

GE_GERICHTE ATAS/887/2016 vom 31. Oktober 2016

GE Cour de justice, 2016-10-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_887_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/887/2016 du 31 octobre 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/887/2016 del 31 ottobre 2016

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

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

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA et 62ss LPA).

E. 4

Le litige porte sur la question du droit de l'assuré à des prestations de l'assurance- invalidité, singulièrement de savoir si c'est à juste titre que l'OAI a fixé dans la décision entreprise le taux d'invalidité à hauteur de 20% niant ainsi le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

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 l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 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'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 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2).

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). 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

A/1799/2015 - 14/27 - 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).

E. 7

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. 28a al. 1 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. 8

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 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

A/1799/2015 - 15/27 - 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. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). 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/cc). Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En

A/1799/2015 - 16/27 - revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). En cas d'appréciation divergente

entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1). En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte

A/1799/2015 - 17/27 - psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

E. 9

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). Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

E. 10

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV

A/1799/2015 - 18/27 - n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 11

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA.

E. 12

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 29 consid. 1; ATF 104 V 135 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 ATF 128 V 174). 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 des 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 (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

A/1799/2015 - 19/27 - Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). 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'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 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). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). 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 (secteur 2 [production] ou 3 [services]), 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 [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalide et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées). 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) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. 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/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le

A/1799/2015 - 20/27 - bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge 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; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). Dans un arrêt rendu récemment, le Tribunal fédéral confirme que l'ESS 2012 est reconnue comme moyen de preuve pour déterminer les revenus à comparer conformément à l'art. 16 LPG. Ses tableaux sont donc utilisés d'office dans tous les cas de première évaluation de l'invalidité, pour les premières demandes, ainsi que dans les procédures de révision (arrêt 9C_632/2015 du 4 avril 2016, consid. 2.5.7, publication aux ATF prévue). (Lettre circulaire AI no 349 En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPG, ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (cf. RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328; arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). Cependant, là encore, le caractère irréaliste des possibilités de travail doit découler de l'atteinte à la santé - puisqu'une telle atteinte est indispensable à la

A/1799/2015 - 21/27 - reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGA) - et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels totalement étrangers à l'invalidité (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015, op. cit, consid. 4.2 et 9C_602/2015, op. cit., consid. 6.1). D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence). Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.2). Pour apprécier les chances d'un assuré proche de l'âge de la retraite de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi, il convient de se placer au moment où l'on constate que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative est exigible du point de vue médical, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.3). A titre d'exemples, le Tribunal fédéral a considéré qu'il était exigible d'un assuré de 60 ans ayant travaillé pour l'essentiel en tant qu'ouvrier dans l'industrie textile qu'il se réinsère sur le marché du travail malgré son âge et ses limitations fonctionnelles (travaux légers et moyens avec alternance des positions dans des locaux fermés; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 376/05 du 5 août 2005 consid. 4.2), de même que pour un soudeur de 60 ans avec des limitations psychiques et physiques, notamment rhumatologiques et cardiaques, qui disposait d'une capacité de travail de 70 % (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 304/06 du 22 janvier 2007 consid. 4.2). Notre Haute Cour a en revanche nié la possibilité de valoriser sa capacité de travail résiduelle d'un assuré de 61 ans, sans formation professionnelle, qui n'avait aucune expérience dans les activités fines médicalement

A/1799/2015 - 22/27 - adaptées et ne disposait que d'une capacité de travail à temps partiel, soumise à d'autres limitations fonctionnelles, et qui selon les spécialistes ne présentait pas la capacité d'adaptation nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 392/02 du 23 octobre 2003 consid. 3.3), ainsi que dans le cas d'un assuré de 64 ans capable de travailler à 50 % avec de nombreuses limitations fonctionnelles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 401/01 du 4 avril 2002 consid. 4c). Le Tribunal fédéral est parvenu au même constat dans le cas d'un agriculteur de 57 ans qui ne pourrait exercer d'activité adaptée sans reconversion professionnelle et qui ne disposait subjectivement pas des capacités d'adaptation nécessaires à cette fin (arrêt du Tribunal fédéral 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.3.2).

E. 13

En l'espèce, le recourant conteste le taux d'invalidité retenu de 20 % et la négation à tout droit à des prestations de l'AI. Il estime que l'état de son état de santé devrait être évalué à dire d'experts dans le cadre d'une expertise bidisciplinaire. En l'occurrence, il n'est pas contesté que le recourant est atteint dans sa santé, notamment par rapport à ses problèmes d'épaule, les médecins traitants et le SMR s'accordant à admettre les uns comme les autres que l'exercice de la profession exercée jusqu'à l'atteinte à la santé n'est plus possible, mais qu'en revanche une autre activité strictement adaptée aux limitations physiques est tout à fait possible. La Dresse E_____ va d'ailleurs jusqu'à considérer qu'elle est indispensable. Le Dr C_____ n'est pas d'un avis différent : il n'a certes vu l'intéressé qu'à deux reprises, en 2012 et en 2014. Dans son rapport de décembre 2014, ce spécialiste rappelle certes qu'à l'époque il n'avait pas retenu d'indication (chirurgicale), au vu du début d'une omarthrose excentrée et d'une adaptation remarquable. Le patient ne présente généralement pas de douleurs. Il souffre actuellement uniquement lors des activités soutenues. Le bilan radiologique confirme une rupture massive de la coiffe des rotateurs avec rétraction pour le feuillet profond de stade III. Il n'est néanmoins pas d'infiltrations graisseuses contre-indiquant un geste. Il regrette de ne pas avoir été plus agressif avec cette pathologie, il y a deux ans. Il a rediscuté des tenants et aboutissants d'une prise en charge chirurgicale ou d'un traitement conservateur avec le patient. Ce dernier souhaite continuer dans ce sens et a simplement proposé au médecin de revenir le consulter dans deux ans. Il ressort ainsi clairement du dossier et que tant les médecins traitants, généraliste ou spécialiste, que ceux du service médical de l'intimé ont toujours exprimé des avis concordants. Il se prévaut du fait que la Dresse E_____ ne l'aurait vu pour ses problèmes d'épaules qu'à trois reprises, soit la première fois en décembre 2011, puis en mai 2014, et enfin en juillet de la même année. Il fait encore valoir que le Dr C_____ ne l'aurait examiné qu'à deux reprises, la première fois en janvier 2012, et la seconde en décembre 2014. Une telle argumentation manque singulièrement de pertinence: lorsqu'il a consulté la première, à fin 2011, se plaignant de douleurs chroniques de l'épaule droite, depuis 4 à 5 ans, force est de constater qu'à en croire le relevé des CI pendant cette période, ses douleurs chroniques n'avaient pas eu pour conséquence de l'empêcher de travailler. Certes,

A/1799/2015 - 23/27 - depuis fin 2008 il a essentiellement émargé au chômage, et occasionnellement pu travailler pour des entreprises de travail temporaire, voire auprès d'entreprises où il avait déjà travaillé les années précédentes. Or, la Dresse E_____ lui ayant prescrit un traitement antalgique au paracétamol à la demande, elle a constaté que son patient avait demandé lui-même à reprendre le travail, à fin janvier 2012, auprès de l'employeur qui l'avait engagé au début mars 2011. Le traitement prescrit lui avait permis de s'adapter à sa situation, et ainsi de reprendre le travail. Les constatations du Dr C_____ en février 2012 vont du reste dans le même sens, ce spécialiste, comme la généraliste, ayant conseillé au patient de prendre, lors des crises douloureuses, de simples antalgiques et d'éviter tout travail prolongé avec les bras au-dessus du niveau de la tête, ceci compte tenu des constatations objectives qu'il avait pu faire, soit à l'examen, soit après avoir procédé à un bilan radiologique conventionnel des deux épaules. Ses constatations ne l'avaient du reste pas conduit à retenir une solution chirurgicale raisonnable à proposer au patient. Il l'aurait sans doute fait si les conditions en étaient réunies. Lorsque, consulté à nouveau par le recourant, un peu moins de 3 ans plus tard, il écrit dans son rapport regretter de ne pas avoir été plus de plus agressif avec la maladie, deux ans plus tôt, remarque à laquelle le recourant semble donner une grande importance. Le spécialiste entendait tout simplement

observer que s'il avait insisté auprès du patient, à l'époque, en faveur d'une telle intervention et qu'il l'avait pratiquée, probablement qu'il ne serait pas venu le consulter à nouveau, à fin 2014. Mais à ce moment-là, le spécialiste indique avoir rediscuté avec le patient, des tenants et aboutissants d'une prise en charge chirurgicale ou d'un traitement conservateur. Toutefois c'est le patient lui-même qui a préféré ne rien faire et revenir le consulter à deux ans... Le recourant fait encore valoir que l'intimé n'ait pas interpellé la doctoresse H_____, dont le nom apparaît à plusieurs reprises dans le dossier, et notamment comme destinataire du rapport de consultation du Dr C_____ du 9 décembre 2014. En réalité, cette démarche n'avait, et n'aurait aucun sens. En effet, la Dresse H_____ travaille - où travaillait - dans le même centre que sa collègue la Dresse E_____, qui a rapidement succédé à sa collègue, sinon avait d'emblée suivi le patient simultanément, à fin 2011. La Dresse E_____ disposait donc d'emblée du dossier médical du recourant ouvert au centre médical de Chêne-Bourg. Le recourant n'ayant, au vu de ce qui précède, apporté aucun élément susceptible de mettre en doute les avis concordants de ses deux médecins traitants, et du SMR, force est de constater, en référence à la jurisprudence rappelée ci-dessus que l'état de santé ne s'est pas aggravé depuis 2012; il n'y a aucune raison de mettre en œuvre une expertise judiciaire, de sorte que les conclusions prises dans ce sens par le recourant seront rejetées.

E. 14

Le recourant remet en cause le calcul « de la rente AI » - en réalité le calcul du taux d'invalidité sur la base du calcul et du comparatif des revenus avec et sans invalidité. Il fait ainsi grief à l'intimé de ne pas avoir pris en compte un taux de rendement diminué, soit en l'occurrence en se fondant sur le rapport de fin de stage

A/1799/2015 - 24/27 - d'orientation professionnelle dont il a bénéficié du 22 septembre au 21 décembre 2014, dont il ressort que le rendement du recourant serait évalué à 60 % sur un plein temps. Il en veut pour preuve qu'il ressortirait du rapport de fin de stage que ses capacités physiques se limitent à des tâches simples et répétitives dans le respect de ses limitations fonctionnelles, que le rythme de travail est lent et qu'il a besoin d'être régulièrement stimulé, que des signes d'inconfort ont été observés au niveau de la nuque et des deux épaules, et que sa capacité d'apprentissage se limiterait à des tâches pratiques et simples. La chambre de céans relève à ce sujet que le recourant ne relate pas avec une pleine fidélité le sens qu'il faut donner à ces appréciations, faute de mettre en évidence d'autres remarques dudit rapport, qui viennent singulièrement relativiser la pertinence de son argumentation. Ainsi on remarque dans le détail des différentes périodes prises en compte que les intervenants ont remarqué notamment qu'« hormis des signes d'inconfort se traduisant le plus souvent par des massages de la nuque, des exercices d'extension des bras en avant, en arrière, ou des mouvements de rotation avec la tête suite à son accident de voiture en début de mesure, l'assuré garde durablement les positions assise et debout statique sur la journée ». Le recourant évoque également les problèmes de vue mentionnés dans ce rapport, soit de daltonisme, confondant certaines couleurs primaires et secondaires : dans le détail, le rapport mentionne en effet que « la vision était difficilement exploitable, mais le sens tactile était normal (aucune difficulté pour reconnaître au toucher des matériaux d'aspérités et de granulométries différentes). La vue est limitée, mais il était censé porter des lunettes pour lire, écrire et travailler. Rendu attentif à diverses reprises à l'importance pour lui de porter ses lunettes, il n'en avait pas tenu compte. Dans des tâches de tri et de conditionnement, l'assuré confondait les couleurs primaires et secondaires,

principalement le vert avec l'orange et le rouge avec le brun, ce qui a notamment pu poser problème lorsque de tâches de conditionnement de boîtes de crayons ou de façonnage de fils électriques. La chambre de céans relève que cela laisse tout de même l'intéressé accéder à une palette variée d'activités simples et répétitives, pour peu qu'il se donne la peine de porter les lunettes qui lui ont été prescrites. Si, comme il le soutient, les observateurs se sont posés la question de savoir si l'assuré aurait la capacité de tenir le rythme, sur la durée, c'est précisément parce qu'il a évoqué auprès d'eux le fait que son médecin traitant ait évoqué la possibilité d'une intervention chirurgicale ou d'infiltrations aux épaules, ce qui a en effet suggéré aux intervenants que son état de santé n'était pas stabilisé. Mais à cet égard, comme on l'a vu, si le médecin n'a pas arrêté de date pour de telles interventions, c'est précisément parce que le recourant lui-même a préféré en rester là, en proposant spontanément à son médecin de venir le revoir dans deux ans. D'autres aspects de ce rapport viennent mettre en évidence les causes non médicales des difficultés de réinsertion professionnelle du recourant : on remarque notamment qu'« en relation duelle, il est centré sur ses douleurs et ses limitations. Il essaye de nous dire que nous sommes gentils et nous sentons qu'il tente de nous amadouer. ». Il a montré

A/1799/2015 - 25/27 - peu d'intérêt pour la mesure qui lui a été octroyée, il s'est moyennement impliqué dans les activités d'orientation durant des animations. Par rapport à l'image de soi, les référents observent que l'assuré explique vouloir retrouver une activité professionnelle adaptée, qu'il s'est donné les moyens de donner des idées d'activités et d'effectuer des démarches (il a postulé pour une place de stage dans deux EMS, sans succès faute de places disponibles, et il s'est renseigné par rapport à une activité de patrouilleur scolaire, mais il a écarté cette possibilité, car cela n'est pas assez payé, et que ce genre d'emploi, selon lui, est surtout destiné à des personnes qui ont une rente et qui cherchent un salaire complémentaire). Mais en définitive, les observateurs ne sentent pas que le recourant se projette à long terme dans une nouvelle situation. En cours de stage, les rendements observés ont été de 60 à 70 %, mais ceci pour des raisons indépendantes de l'état de santé, soit en lien avec des problèmes familiaux et le fait qu'il doit se remobiliser. Par surabondance on relèvera encore que tout le raisonnement chiffré par le recourant dans ses écritures du 1er juillet 2015 (p.10) est en plus fondé sur une erreur grossière: ce n'est pas sur un rendement de 60% qu'il élabore ses calculs, mais sur une prétendue « diminution de rendement constatée de 60 % » ! Ce qui revient à considérer que son rendement ne serait que de 40 %... (Selon lui, en effet, le « salaire selon exigibilité et rendement » serait de CHF 26'198.-, soit 40 % de CHF 65 496.-) La suite du calcul n'est guère plus convaincante : le chiffre qu'il retient au titre de « revenu annuel brut raisonnablement exigible avec invalidité (CHF 22'683.-) » est faux, même si l'on voulait suivre le raisonnement du recourant : le montant qu'il a voulu articuler est en réalité probablement celui de CHF. 22'268.30, mais il résulte non pas d'un abattement de 20 % de CHF 26'198.-, mais du 15 % de ce montant ! Ainsi, au vu de ce qui a été dit précédemment au sujet de l'état de santé du recourant et des avis médicaux recueillis au dossier, les médecins s'accordant à reconnaître que s'il n'est plus capable de travailler dans son ancienne profession de maçon, une pleine activité, strictement adaptée aux restrictions physiques qui ont été définies, est tout à fait possible, et même jugé indispensable par son médecin traitant. La diminution de rendement évoquée dans le cadre du stage dont il a bénéficié du 29 septembre au 19 décembre 2014 ne s'explique pas par des raisons médicales. En effet, si les observateurs ont pu supposer que tel était le cas par rapport aux infiltrations voire une intervention chirurgicale évoquées par l'un des médecins de l'assuré, les amenant à déduire que la situation de santé de l'assuré

n'était peut-être pas stabilisée, ils ne disposaient pas de tous les éléments d'appréciation sur ce plan, dès lors que la décision appartenait moins au médecin qu'à l'assuré lui-même, qui ne montre guère d'empressement à résoudre son problème, et pour lequel il ne semble voir aucune urgence. A propos du Dr C _____, le recourant affirmait devant la chambre de céans qu'il n'arrive jamais à avoir un rendez-vous avec lui, précisant que l'année précédente (en réalité il y a plutôt deux ans), c'était lui qui l'avait déjà envoyé faire des radiographies à A/1799/2015 - 26/27 - Vézenaz. A part ça, il faisait de la physio dans une piscine à Thônex. Il a toutefois ajouté peu après qu'il n'avait pas reparlé avec le Dr C _____ de l'opération qu'il envisageait à deux ans dans son rapport médical du 9 décembre 2014, expliquant son propos par le fait qu'il ne le voit que tous les deux ans, et que le médecin lui avait dit qu'il devait voir comment il se sentait et que s'il avait de nouveau mal, il devait revenir le voir. La situation ainsi décrite montre que rien n'a véritablement changé, tant depuis la première consultation de 2012 que depuis la seconde et dernière consultation avec ce spécialiste, qui relevait dans son rapport du 9 décembre 2014 que le patient ne présente généralement pas de douleurs. Il souffrait actuellement uniquement lors des activités soutenues. Un tel constat n'est guère compatible avec une baisse de rendement dans une activité simple et répétitive respectant les limitations recommandées par les médecins traitants, consistant pour l'essentiel à éviter tout travail prolongé avec les bras au-dessus du niveau de la tête. Il n'y a dès lors aucune raison d'investiguer plus avant sur ce terrain. Il résulte des lors de ce qui précède que la chambre de céans ne retiendra en l'occurrence aucune diminution de rendement, dans le calcul du taux d'invalidité litigieux, de sorte qu'il est inutile de rectifier les calculs erronés du recourant, dès lors qu'ils sont fondés sur des prémisses fausses.

E. 15

Enfin le recourant fait grief à l'intimé d'avoir retenu un taux d'abattement lui aussi insuffisant. Il aurait dû atteindre selon lui au minimum 20 %, au lieu de 15%. Il est ressortissant du Kosovo et au bénéfice d'un permis de séjour. Il est âgé de 52 ans. Il est soumis à de nombreuses limitations, qui justifiaient amplement un taux d'abattement supérieur à celui retenu par l'intimé. Au vu des principes de jurisprudence rappelés ci-dessus, la chambre de céans constate que c'est à juste titre que l'intimé n'a pris en compte ni la nationalité ni l'âge du recourant, l'abattement de 15 % retenu ne tenant compte, de façon adéquate, des limitations liées au handicap. Ainsi que le rappelle la jurisprudence citée, l'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. En l'espèce, la chambre de céans n'a aucune raison de s'écarter de l'évaluation de l'intimé dans la décision litigieuse, celle-ci apparaissant adéquate.

E. 16

Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Etant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/1799/2015 - 27/27 - 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.