

GE_GERICHTE ATAS/607/2007 vom 29. Mai 2007

GE Cour de justice, 2007-05-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_607_2007

FR: GE_GERICHTE ATAS/607/2007 du 29 mai 2007

IT: GE_GERICHTE ATAS/607/2007 del 29 maggio 2007

Erwägungen

E. 1

La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). 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. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1,

A/88/2007 - 8/18 - 129 V 4 consid. 1.2). Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Pour les mêmes raisons, les dispositions de la nouvelle loi du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), sont applicables (ATF 127 V 467 consid. 1). Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance- invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances et l'introduction d'un émolument (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit puisque le recours a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

E. 3

Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. La décision sur opposition du 28 novembre 2006 a été reçue par le recourant le 1er décembre 2006 et le délai de recours n'a commencé à courir que le lendemain de la réception de sorte qu'il arrive à échéance le 15 janvier 2007 (art. 38 al. 1 et 4 let. c LPGA). Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours déposé le 10 janvier 2007 est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.

E. 4

Le litige porte, d'une part, sur l'évaluation de l'invalidité du recourant et en particulier sur la suppression de sa rente entière à partir du 1er août 2006, d'autre part, sur la taxation des honoraires de son avocat dans le cadre de l'assistance juridique allouée en procédure administrative.

E. 5

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 41 LAI (ATF 125 V 417 ss. consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2), respectivement 17 LPGA. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. 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 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, ATFA non publié du 28 décembre 2006, I 520/05, consid 3.2).

A/88/2007 - 9/18 - En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2d; RCC 1984 p. 137). Selon cette disposition, si la capacité de gain d'un assuré ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels s'améliore, 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.

E. 6

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). 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 (art. 7 LPGA). 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). En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa nouvelle teneur), 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. L'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

E. 7

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

A/88/2007 - 10/18 - 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3). Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). Enfin, en ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

E. 8

Le recourant soutient, en se basant sur le rapport de son médecin traitant, que sa capacité de travail est nulle dans toute activité, alors que l'intimé prétend qu'elle est entière dans une activité adaptée en s'appuyant sur le rapport du SMR. Dans son rapport du 25 juillet 2006, le Dr G_____ a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, un status après amputation à mi-jambe gauche pour insuffisance artérielle sévère, une insuffisance artérielle stade III du membre inférieur droit et une insuffisance veineuse des membres inférieurs. Il a également posé un diagnostic, sans incidence sur la capacité de travail, d'hypertension artérielle essentielle, d'hyperlipidémie en traitement, de cervicalgies sans substrat radiologique et de lombalgies. Il a constaté que le moignon d'amputation était actuellement de bonne qualité et que la prothèse était bien adaptée. Il a précisé que les artères périphériques du membre inférieur droit étaient bien palpables, mais qu'il n'était pas exclu que la situation s'aggrave étant donné que l'assuré continuait à fumer et à être sédentaire. Il a expliqué que le patient se plaignait de cervicalgies fréquentes et de lombalgies apparaissant après plus de 500 mètres de marche et après le maintien de la

position assise pendant plus de 45 minutes, mais que ces symptômes n'avaient pas été réellement investigués et n'avaient pas bénéficié d'un traitement adéquat, enfin que l'assuré ne prenait aucun

A/88/2007 - 11/18 - antalgique. Il a considéré que le patient pouvait exercer un métier sédentaire dans lequel des courts déplacements à pied étaient possibles, qu'il devait éviter la position debout prolongée, les longues marches et le port de charges supérieures à

E. 10

Le recourant requiert la mise en œuvre d'une expertise sous prétexte que le Dr G _____ n'est ni indépendant, ni neutre. Vu ce qui précède, la mise en œuvre d'une expertise est inutile, les pièces médicales versées au dossier permettant de statuer en pleine connaissance de cause sur le présent litige.

E. 11

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, 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 (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b). 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 222 et 128 V 174). En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Hypothétique, le revenu sans invalidité n'en doit pas moins être évalué de manière aussi concrète que possible. C'est

A/88/2007 - 14/18 - pourquoi il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, qui équivaut normalement à une prestation de travail correspondante. Pour cette raison, la preuve de l'existence de circonstances justifiant de s'écarter du revenu effectivement réalisé est soumise à des exigences sévères, qu'il s'agisse de l'évaluation du revenu avec ou sans invalidité et de la preuve de circonstances justifiant de s'écarter du revenu effectif en faveur ou en défaveur de l'assuré (ATF 129 V 222 consid. 4; ATFA non publié du 10 décembre 2001, I 320/01, consid 2b). Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base, notamment, des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75. consid. 3b/bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale. (ATF 124 V 321).

E. 12

Il convient d'examiner s'il existe un changement important des circonstances propre à justifier la limitation de la rente au 31 juillet 2005. Or, un tel examen ne peut intervenir que par le biais d'une comparaison entre les différents états de fait successifs (ATFA non publié

du 22 juillet 2002, I 592/01, consid. 3a), à savoir ceux existant entre le début de l'incapacité de travail d'au moins 20% fixé au 9 avril 2002 par le Dr G _____ et le 1er août 2005 date de la suppression de la rente. Sur la base du rapport du médecin du SMR, l'OCAI a considéré que le recourant a présenté un degré d'invalidité de 100% dans toute activité jusqu'à la mise en place de la prothèse de la jambe gauche puis à son adaptation, à savoir jusqu'au 30 avril 2005, date à laquelle le recourant est en mesure de travailler à 100% dans une activité sédentaire. En conséquence, il faut admettre qu'à la suite de la mise en place de la prothèse, il s'est produit une amélioration notable tant de l'état de santé du recourant que de sa capacité de gain (ATFA non publié du 19 mars 2002, I 207/01). En conséquence, pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer en 2005. En l'espèce, selon les indications données par l'employeur qui ne sont pas contestées par le recourant, ce dernier aurait obtenu, en 2003, un revenu annuel de 44'400 fr. qu'il convient d'adapter à l'évolution des salaires jusqu'en 2005. Etant donné que l'indice des salaires nominaux a passé dans le domaine de la restauration de 114.4 en 2003 à 117 en 2005 (cf. Office fédéral de la statistique, indice des salaires nominaux, tableau T1.93_I), le revenu sans invalidité en 2005 s'élève à 45'409 fr. 10 ($44'400 \times 117 : 114.4$).

A/88/2007 - 15/18 - Contrairement à ce que prétend l'intimé, ce salaire n'est pas très nettement inférieur à celui, pour la même année, que réalisait un homme non qualifié travaillant dans le secteur de l'hôtellerie et de la restauration. En effet, selon les données statistiques, le salaire d'un tel employé était, en 2004, de 3'514 fr. pour 40 heures de travail hebdomadaire (Enquête suisse sur la structure des salaires 2004 [ci-après : ESS], TA1, ch. 55, niveau de qualification 4), respectivement de 42'168 fr. Converti en horaire de 43.1 heures (Office fédéral de la statistique, statistique du volume de travail 2005, section hôtellerie et restauration) ce salaire s'élève à 45'436 fr. par an ($42'168 \times 43.1 : 40$) qu'il convient encore d'adapter en fonction de l'évolution des salaires de 2004 à 2005 (1.2 %; tableau T1.93_V hôtellerie et restauration) ce qui donne un résultat final de 45'981 fr. 25 ($45'436 + 1.2\%$) quasiment identique au revenu que le recourant réaliserait sans invalidité. En conséquence, il n'y a aucune raison de procéder à une réduction supplémentaire pour tenir compte de la jurisprudence en matière de facteurs étrangers à l'invalidité comme l'a fait à tort l'intimé (ATF 129 V 225 consid. 4.4). Pour ce qui est du revenu d'invalidité, il importe de préciser que le recourant n'a repris aucune activité professionnelle. Dès lors, il faut se référer aux données de l'ESS. Une activité simple et répétitive dans le secteur privé pour un homme (niveau de qualification 4) donnait droit en 2004 (ESS 2004, Tableau TA1, valeur médiane, tous secteurs confondus, part au 13ème salaire comprise) à un revenu de 55'056 fr. ($4'588 \times 12$). De plus, le revenu statistique 2004 doit être adapté, d'une part, à l'horaire de travail de 2005 puisque les salaires bruts standardisés sont fondés sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2005 et, d'autre part, à l'augmentation des salaires nominaux en 2005 en appliquant l'indice relatif aux hommes ou aux femmes (ATF 129 V 410 consid. 3.1.2). L'indice des salaires nominaux pour les hommes a progressé de 0.9% entre 2004 et 2005 (table T1.39) et le temps de travail en 2005 était de 41.6 heures par semaine (table T2.5.2), ce qui donne un revenu annuel de 57'773 fr. 55 ($55'056 + 0.9\% = 55'551.50 \times 41.6 : 40$). Même dans une activité adaptée à savoir sédentaire, le recourant doit éviter certaines tâches telles que la position debout prolongée, les longues marches ainsi que le port de charges supérieures à 10 kilos. En conséquence, il a droit à une déduction qu'il convient de fixer à 15% en raison des limitations liées à son handicap, de l'exercice d'activités légères et de sa faible scolarisation (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). En définitive, le revenu d'invalidité s'élève

à 49'107 fr. 50 (57'773.55 – 15% de 57'773.55). Ce montant étant nettement supérieur au revenu sans invalidité de 45'409 fr. 10, il n'existe aucune perte de gain de sorte que le recourant n'a pas droit à une rente d'invalidité. Dans un tel cas de passage d'une rente entière d'invalidité à la suppression de cette prestation en raison de l'amélioration de la santé du recourant dans l'intervalle, l'art. 88a al. 1 RAI s'applique (VSI 2000 p. 313 ss consid. 2d). Etant donné que le changement déterminant est intervenu le 1er mai 2005, l'intimé pouvait supprimer le

A/88/2007 - 16/18 - droit à la rente entière dès le 1er août 2005 de sorte qu'il y a lieu de confirmer sa décision procédant à la suppression de la rente dès cette date.

E. 13

Au sujet de l'indemnisation au titre de l'assistance juridique gratuite accordée en procédure d'opposition fixée par l'intimé à 250 fr. TVA en sus, le recourant représenté par son avocate conteste ce montant. Il réclame 883 fr. 35 TVA en sus pour la procédure d'opposition. La question de savoir si le Tribunal de céans est compétent pour connaître d'un tel litige, alors que l'art. 19 al. 3 du règlement d'exécution de la loi relative à l'office cantonal des assurances sociales du 23 mars 2005 (J 7 04.01) ne prévoit cette compétence qu'en cas de refus de l'assistance juridique gratuite, peut rester non résolue dès lors qu'il n'y a pas lieu d'entrer en matière sur cet objet pour une autre raison. Selon l'art. 61 LPGA, sous réserve de l'art. 1 al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, la procédure devant le Tribunal de céans est réglée par le droit cantonal. En vertu de l'art. 60 let. b de la loi genevoise du 12 septembre 1985 sur la procédure administrative (ci-après: LPA), la qualité pour recourir est reconnue à quiconque est touché directement par la décision attaquée et a un intérêt personnel digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée. Conformément au principe de l'unité de la procédure, la notion d'intérêt digne de protection pour la procédure de recours cantonale doit être interprétée sur le plan matériel de la même manière que celle d'après l'art. 103 let. a OJ pour la procédure fédérale de recours de droit administratif (ATF 130 V 388 consid. 2.2). En l'espèce, le recourant n'a pas d'intérêt digne de protection à l'annulation de la décision attaquée sur ce point puisque seule son avocate est concernée étant donné que l'avocat d'office ne peut pas demander une indemnité complémentaire à la partie qu'il a représentée, même si l'indemnité de droit public qui lui est versée lui paraît insuffisante (ATF 108 Ia 11 consid. 1; DTA 1996/1997 N° 27 p. 151). En conséquence, le recourant n'est pas touché par la décision attaquée sur cette question et n'a aucun intérêt à l'annulation ou à la modification du chiffre 4 du dispositif de la décision sur opposition du 28 novembre 2006. En outre, le mandataire qui est seul légitimé à former recours à ce sujet ne déclare pas expressément agir en son propre nom. Au contraire, en page 10 de son écriture, il allègue que le recourant ne saurait admettre la taxation des honoraires de son conseil ce qui établit définitivement qu'il agit au nom de son dernier et non en son propre nom. Faute d'intérêt juridiquement protégé, l'assuré n'est pas légitimé à agir de sorte qu'il n'y a pas lieu d'entrer en matière sur cet objet (cf. ATFA non publié du 2 mai 2005, I 715/04, consid. 6).

E. 14

Mal fondé, le recours sera rejeté.

E. 15

En vertu de l'art. 69 al. 1 bis LAI, entré en vigueur le 1er juillet 2006, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations

A/88/2007 - 17/18 - de l'AI devant le Tribunal de céans est soumis à des frais de justice, lesquels doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. Le recourant étant débouté, il sera par conséquent condamné au paiement d'un émolument de 200 fr.

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