont pas applicables en vertu 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).

E. 3

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

A/2643/2007 - 14/22 -

E. 4

Le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité depuis janvier 2006, les conclusions subsidiaires de l'assuré portant sur l'octroi de mesures professionnelles étant devenues sans objet compte tenu de son état de santé.

E. 5

a) Aux termes de l'art. 4 aLAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1er). b) Conformément à l'art. 8 al. 1er LAI, dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage, ce droit étant déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable. L'art. 8 al. 3 aLAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent des mesures médicales (let. a), des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement professionnel, service de placement) (let. b), des mesures de formation scolaire spéciale (let. c), l'octroi de moyens auxiliaires (let. d) et l'octroi d'indemnités journalières (let. e). c) Selon l'art. 4 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé de l'assuré; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 5 consid. 2b, 157 consid. 3a). S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où il prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1er LAI dans sa version en vigueur avant la 5e révision de la loi, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable, mais au plus tôt le premier jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 aLAI ; ATF 126 V 5 consid. 2b et les références). En vertu de l'art. 48 LAI, dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2003 au 31 décembre 2007, le droit à des prestations arriérées est régi par l'art. 24 al. 1er LPGA (al. 1er). Si l'assuré présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations, en dérogation à l'art. 24 al. 1er LPGA, ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. En vertu de l'art. 88a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI), si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il

A/2643/2007 - 15/22 - y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis RAI est toutefois applicable par analogie (al. 2). d) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette dernière disposition prévoit que, 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. e) Selon l'art. 28 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007, 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. 6

mai 2003, I 762/02). c) On ne saurait mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un COMAI – dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'Office fédéral des assurances sociales sont garantis (ATF 123 V 175) – et un rapport médical établi par le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) ; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est de manière générale nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères exposés précédemment (ATFA non publié du 24 août 2006, I 938/05, consid. 3.2).

E. 7

a) Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut en principe pas être prononcé (ATF 125 V 413 consid. 1a p. 414; 119 Ib 33 consid. 1b p. 36 et les références). Selon la jurisprudence, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501 consid. 1.2 p. 503, 122 V 34 consid. 2a p. 36 et les références).

b) En l'occurrence, la Cour étendra son examen à l'aggravation de l'état de santé de l'assuré dès janvier 2009, par économie de procédure, dès lors que les parties ont largement pu s'exprimer sur cet aspect, lequel a été instruit de façon approfondie par une expertise ordonnée par l'OAI et qui est ainsi en l'état d'être jugée, étant précisé que l'OAI admet l'aggravation de l'état de santé pour des motifs psychiques et l'incapacité de travail en résultant, la contestation de l'incapacité de travail retenue par les experts portant sur la période antérieure à la décision.

E. 8

a) Dans le cas d'espèce, la décision litigieuse du 7 juin 2007 est essentiellement fondée sur le rapport médical du SMR du 26 mars 2007, qui ne contient pas une analyse approfondie du cas. En effet, il se contente d'affirmer qu'une partie des symptômes douloureux "peut certainement" être mis sur le compte d'un diabète

A/2643/2007 - 17/22 - sucré mal équilibré, mais que l'on peut "raisonnablement se demander" si la fluctuation glycémique n'est pas due à "un suivi alimentaire erratique". En l'absence de complication visuelle ou rénale, il est proposé de suivre l'avis du Dr A_____, qui propose une activité de 4 à 6 heures dans une activité adaptée.

En particulier, aucun examen des limitations fonctionnelles décrites par la Dresse A_____ n'est fait, à savoir que le patient ne peut pas rester plus de 45' en position assise ou debout, que les positions doivent donc être alternées, qu'il est incapable de tenir à genoux, incliné, accroupi, se baisser, porter des charges. Le SMR retient, sans explication, ni examen, que l'assuré peut exercer à 80% un travail sédentaire, sans port de charges, sans marche prolongée, ni en terrain irrégulier, sans l'utilisation d'escabeau, échelle ou escaliers.

Les difficultés à rester debout ne sont pas retenues, sans motivation, alors que le SMR a relevé que le patient se plaint de douleurs sous les pieds et qu'il marche sur la tranche externe des pieds pour éviter la douleur.

Ainsi, le SMR a exclu sans motif une partie des limitations fonctionnelles liées à la polyneuropathie douloureuse consécutive au diabète. Il n'a pas tiré de conclusions de son diagnostic et s'est contenté de reprendre, au demeurant de façon tronquée, les indications du médecin traitant sur la capacité de travail résiduelle du patient. Ainsi, alors que l'avis n'apporte aucun élément différent des appréciations de la Dresse A_____, la décision de l'OAI retient une capacité de travail de 80% dans l'activité habituelle, alors que le médecin cité admet une capacité allant de 60% à 80% dans une activité adaptée et tenant compte de l'ensemble des limitations fonctionnelles retenues. Au vu de ces éléments, le Tribunal cantonal des assurances sociales a estimé que le seul rapport du SMR n'était pas suffisamment clair et motivé pour tirer des conclusions définitives sur l'état de santé de l'assuré ainsi que sur sa capacité de travail, raison pour laquelle il a ordonné un stage d'observation par ordonnance du 13 novembre 2007. En mentionnant que "le recourant pourrait travailler entre 80% et 100% dans une activité adaptée", le Tribunal s'est fondé sur l'appréciation médicale figurant au dossier, soit celle du SMR et a souhaité vérifier cette aptitude concrètement. La Tribunal n'a ainsi pas retenu ou "conclu" que cette capacité de travail était établie, sans quoi il aurait tranché le cas sur cette base, sans instruction complémentaire.

b) Le stage d'observation effectué de mars à juin 2008 a permis de confirmer la réalité des limitations fonctionnelles décrites par le médecin traitant en 2006 déjà. En particulier, il est déterminé que seule la position assise, avec alternance toutes les heures est possible. La position debout est indiquée une heure au maximum. La fatigabilité physique est existante et l'attention est limitée en raison de cette fatigabilité physique. Les efforts manuels sont à éviter, car des tremblements sont observés. Cela implique que le travail debout sur des machines dangereuses n'est plus possible. Le stage chez Y_____ confirme que l'assuré a de la peine à rester statique devant un poste, qu'il utilise habilement le tournevis mais tremble

A/2643/2007 - 18/22 - beaucoup. Ainsi, c'est à tort que le SMR indique le 17 septembre 2009 que de nouvelles limitations fonctionnelles ont été constatées lors du stage. Celles-ci étaient déjà présentes lors de la décision dont est recours.

Si l'observation professionnelle effectuée avec sérieux en 2008 confirme la réalité des limitations fonctionnelles découlant des atteintes à la santé du recourant et établit que seules des activités professionnelles sans danger sont adaptées aux limitations, elle ne permet pas de déterminer, du point de vue médical, les diagnostics, le taux de capacité de travail résiduel de l'assuré et la date du début des affections invalidantes. C'est donc à tort que le Tribunal a alors proposé au recourant de s'inscrire au chômage sur la base des constats du stage, mais à juste titre que le SMR a suggéré, au vu des incertitudes subsistant, une expertise multidisciplinaire.

c) L'expertise de la CRR effectuée peut se voir reconnaître pleine valeur probante. Les rapports des experts ont été établis en pleine connaissance du dossier, sur la base de plusieurs entretiens avec l'intéressé, d'un examen complémentaire de neuropsychologie, ils prennent en considération les plaintes du patient ainsi que l'histoire médicale de celui-ci et leurs conclusions sont bien motivées et claires. Les experts ont également vérifié leurs

conclusions s'agissant des limitations de l'assuré par un stage en atelier. Pour le surplus, les parties ne soulèvent aucune circonstance particulière permettant de douter de l'indépendance des examinateurs. Les éléments médicaux apportés par les parties et les autres éléments du dossier ne sont pas susceptibles de remettre en cause les conclusions des experts.

S'agissant du plan psychiatrique, les diagnostics de stress post traumatique et de trouble dépressif majeur ne sont pas contestés. La motivation de l'expert s'agissant de la date de l'aggravation de l'état de santé est tout à fait convaincante, car elle se fonde sur les rapports médicaux des médecins traitants, qui mentionnent pour la première fois cette aggravation en 2009 (DR F_____, qui retient une incapacité dès le 1er janvier 2009), le patient étant traité depuis mai 2010 seulement (Dr H_____). Ainsi, l'argument du recourant, selon lequel l'incapacité de travail remonte à l'origine du stress post-traumatique n'est pas pertinent. En effet, et comme il l'admet lui-même, il est possible qu'un traumatisme reste enfoui de nombreuses années, sans provoquer aucun trouble psychiatrique et, par conséquent, aucune incapacité de travail. De même, la réminiscence de la violence occasionnée par un conflit (le conflit conjugal de 2008 en l'espèce) n'a pas forcément d'effet immédiat. D'ailleurs, c'est à partir de mai 2008 seulement que l'assuré, qui perd son logement et est confronté à des difficultés conjugales, commence à adopter un comportement inadapté avec des collègues lors du stage en entreprise, qui est vraisemblablement un signe avant coureur des troubles psychiatriques, lesquels ne sont pas encore mis en évidence en octobre 2008 lors du test chez Y_____. L'expert admet certes que l'état dépressif était déjà présent avant janvier 2009, mais qu'il ne présentait pas la gravité constatée depuis lors. La Cour retiendra donc, au

A/2643/2007 - 19/22 - degré de la vraisemblance prépondérante, que les troubles psychiques retenus par l'expert impliquent une incapacité de travail dès le 1er janvier 2009, date à partir de laquelle le SMR admet l'aggravation de l'état de santé pour ce motif.

S'agissant du plan somatique, les diagnostics ne sont plus contestés et le SMR ne prétend plus que les conséquences du diabète seraient dues à un comportement alimentaire erratique de l'assuré. Ce sont toutefois les répercussions des troubles sur la capacité de travail de l'assuré qui sont discutées. D'une part, les conséquences objectivées par les experts de la polyneuropathie ataxiante et du diabète sont des douleurs, des tremblements, une fatigabilité accrue et une limitation de l'attention. Les limitations fonctionnelles retenues par les experts et le SMR sont: la position debout (sauf occasionnellement et pour un temps court), les escaliers, escabeaux, échelles, les terrains irréguliers, les activités manuelles lourdes et avec une contrainte de temps. Le SMR conteste essentiellement la fatigabilité retenue. Or, contrairement à l'argument invoqué, la fatigabilité physique, de même que les tremblements et la difficulté d'attention ont été dûment constatés lors du stage aux EPI, les responsables de l'atelier relevant en plus un faible tonus, mais il s'avère que ses conséquences ont été mal évaluées en termes de capacité de travail. Le rendement constaté va de 60% à 100% et le fait de pouvoir rester assis 8 heures n'est pas une mesure suffisante de la capacité de travail sur une longue durée et dans des conditions réelles d'emploi. De plus, la capacité de travail de 50% retenue par les experts est justifiée de façon convaincante par des conséquences désormais objectivées médicalement, soit non seulement la fatigabilité accrue, mais aussi les douleurs, les malaises dus au diabète mal équilibré et les difficultés d'attention. Les experts ont en outre expliqué que malgré des fonctions cognitives dans la norme, la fatigabilité est majeure après deux heures d'examen seulement, de sorte

qu'elle a des conséquences sur les performances constatées. Par contre, pour ce qui est du début de l'incapacité de travail durable, s'il ne fait pas de doute au vu des premiers avis médicaux recueillis par l'OAI que les troubles retenus datent de 2004, leurs conséquences sur la capacité de travail de l'assuré sont moins clairement déterminées. Les experts retiennent 2004 en se fondant semble-t-il sur les dires de l'assuré. Toutefois, dans la mesure où aucun médecin consulté à l'époque des faits n'atteste d'une incapacité de travail avant janvier 2006, sauf une courte période en 2004 pour des troubles cardiaques, la Cour retiendra, au degré de la vraisemblance prépondérante que l'incapacité de travail est de 50% depuis le 18 janvier 2006 (cf. rapport des HUG du 19 juin 2006). S'agissant de la capacité de travail globale de l'assuré dès le 1er janvier 2009, les experts admettent que la fatigabilité retenue comme conséquence des troubles somatiques est encore aggravée du fait des psychotropes et de l'état psychique, ce qui, ajouté aux limitations fonctionnelles et à l'absence de résistance au stress et à une journée de travail, justifie une incapacité de travail globale de 80% dès le 1er janvier 2009. Le SMR critique "l'addition" des taux d'incapacité psychique et somatique et les experts ont expliqué leur position par le fait que l'aspect psychique

A/2643/2007 - 20/22 - était devenu prépondérant dès 2009, tout en confirmant l'incapacité de 50% pour des troubles uniquement somatiques de 2004 à 2009. Leurs explications sont judicieuses, car l'évaluation effectuée est globale. Cela étant, l'incapacité de travail de 50% avant 2009 ayant été admise par la Cour et l'aggravation de l'état de santé depuis lors n'étant pas contestée ni contestable, cette question devient sans objet. Le psychiatre de l'assuré estime quant à lui que son patient est incapable de travailler à 100% depuis janvier 2009. Au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, de l'absence de motivation précise du médecin traitant quant à la sévérité du trouble, il convient de se ranger à l'avis des experts et retenir une incapacité globale de 80% dès le 1er janvier 2009. Cela étant, la prise en compte d'une capacité de travail de 80% ou de 100% dès le 1er janvier 2009 n'a pas d'influence sur le droit aux prestations. d) Le seul autre point sur lequel l'expertise est critiquable concerne l'activité exigible retenue, soit la profession exercée jusqu'alors de mécanicien de précision sur machine lourdes, dès lors que tant le médecin traitant que ceux du SMR retiennent, au vu des tremblements et du manque d'équilibre notamment, que celle-ci présente trop de dangers. Il faut donc suivre l'OAI, s'agissant des tables des ESS retenues pour le revenu d'invalidité et sans invalidité. L'année déterminante pour l'octroi des prestations est 2007, soit un an après le début de l'incapacité durable de plus de 20%. C'est à juste titre que l'OAI ne retient pas d'abattement supplémentaire, les limitations fonctionnelles sont suffisamment prises en compte, l'assuré est âgé de 39 ans en 2006 et il dispose d'un permis d'établissement "C". Les chiffres et le calcul du taux d'invalidité effectué par l'OAI peuvent donc être repris sous réserve du taux d'activité retenu soit 50% au lieu de 80% comme suit: revenu sans invalidité: 62'784 fr. (ESS 2006, TA7, ligne 10, niveau 4, homme, pour 41.7 heures, réévalué à 2007) et revenu d'invalidité: 60'226 fr. (ESS 2006, TA1, total, niveau 4, homme, réévalué à 2007) x 50%, soit 30'113 fr. Ainsi, le taux d'invalidité est de 52%. Après l'aggravation de janvier 2009, le calcul effectué selon les mêmes tables, mais sur la base des ESS 2008, réévalués à 2009, soit un revenu sans invalidité de 62'241 fr. (TA 7, idem, pour 41.6 heures), et un revenu d'invalidité de 61'298 fr (TA1, idem pour 41.6 heures) x 20%, soit de 12'259 fr. Ainsi, le taux d'invalidité passe à 80% dès janvier 2009.

E. 9

Ainsi et en résumé, la Cour retient que lors de la décision du 7 juin 2007, le recourant était, depuis le 18 janvier 2006, totalement incapable de travailler dans sa profession et capable de travailler à 50% dans une profession adaptée. Cette incapacité de travail s'est durablement aggravée, atteignant au moins 80% dès le 1er janvier 2009. Il en résulte un taux d'invalidité de 52% ouvrant le droit à une demi rente dès le 1er janvier 2007 et de 80% ouvrant le droit à une rente entière dès le 1er avril 2009, soit trois mois après l'aggravation. Le recourant a également droit au versement d'un intérêt moratoire de 5% dès le 1er janvier 2009, soit à l'échéance

A/2643/2007 - 21/22 - d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, et ce, dans les limites de l'art 24 al. 4 LPGa, les montants dus à des tiers, tels l'Hospice Général par exemple ne portant pas intérêts, étant précisé que le recourant s'est entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe (art. 26 al. 2 LPGa et 7 OPGA).

E. 10

Le recours est donc partiellement admis, la décision du 7 juin 2007 est annulée, l'assuré ayant droit à une demi rente d'invalidité dès le 1er janvier 2007 et à une rente entière dès le 1er avril 2009, majorée d'un intérêt moratoire de 5% dès le 1er mars 2008. Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la Cour fixe en l'espèce à 2'500 fr. (art. 61 let. g LPGa ; art. 89H al. 3 LPA). L'intimé sera par ailleurs condamné à un émolument limité à 200 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI), compte tenu des frais d'expertise et de stage à sa charge.

A/2643/2007 - 22/22 - 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.