

GE_GERICHTE ATAS/724/2011 vom 28. Juli 2011

GE Cour de justice, 2011-07-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_724_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/724/2011 du 28 juillet 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/724/2011 del 28 luglio 2011

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; RS 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). La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA et 38 al. 4 let. c LPGA p.a.).

A/224/2011 - 8/12 -

E. 3

Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'OAI a refusé, par décision du 8 décembre 2010, d'augmenter le taux de la rente d'invalidité allouée au recourant.

E. 4

a) Selon l'art. 17 al. 1er LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). 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'art. 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier ; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition

du droit à la rente (ATFA non publiés des 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1 et 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un 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 la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans

A/224/2011 - 9/12 - indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1). 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a).

E. 5

En l'espèce, il convient de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision sur opposition du 18 janvier 2007 à ceux ayant conduit à la décision du 8 décembre 2010. a) Appelée à se prononcer dans le cadre de la procédure administrative ayant abouti à la décision sur opposition du 18 janvier 2007, la Dresse P_____ a essentiellement retenu, dans son rapport du 2 novembre 2005, les diagnostics de spondylo-discarthrose sans radiculopathie, de séquelles de maladie de Scheuermann et de spondylose hyperostose probable, diagnostics qui engendraient, depuis 2002, une totale incapacité de travail dans les précédentes activités lucratives. Hormis la pathologie lombaire du recourant, elle a notamment constaté, à l'examen clinique, que celui-ci était obèse, déconditionné, avec d'évidents facteurs de risques cardio-vasculaires, lesquels étaient insuffisamment contrôlés, étant précisé que sa capacité d'effort était limitée, d'une part, par une dyspnée et, d'autre

part, par des douleurs de la jonction lombo-sacrée . Elle a considéré que la capacité de travail du recourant était de 80%, avec une diminution de rendement de 20%, dans une activité légère, semi-sédentaire, permettant d'alterner les positions, d'éviter le port de charges de plus de 10 kilogrammes, les positions en porte-à-faux, les vibrations, ou encore le travail en terrain instable, par exemple sur une échelle. Une diminution

A/224/2011 - 10/12 - de rendement de 20% avait été retenue, car le recourant avait besoin de périodes de repos plus longues au cours de la journée. Ce sont ces éléments qui ont conduit à l'époque l'OAI à admettre une capacité de travail de 65% dans une activité adaptée. b) Dans le cadre de la procédure de révision, la Dresse S _____ a répété à plusieurs reprises que les atteintes lombaires du recourant n'avaient pas évolué depuis 2004, signalant notamment que les limitations fonctionnelles dues auxdites atteintes étaient identiques à celles décrites par le Dr N _____ en 2004. S'agissant des atteintes cardio-vasculaires, le Dr R _____ a mis en exergue, lors de ses examens des 28 mars 2007 et 24 septembre 2009, une discrète sténose aortique et une dyspnée à l'effort (difficultés respiratoires). Dans ses rapports subséquents, il a déterminé que les atteintes cardio-vasculaires et l'obésité de l'assuré contribuaient à la dyspnée et, après avoir énuméré les nombreuses limitations fonctionnelles rencontrées, a conclu à la totale incapacité de l'assuré à exercer une activité physique. Le médecin ne s'est en revanche pas prononcé sur la capacité du recourant à exercer une activité adaptée. Quant à la Dresse S _____, elle a estimé, dans son rapport du 27 juin 2009, que la discrète sténose aortique n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail de son patient. c) La Cour de céans constate au vu de ces rapports que l'état de l'assuré au niveau lombaire n'a pas évolué depuis janvier 2007. Force est également de relever que la dyspnée d'effort était également présente avant 2007, même si ce n'est qu'alors que les causes de cette dyspnée ont été objectivées par les tests menés par le cardiologue. En effet, tant le Dr O _____ que la Dresse P _____ avaient déjà noté la présence d'une dyspnée limitant la capacité d'effort. La Dresse P _____ en avait d'ailleurs tenu compte, dans son rapport d'expertise du 2 novembre 2005, en dressant la liste des limitations fonctionnelles rencontrées par le recourant, ainsi que pour évaluer sa capacité de travail et la diminution de rendement. Il est vrai qu'en 2010, les limitations fonctionnelles retenues par le Dr T _____, médecin auprès du SMR, sont un peu plus étendues qu'en 2007, puisqu'au nombre des limitations précédemment évoquées ont été ajoutés le fait de devoir éviter le port de charges de plus de 3 kg et la montée d'escaliers. Cependant, cela ne constitue pas une détérioration suffisante pour influencer la capacité de travail de l'assuré. On relèvera à cet égard que les médecins du recourant ont indiqué d'une part, que la discrète sténose aortique n'avait pas de répercussion sur sa capacité de travail et d'autre part, que l'intéressé restait capable d'accomplir une activité

A/224/2011 - 11/12 - adaptée. La capacité de travail de 65% précédemment retenue dans une activité sédentaire et adaptée aux limitations fonctionnelles reste donc inchangée. Il doit dès lors être conclu que l'état de santé du recourant ne s'est pas aggravé au point d'influencer son droit aux prestations.

E. 6

Reste à examiner la question de l'âge du recourant, invoquée par ce dernier, et plus particulièrement celle de savoir si cela constitue un motif d'augmentation de rente. Dans un arrêt récent, le Tribunal fédéral a rappelé que la question de savoir si un assuré a droit à une rente et celle de savoir si un assuré déjà bénéficiaire d'une rente partielle a droit à une

augmentation de celle-ci s'apprécie différemment. Dans le premier cas, il s'agit effectivement de déterminer l'impact concret d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail de l'assuré et les conséquences économiques qui en découlent au moment de la naissance du droit à la rente tandis que, dans le second, il s'agit d'examiner si un changement de circonstances important susceptible d'influencer le taux d'invalidité évalué antérieurement s'est produit. Si l'âge exerce une influence certaine dans l'évaluation du degré d'invalidité, dès lors qu'il intervient indirectement comme critère de réduction du revenu d'invalidité (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc p. 79) et directement lorsqu'il s'agit d'appréhender la situation particulière d'un assuré qui a atteint un «âge avancé» au moment de la naissance de droit (cf. notamment arrêts 9C_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2, 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4 in SVR 2009 IV n° 35 p. 97 et I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2 et les références), tel ne saurait être le cas lors de l'examen des conditions d'une révision. En effet, l'écoulement du temps, qui ne constitue pas une atteinte à la santé au sens de l'art. 3 et 4 LPGA (cf. arrêt 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 5) et qui est un paramètre inéluctable pour tous les assurés - ne peut en soi légitimer l'augmentation d'une rente, sinon tout bénéficiaire de rentes partielles approchant les soixante ans pourrait automatiquement exiger la révision de son droit et prétendre une rente entière (arrêt non publié du Tribunal fédéral 9C_50/2010 du 6 août 2010). Eu égard à la jurisprudence précitée, l'âge atteint par le recourant au moment de la décision litigieuse ne saurait suffire à admettre une augmentation de rente. Par conséquent, c'est à juste titre que l'OAI a refusé d'augmenter le trois-quarts de rente par décision du 8 décembre 2010.

E. 7

Partant, le recours, mal fondé en tous points, doit être rejeté. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de 200 fr. sera mis à la charge du recourant.

A/224/2011 - 12/12 - 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.