

GE_GERICHTE ATAS/698/2017 vom 22. August 2017

GE Cour de justice, 2017-08-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_698_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/698/2017 du 22 août 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/698/2017 del 22 agosto 2017

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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

E. 3

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

E. 4

Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité.

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). 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.

A/35/2017 - 13/19 -

E. 6

Conformément à l'art. 8 al. 1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies. Aux termes de l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession lorsque son invalidité rend cette mesure nécessaire, et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. L'art. 6 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) définit les mesures de reclassement comme les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer leur capacité de gain. La jurisprudence a apporté une précision à cette définition en indiquant que le concept de reclassement recouvre l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité (ATF 124 V 108 consid. 2a). Dès lors, en règle générale, l'assuré ne peut pas prétendre à la meilleure formation possible dans son cas, la loi ne visant en effet qu'à assurer les mesures de réadaptation qui sont nécessaires et suffisantes compte tenu du cas d'espèce (ATF 121 V 258 consid. 2c). De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2; ATF 124 V 108 consid. 3a).

E. 7

a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 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; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 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 LPG), 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

A/35/2017 - 14/19 - 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 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

E. 8

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

A/35/2017 - 15/19 - 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). 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; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3; arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 17 octobre 2003 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'invalidité, 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, 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 lorsqu'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

A/35/2017 - 16/19 - précisément le revenu d'invalidité et que le secteur en question est adapté et exigible (RAMA 2000 n° U 405, consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2009 du 20 novembre 2009, consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_237/2007 du 24 août 2007, consid. 5.1). 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 dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

E. 9

Il convient en premier lieu de déterminer si l'expertise réalisée par les Drs J_____, K_____, L_____ et Mme M_____ doit se voir reconnaître valeur probante. Ces experts ont pris connaissance du dossier de l'assuré, qu'ils ont interrogé sur ces plaintes. Ils ont posé leurs diagnostics à l'issue d'examen cliniques complets, et leurs conclusions sont claires et motivées. Contrairement à ce qu'affirme le recourant, tenir compte d'une capacité de travail totale tout en retenant une diminution de rendement n'est nullement contradictoire, dès lors que cette baisse de rendement vise à tenir compte des troubles

neuropsychologiques qui le ralentissent dans l'exécution de certaines tâches. Partant, cette expertise doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. S'agissant du grief ayant trait à la fixation du début de l'incapacité de travail, on relèvera qu'on ne trouve au dossier aucune incapacité de travail attestée consécutivement à l'accident de 2012. Les neurologues consultés en juin 2013 n'ont du reste pas constaté d'anomalie clinique chez le recourant, hormis les paresthésies dont l'étiologie ne pouvait être déterminée. Compte tenu de ces éléments, c'est à juste titre que les experts n'ont pas fait remonter le début de l'incapacité de travail avant la survenance de l'AVC. Quant aux troubles psychiques du recourant, même s'il fallait admettre que l'atteinte psychique avait une incidence sur la capacité de travail jusqu'à fin 2014, comme il semble l'alléguer, on rappellera que la demande de prestations remonte à mai 2014 et que le droit à la rente naît au plus tard six mois après la demande de prestations en vertu de l'art. 29 al. 1 LAI. Partant, même s'il fallait admettre qu'une incapacité de travail totale d'origine psychique a perduré jusqu'en novembre 2014, elle n'aurait pas d'incidence sur le droit aux prestations du recourant avant cette date. Il convient quoi qu'il en soit de relever que si l'expert psychiatre a retenu que le trouble dépressif était en rémission depuis fin 2014, cela ne signifie pas qu'il déployait des effets sur la capacité de travail du recourant jusqu'à cette date. Les éléments au dossier ne plaident d'ailleurs pas en faveur d'une telle hypothèse. En effet, le recourant ne produit aucun certificat médical dans ce sens. Il ressort en outre du rapport des médecins du Service de psychiatrie des HUG qu'à fin février 2014, au terme de son hospitalisation, la thymie du recourant était améliorée et ses idées suicidaires avaient disparu. Aucune incapacité de travail n'a été attestée par ces

A/35/2017 - 17/19 - médecins. Enfin, la Dresse I_____ ne cite pas de diagnostic d'ordre psychique parmi les atteintes influant sur la capacité de travail du recourant dans son rapport du 16 juin 2014. On ne saurait ainsi revenir sur l'appréciation du Dr L_____. Il n'existe en outre aucun rapport médical justifiant que l'on s'écarte des conclusions des experts. En effet, le Dr G_____ a également indiqué en juin 2014 que l'activité était encore exigible, sous réserve d'une incapacité d'ordre psychiatrique. Quant à la Dresse I_____, si elle a retenu que l'incapacité de travail était totale dans ses rapports du 16 juin 2014 et du 24 juillet 2015, elle n'a guère motivé cette conclusion. Le Dr P_____ n'a pas non plus exposé pour quels motifs la capacité de travail de l'assuré n'était pas rétablie en octobre 2013. Ce médecin ne peut pas de plus être suivi lorsqu'il affirme que les experts n'ont pas tenu compte du caractère multi-tâches de l'activité habituelle du recourant, puisqu'une diminution de rendement a précisément été admise pour tenir compte du ralentissement du recourant et que ses difficultés ont été prises en compte dans la définition des limitations fonctionnelles. Eu égard à ces éléments, la chambre de céans se ralliera aux conclusions des experts, selon lesquelles le recourant présente une capacité de travail de 100 % avec une diminution de rendement de 30 % dans l'activité habituelle.

E. 10

S'agissant du degré d'invalidité, l'intimé a retenu qu'il se confondait avec l'incapacité de travail – soit 30 % – et n'ouvrait ainsi pas droit à une rente. Lorsque la capacité de travail d'un assuré est intacte dans son ancienne activité, le taux d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, ce qui ne laisse plus de place à la prise en compte d'un éventuel abattement, lequel ne peut s'opérer que si le revenu d'invalidité est déterminé au moyen des données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (arrêt du Tribunal fédéral 9C_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4). En l'espèce, le recourant peut à dire

d'expert reprendre l'activité de gestionnaire de stock ou logisticien, moyennant une diminution de rendement. Cependant, il percevait des indemnités de chômage lors de la survenance de l'atteinte invalidante. Conformément à la jurisprudence citée, cela justifie la fixation du degré d'invalidité en recourant aux revenus statistiques tirés de l'ESS. Lorsque comme en l'espèce, les revenus avec et sans invalidité sont basés sur les mêmes données statistiques, il est superflu de les chiffrer avec exactitude, dès lors que le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du revenu d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_260/2013 du 9 août 2013 consid. 4.2 ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 151/06 du 29 juin 2007 consid. 7.2.1 et I 418/03 du 23 septembre 2003 consid. 6.1). S'agissant de dite réduction, l'intimé n'a pas examiné si elle se justifiait, renonçant à faire usage de son pouvoir d'appréciation. Il ne s'est pas non plus déterminé sur ce point bien que le recourant l'ait soulevé dans son écriture du 9 février 2017. Une telle abstention constitue un excès de pouvoir d'appréciation

A/35/2017 - 18/19 - négatif (ATF 116 V 307 consid. 2). Conformément à l'art. 61 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative (LPA - E 5 10), l'abus ou l'excès du pouvoir d'appréciation peut être revu par la chambre de céans. La chambre de céans est ainsi fondée à revoir ce point et à procéder à l'abattement sur le revenu d'invalidité selon sa propre appréciation. Compte tenu des circonstances, notamment de l'âge du recourant et de ses limitations fonctionnelles, une réduction de 10 % paraît appropriée. Cumulée à la diminution de rendement de 30 % que subit le recourant dans son activité habituelle, elle représente une perte de gain de 40 %, laquelle ouvre le droit à un quart de rente. Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à cette prestation s'ouvre six mois après le dépôt de la demande du recourant, soit dès le 1er novembre 2014. S'agissant des mesures professionnelles, c'est à juste titre que l'intimé ne les a pas accordées au recourant. En effet, compte tenu du caractère adapté de la profession qu'il a apprise, tant une mesure d'orientation qu'un reclassement s'avèrent superflus.

E. 11

Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement admis. Le recourant, représenté par un avocat, a droit à des dépens qui seront fixés en l'espèce à CHF 1'800.-. La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), l'intimé supporte l'émolument de CHF 200.-.

A/35/2017 - 19/19 - 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.