

GE_GERICHTE ATAS/604/2011 vom 7. Juni 2011

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_604_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/604/2011 du 7 juin 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/604/2011 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 A/3765/2009 - 10/18 - 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 de l'assurance-invalidité. 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). S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de l'AI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, elles sont à prendre en considération pour déterminer les prestations dès cette date, eu égard au principe rappelé ci-dessus. Cela étant, cette nouvelle n'a pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4316). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 71, consid. 6b).

E. 3

Interjeté dans la forme et le délai prescrits par la loi, le recours est recevable.

E. 4

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité. En revanche, le droit du recourant à des mesures d'ordre professionnel ne sera pas examiné dans le cadre du présent recours. Il sied en effet de rappeler que dans la procédure juridictionnelle administrative, seuls les rapports juridiques au sujet desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision peuvent en principe être examinés. En effet, 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 pas être prononcé (ATF 131 V 164, consid. 2.1; ATF 125 V 413, consid. 1a et les références citées). Toutefois, 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 du litige, 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, ATF 122 V 36, consid. 2a et les références citées). En l'espèce, l'intimé ne s'est pas formellement prononcé sur l'octroi de mesures d'ordre professionnel dans la décision querellée et les parties ne se sont pas déterminées à ce sujet dans leurs écritures, si bien que le droit du recourant à de telles mesures ne fait pas l'objet du litige. Si le recourant entend contester la position de l'intimé sur l'octroi de mesures de réadaptation, il lui

A/3765/2009 - 11/18 - appartient de demander à ce dernier de rendre une décision formelle susceptible de recours sur ce point.

E. 5

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 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. 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. 28 al. 2 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : 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 (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que 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, consid. 2.2). b) 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. À cet égard, il convient 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 125 V 351, consid. 3; ATF 122 V 157, consid. 1c). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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). d) 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 l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait

A/3765/2009 - 13/18 - qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2).

E. 7

a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue en règle générale en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus, puis en les confrontant l'un à l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe 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 (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (ATF 129 V 222, consid. 4.1; ATF 128 V 174). b) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n° U 400 p. 381, consid. 2a). 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 129 V 222, consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide (ATF du 24 avril 2006, I 168/05, consid. 3.3; ATF du 17 octobre 2003, B 80/01, consid. 5.2.2). c) S'agissant du recours à des données statistiques, le Tribunal fédéral a précisé que lors de la détermination du revenu d'invalide, il convient généralement de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table de l'Enquête suisse des salaires TA1, à la ligne "total secteur privé" (ATF 124 V 321, consid. 3b/aa). Toutefois,

A/3765/2009 - 14/18 - lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers, voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsque avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalide et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF du 20 novembre 2009, 9C_142/2009, consid. 4.1; ATF du 24 août 2007, 9C_237/2007, consid. 5.1; RAMA 2000 n° U 405, consid. 3b). d) 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/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). 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 (ATF 126 V 75, consid. 5b). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation de l'autorité (ATF 132 V 393, consid. 3.3). Le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75, consid. 6). Conformément à l'art. 61 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative (LPA; E 5 10), seul l'abus ou l'excès du pouvoir d'appréciation peut être revu par le Tribunal de céans. Il y a abus du pouvoir d'appréciation lorsque l'autorité, tout en restant dans les limites du pouvoir d'appréciation qui est le sien, se fonde sur des considérations qui manquent de pertinence et sont étrangères au but visé par les dispositions légales applicables, ou viole des principes généraux du droit tels que l'interdiction de l'arbitraire et de l'inégalité de traitement, le principe de la bonne foi et le principe de la proportionnalité (ATF C 114/01 du 28 juin 2002, consid. 2b/aa; ATF 123 V

150, consid. 2). Il y a excès du pouvoir d'appréciation notamment dans le cas où l'excès de pouvoir est négatif, soit lorsque l'autorité considère qu'elle est liée, alors que la loi l'autorise à statuer selon son appréciation, ou qu'elle renonce d'emblée en tout ou partie à exercer son pouvoir d'appréciation (ATF 9C_280/2010 du 12 avril 2011, consid. 5.1 ; ATF 116 V 307, consid. 2).

E. 8

En l'espèce, tant le Dr K_____ que le Dr L_____ ont conclu à une capacité de travail du recourant de 75 %. On relèvera que les expertises réalisées par ces médecins satisfont parfaitement aux réquisits jurisprudentiels développés ci-dessus. En effet, elles se fondent sur l'étude du dossier médical et sur un examen clinique approfondi, tiennent compte des plaintes du recourant et leurs conclusions sont claires et motivées.

A/3765/2009 - 15/18 - Quant aux rapports établis par le Dr H_____, il y a lieu de souligner que les atteintes dont il fait état (lombalgies, douleurs à la jambe droite et état psychique) étaient connues des experts et ont été prises en compte dans l'évaluation de la capacité de travail. L'hernie discale avait été décrite en 2005 déjà par le Dr J_____. Seule l'atteinte bilatérale des nerfs médians constitue un élément nouveau. Cependant, même si cette atteinte avait des répercussions sur la capacité de travail du recourant – ce qui n'a pas été établi par le Dr S_____, il y a lieu de rappeler que, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 116 V 248, consid. 1a et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 287, consid. 4). Ainsi, si la neuropathie diagnostiquée subsiste malgré le traitement qui doit être mis en place et entraîne une aggravation de l'incapacité de travail du recourant, celui-ci devra déposer une nouvelle demande de prestations. S'agissant de la prise en charge par un psychiatre, la Cour de céans rappelle qu'elle était déjà préconisée par le Dr L_____ et ne suffit ainsi pas à démontrer une aggravation de l'état de santé du recourant. Enfin, les douleurs que le recourant allègue à l'appui de son recours sont connues. De plus, les médecins consultés n'ont pas réussi à en établir l'origine : le Pr D_____ et les Drs E_____ et F_____ notaient en avril 2005 que la symptomatologie de l'assuré ne pouvait être expliquée, ce que confirmait la Dresse I_____ dans son rapport d'août 2005. Cela ressort également de l'expertise du Dr K_____, qui signalait une discordance entre les constats cliniques et les plaintes du recourant, ainsi que de l'expertise du Dr N_____, qui indiquait que les plaintes du recourant ne pouvaient être expliquées par l'évolution des lésions accidentelles. Or, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, les simples plaintes subjectives d'un assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle, compte tenu des difficultés en matière de preuve à établir l'existence de douleurs en l'absence d'observations médicales concluantes sur le plan somatique (ATF du 29 septembre 2008, 9C_405/2008, consid. 3.2). Par conséquent, dans la mesure où les douleurs alléguées par le recourant ne reposent pas sur un substrat organique, elles ne permettent pas de conclure à une incapacité de gain. Compte tenu de ce qui précède, les rapports du Dr H_____ ne suffisent pas à remettre en cause les conclusions des experts sur la capacité de travail du recourant. Quant aux rendements constatés par les maîtres de stage, ils ne constituent pas une indication fiable de la capacité de gain du recourant dans la mesure où ils ont pu être faussés par l'attitude de celui-ci.

E. 9

Conformément à ce qui précède, il y a lieu d'admettre que le recourant présentait une incapacité totale de gain du 1er octobre 2003 au 14 avril 2006, date de l'expertise du Dr K_____, et une capacité de travail de 75 % dès cette date.

A/3765/2009 - 16/18 - Le recourant peut dès lors prétendre à l'octroi d'une rente entière depuis le 1er octobre 2004, soit après le délai d'attente d'un an prévu par l'art. 28 al. 1 LAI. Conformément à l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Le droit à une rente entière s'éteint dès lors trois mois après l'amélioration constatée par le Dr K_____, soit le 31 juillet 2006, comme l'a d'ailleurs admis l'intimé dans sa réponse. La décision querellée doit dès lors être modifiée en ce sens. L'intimé a retenu que le recourant présentait par la suite une capacité de travail de 75 % et évalué son invalidité à 22 %. Pour son calcul, l'intimé s'est fondé sur un revenu avec invalidité correspondant à une activité simple et répétitive dans le domaine de la fabrication et la transformation de produits et procurant un revenu mensuel de 4'777 fr. pour 40 heures par semaine, soit 4'981 fr. pour 41.7 heures de travail, soit la durée hebdomadaire moyenne de travail en 2006. Il est cependant erroné de tenir compte d'un tel revenu. En effet, en l'absence de revenu effectivement réalisé après la survenance de l'invalidité ou d'indices concrets permettant de retenir un secteur plutôt qu'un autre, il y a lieu de se référer à la ligne "Total secteur privé" du tableau 1 de l'Enquête suisse des salaires. On doit donc admettre un revenu d'invalidé de 4'588 fr. pour 40 heures par semaine (ligne « total » du TA1, niveau 4). Cela correspond à un revenu de 4'783 fr. pour 41.7 heures hebdomadaires, soit 57'395 fr. par an et 58'548 fr. après indexation en 2006. Compte tenu de la capacité de travail de 75 %, le revenu annuel avec invalidité est de 43'911 fr. (58'548 fr x 75 %). De plus, l'intimé n'a tenu compte d'aucun abattement sans même indiquer pour quels motifs il renonçait à réduire le salaire statistique. Il a ainsi commis un excès de son pouvoir d'appréciation, qu'il convient de corriger. En l'occurrence, il y a lieu de procéder à un abattement de 10 % du salaire statistique, compte tenu du fait des limitations fonctionnelles du recourant et de sa capacité de travail restreinte. Une réduction plus importante ne se justifie pas compte tenu de l'âge du recourant et de l'éventail de postes adaptés à ses limitations. On obtient ainsi un revenu annuel après invalidité de 39'520 fr. Comparé au revenu que le recourant aurait obtenu sans invalidité pour 2006, soit 58'595 fr. après indexation, le degré d'invalidité est de 33 %. Cela reste insuffisant pour ouvrir le droit à une rente, de sorte que le recourant ne peut prétendre à l'octroi d'une rente après le 1er août 2006.

A/3765/2009 - 17/18 -

E. 10

Compte tenu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis. Le recourant a droit à une indemnité de dépens, fixée en l'occurrence à 1'000 fr.

A/3765/2009 - 18/18 - 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.