

GE_GERICHTE ATAS/609/2019 vom 27. Juni 2019

GE Cour de justice, 2019-06-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_609_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/609/2019 du 27 juin 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/609/2019 del 27 giugno 2019

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, 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 343 consid. 3).

E. 3

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

E. 4

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

E. 5

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

E. 6

a) 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). Selon 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 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 (al 1). 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 (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

A/1346/2018 - 8/13 - b) En vertu de l'art. 28 al. 2 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. 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

E. 7

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, lorsqu'il y a eu recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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 256 consid. 4 et les références). 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 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). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, 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 jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de

A/1346/2018 - 9/13 - leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants 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 (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2). 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 celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

E. 8

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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a).

E. 9

En l'espèce, l'intimé, se fondant sur les expertises des Drs D_____ et E_____, a considéré que l'assuré avait conservé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. A ce stade de la procédure, le recourant ne conteste plus les conclusions de l'expertise psychiatrique, mais seulement celles du Dr D_____, auquel il reproche de s'être fondé sur des radiographies remontant à 2014. Le Dr G_____, entendu en audience, a cependant confirmé les limitations fonctionnelles retenues par l'expert, se contentant d'y ajouter la limitation du périmètre de marche. On constate que les limitations fonctionnelles retenues par le Dr D_____ correspondent d'ailleurs à celles évoquées par la Dresse B_____. S'il est vrai que l'expert s'est fondé sur des imageries remontant à 2014, il n'en demeure pas moins que les atteintes physiques ne sont pas contestées. L'expert a retenu les diagnostics de discarthrose L5-S1 et de périarthrite de la hanche. Certes, les radiographies pratiquées en 2018 concluent également à des protrusions discales en L2-L3 et en L4-L5 (sans conflit radiculaire, celle-ci), cependant, les limitations fonctionnelles retenues par l'expert, induites par la tolérance mécanique du rachis lombaire, restent valables. Dès lors, une expertise rhumatologique supplémentaire

A/1346/2018 - 10/13 - n'apparaît pas nécessaire. Dans la mesure où il n'est pas contesté que le recourant est limité au niveau de son rachis lombaire et doit préserver celui-ci et où les limitations fonctionnelles sont établies à satisfaction, c'est à juste titre que l'intimé a suivi les conclusions de l'expert et retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

E. 10

Il convient à présent d'examiner la question du degré d'invalidité. a) 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, 128 V 174). b) Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. Il correspond au revenu effectivement réalisé par l'intéressé pour autant que les rapports de travail apparaissent particulièrement stables, qu'en exerçant l'activité en question celui-ci mette pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible et encore que le gain ainsi obtenu corresponde à son rendement effectif, sans comporter d'éléments de salaire social. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base des statistiques salariales telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 75 consid. 3b/aa). 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 consid. 3b/bb). Lorsque l'assuré est apte à travailler à plein temps, mais avec un rendement diminué, cette diminution de rendement est prise en compte dans la fixation de l'incapacité de travail. En principe, il n'y a pas lieu d'opérer en plus un abattement lié au handicap. En revanche, un abattement à raison d'autres circonstances (âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) est admissible dans la limite maximale de 25%, car il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb p. 323 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_289/2012 du 15 octobre 2012). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). La réduction des salaires ressortant des statistiques ressortit en premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité a, dans le cas concret, adopté dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus

A/1346/2018 - 11/13 - judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références). c) 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). d) La preuve de l'existence de circonstances qui justifieraient de s'écarter, en sa faveur ou en sa défaveur, du revenu effectivement réalisé par l'assuré est soumise à des exigences sévères, qu'il s'agisse de l'évaluation du revenu avec ou sans invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 290/04 du 28 décembre 2004 et les références). Lorsqu'un assuré réalise un revenu

nettement inférieur à la moyenne en raison de facteurs étrangers à l'invalidité (par exemple : formation scolaire insuffisante, absence de formation professionnelle, manque de connaissances linguistiques, possibilités limitées de trouver un emploi en raison du statut de saisonnier) et qu'il n'existe pas d'élément permettant d'affirmer qu'il souhaite librement s'en contenter, il convient d'abord d'effectuer une mise en parallèle des deux revenus à comparer, soit en révisant à la hausse le revenu sans atteinte à la santé - par l'augmentation de celui-ci ou par le recours à des données statistiques - soit en revoyant à la baisse le revenu d'invalidé par une diminution correspondante des données statistiques (ATF 134 V 322 consid. 4.1). Le Tribunal fédéral précise que ce n'est que par la mise en parallèle des revenus qu'il est possible de garantir que des écarts salariaux imputables à des circonstances étrangères à l'invalidité soient pris en considération. Cette méthode implique de prendre en compte ou non lesdites circonstances, pourvu que cela touche de manière égale les revenus avec et sans invalidité (ATF 129 V 222 consid. 4.4). Dans les arrêts consécutifs consacrés à cette thématique, le Tribunal fédéral a mis l'accent sur la variante consistant à réviser à la hausse le revenu sans invalidité au moyen de statistiques. Il a toutefois précisé que le revenu (sans invalidité) effectivement réalisé par l'assuré devait être nettement inférieur à la moyenne, c'est-à-dire inférieur d'au moins 5% au salaire statistique usuel dans la branche (ATF 135 V 297 consid. 6.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_557/2012 du 25 juin 2013, consid. 4.2).

Dans le dernier arrêt cité, qui concernait un aide-monteur en constructions métalliques, victime d'un accident en 2008, le Tribunal fédéral a constaté que l'assuré aurait réalisé, selon les indications de l'employeur, un salaire de 58'500 fr. (4'500 fr. x 13) en 2010, année au cours de laquelle la rente avait pris naissance. Prenant pour référence le revenu réalisé en 2010 par les hommes pour une activité

A/1346/2018 - 12/13 - simple et répétitive dans le domaine particulier de la construction (66'268 fr. compte tenu d'un salaire mensuel de 5'310 fr. [ESS 2010, tableau TA1, ch. 41-43] alloué 12 fois l'an et d'un horaire de 41,6 h./sem.), la Haute Cour a considéré que ce revenu statistique dépassait de plus de 5% le salaire qu'aurait réalisé l'assuré. Elle a ajouté que, dans la mesure où il n'y avait pas de raison de penser que l'intéressé désirait s'en contenter délibérément (ATF 134 V 322 consid. 4.1), il convenait de paralléliser les revenus à comparer jusqu'à concurrence de la part excédant le taux minimal déterminant de 5%, ce qui donnait en l'occurrence un revenu sans invalidité de 62'954 fr. (= 66'268 fr. sous déduction de 5% de ce montant).

E. 11

a) Selon l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_557/2012 précité, la mise en œuvre du parallélisme des revenus suppose que le revenu (avant invalidité) effectivement réalisé par un assuré soit inférieur d'au moins 5% au salaire statistique usuel de la branche, étant précisé que le Tribunal fédéral a opté pour une détermination dudit salaire statistique au moyen de l'enquête publiée par l'Office fédéral de la statistique (ESS). Selon cette dernière source (ESS 2014), le revenu réalisé en 2014 par les hommes dans le domaine « professions commerciales qualifiées de la pêche, était de CHF 70'584.- par année, compte tenu d'un salaire mensuel de CHF 5'882.- alloué

E. 12

fois l'an (T17 ch. 62). Force est de constater que ce revenu dépasse de plus de 5% le salaire retenu à titre de revenu avant invalidité en 2014 par l'intimé (CHF 35'300.-). Cependant,

dans la mesure où l'assuré exerçait cette profession depuis 1994 déjà, soit près de 10 ans, et ce, à titre indépendant, on peut considérer, au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 134 V 322 consid. 4.3), qu'il a choisi délibérément de se contenter d'un revenu moindre, éventualité confirmée par le fait qu'il a renoncé, pour endosser cette profession, à l'exercice d'une activité de ferblantier salariée. Dans ces circonstances, un parallélisme des revenus ne se justifie dès lors pas. b) S'agissant du revenu d'invalidité, les calculs de l'intimé figurant dans la décision querellée sont conformes aux réquisits jurisprudentiels et ne prêtent donc pas le flanc à la critique. La réduction de 20%, retenue par l'intimé au titre des limitations fonctionnelles, apparaît quant à elle justifiée. Dans la mesure où le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75 consid. 6 précité), la Cour de céans s'abstiendra en principe d'appliquer une réduction supérieure à celle retenue dans la décision querellée. Il découle de ce qui précède que c'est à juste titre que l'intimé, constatant l'absence de perte de gain, a nié à l'assuré le droit à des prestations. Le recours est donc rejeté.

A/1346/2018 - 13/13 -

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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