

GE_GERICHTE ATAS/75/2012 vom 31. Januar 2012

GE Cour de justice, 2012-01-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_75_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/75/2012 du 31 janvier 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/75/2012 del 31 gennaio 2012

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). Aux termes de l'art. 55 al. 1 1ère phrase LAI, l'office AI compétent est, en règle générale, celui du canton dans lequel l'assuré est domicilié au moment où il exerce son droit aux prestations. En l'espèce, le déménagement de l'assuré, survenu en cours de procédure de révision, n'a donc pas d'incidence sur la compétence de la Cour de céans, qui est établie.

E. 2

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable à la présente procédure. Sur le plan matériel, la LAI a subi plusieurs modifications entrées en vigueur le 1er janvier 2012 (révision 6a), portant notamment sur l'accès des bénéficiaires de rentes aux mesures de réadaptation (art. 8a LAI). Cependant, la décision querellée a été rendue du 26 septembre 2011, de sorte que les dispositions législatives modifiées postérieurement à cette date ne sont pas applicables. En effet, en cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 130 V 445, consid. 1.2.1; ATF U 18/07 du 7 février 2007, consid. 1.2).

A/3391/2011 - 11/20 -

E. 3

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

E. 4

Le litige porte sur le maintien de l'assuré à une rente, plus particulièrement sur l'existence d'un motif de révision ou de reconsidération.

E. 5

a) 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). 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 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).

A/3391/2011 - 13/20 -

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) Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Si l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et encore que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, le revenu effectivement réalisé constitue en principe le revenu d'invalidé (ATF I 881/06 du 9 octobre 2007, consid. 5.4; ATF 126 V 75, consid. 3b/aa). S'agissant du recours à des données statistiques, le Tribunal fédéral a précisé que lors de la détermination du revenu d'invalidé, 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). 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). 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

A/3391/2011 - 14/20 - 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 (ATF I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3; ATF B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2). 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).

E. 8

La reconsidération d'une décision est possible aux conditions suivantes. En vertu de l'art. 53 LPGA al. 2, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Cette réglementation l'emporte sur celle de la révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343, consid. 3.5). Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies (ATF I 302/04 du 27 mars 2006, consid. 4.5). Une décision est sans nul doute erronée non seulement si elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes, mais encore lorsque les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou qu'elles l'ont été de manière erronée (ATF 9C_187/2007 du 30 avril 2008, consid. 4.3). Au regard de la sécurité juridique, une décision administrative entrée en force ne doit pouvoir être modifiée par le biais de la reconsidération que si elle se révèle manifestement erronée. Cette exigence permet d'éviter que la reconsidération ne devienne un instrument autorisant sans autre un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée (ATF I 512/05 du 3 mai 2006, consid. 3). En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible

A/3391/2011 - 15/20 - compte tenu de la situation de fait et de droit (ATF I 790/01 du 13 août 2003, consid. 1). En règle générale, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné (ATF 126 V 399, consid. 2b/bb). Ce principe doit toutefois être relativisé quand le motif de reconsidération réside dans les conditions matérielles du droit à la prestation, dont la fixation nécessite certaines démarches et éléments d'appréciation (évaluations, appréciations de preuves, questions en rapport avec ce qui peut être raisonnablement exigé de l'assuré). Si, par rapport à la situation de fait et de droit existant au moment de la décision entrée en force d'octroi de la prestation, le prononcé sur les conditions du droit apparaît soutenable, on ne saurait dans ce cas admettre le caractère sans

nul doute erroné de la décision (ATF 9C_215/2007 du 2 juillet 2007, consid. 3.2). Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 9C_74/2008 du 17 juillet 2008, consid. 2; ATF 125 V 383, consid. 3). C'est la décision initiale d'octroi de rente qui fait l'objet de la reconsidération, même si elle a été confirmée lors de procédures de révision du droit à la rente (ATF 9C_215/2007 du 2 juillet 2007, consid. 3.2; ATF I 859/05 du

E. 10

Eu égard aux différents rapports médicaux, il s'agit de déterminer s'il existe un motif de reconsidération. Comme cela ressort des rapports établis en 1994 par les Drs B_____ et C_____, l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, voire selon le Dr C_____ d'une pleine capacité dans l'activité habituelle. Au vu des particularités de l'état psychique de l'assuré, le Dr C_____ a néanmoins préconisé une mesure d'observation. Les spécialistes en réadaptation ont également conclu à une pleine capacité de travail du point de vue théorique, soulignant notamment que les limitations physiques n'étaient pas flagrantes. Ils n'ont pas fait état de restrictions psychiques qu'ils auraient pu observer. Selon les conclusions du CIP, l'état de santé et les capacités de l'assuré ne présentaient pas d'obstacle à la réadaptation de l'assuré, seul un apparent défaut de motivation et des auto-limitations ayant empêché sa réinsertion. On soulignera par ailleurs que les craintes formulées par le Dr C_____ sur l'état psychique de l'assuré n'ont jamais été confirmées par une expertise psychiatrique, si bien que l'existence à l'époque d'une incapacité de travail liée à des motifs psychiatriques ne peut être considérée comme démontrée au degré de vraisemblance prépondérante usuel en assurances sociales (ATF 125 V 146, consid. 2c). Les collaborateurs de l'OAI ont certes signalé dans leur rapport d'avril 1997 que l'état psychique de l'assuré leur avait paru inquiétant. Une telle indication, posée sans autres précisions par des collaborateurs ne disposant pas d'une formation médicale, n'est pas non plus suffisante à établir une atteinte psychique. Enfin, l'assuré a indiqué aux experts en 2010 qu'il n'avait jamais bénéficié d'un traitement psychiatrique et n'en avait jamais ressenti le besoin, ce qui tend à confirmer l'absence de troubles psychiques ayant des répercussions sur sa capacité de travail.

A/3391/2011 - 18/20 - Le rapport de réadaptation d'avril 1997 retient certes une aggravation des troubles physiques de l'assuré, se fondant sur le rapport du Dr B_____. Or, comme on l'a vu plus haut, cette aggravation n'a pu être confirmée de sorte que l'appréciation de l'OAI était erronée. Eu égard à ce qui précède, il apparaît que c'est en dépit des conclusions contraires des médecins et des spécialistes de la réadaptation que l'OAI a considéré que l'assuré ne pouvait objectivement plus être employé qu'en atelier protégé. Par ailleurs, l'OAI n'a pas procédé au calcul de la rente conformément aux dispositions légales. Il fait en effet état dans sa décision du 23 septembre 1997 d'un taux d'invalidité de 80 %, sans indiquer comment il est parvenu à ce chiffre. Partant, sa décision se révèle manifestement erronée, tant parce qu'elle repose sur un état de fait inexact que parce qu'elle a été prise en violation des dispositions légales régissant le calcul du degré d'invalidité. L'OAI était ainsi fondé à revenir sur sa décision du 23 septembre 1997. Les conditions de la reconsidération étant remplies, il est superflu d'examiner s'il existe un motif de révision.

E. 11

Il y a lieu de déterminer le degré d'invalidité du recourant en tenant compte de sa capacité de gain dans une activité adaptée. Selon l'attestation remplie en juin 1995 par X _____ SA, le revenu aurait été en 1995 de 4'031 fr. par mois, gratification de 8.33 % non incluse, ce qui correspond à un revenu annuel de 52'401 fr., presque identique aux 52'403 fr. retenus par l'OAI. Indexé à 2009 en fonction de l'Indice suisse des salaires, le revenu sans invalidité est ainsi de 62'521 fr., différant légèrement de l'indexation calculée par l'OAI (62'567 fr.) Pour le revenu d'invalidé, la référence au revenu statistique tiré d'activités simples et répétitives est conforme à la jurisprudence. Selon l'ESS 2008, ce revenu était en 2008 de 4'806 fr. par mois pour 40 heures hebdomadaires, 13ème salaire compris. Indexé à 2009 et en tenant compte de la durée normale de travail de 41.6 heures selon la statistique sur la durée normale du travail (DNT), ce revenu est de 61'239 fr. et de 48'891 fr. après abattement de 20 %. La comparaison entre ces revenus aboutit à un degré d'invalidité de 21.6 %. Il sied de souligner qu'en opérant une réduction statistique de 20 %, l'OAI est resté dans les limites de son pouvoir d'appréciation. Quoi qu'il en soit, même en procédant à l'abattement maximal de 25 %, le degré d'invalidité serait de 27 %, ce qui reste insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Un tel taux ouvre en revanche le droit à des mesures de reclassement, pour lesquelles la jurisprudence a fixé un seuil minimal de la capacité de gain de l'ordre de 20 % (ATF 124 V 108, consid. 2b; ATF I 665/99 du 18 octobre 2000, consid. 4b). La décision querellée ne porte cependant que sur le droit à la rente, sans statuer sur des mesures d'ordre professionnel. L'assuré ne prend d'ailleurs

A/3391/2011 - 19/20 - aucune conclusion tendant à l'octroi de telles mesures. Or, 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). Il appartiendra dès lors à l'assuré de requérir des mesures de reclassement, sur lesquelles l'OAI devra rendre une nouvelle décision.

E. 12

Eu égard à ce qui précède, le recours est rejeté. L'assuré, qui succombe, supporte l'émolument de 200 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

A/3391/2011 - 20/20 - 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.