

GE_GERICHTE ATAS/88/2011 vom 24. Januar 2011

GE Cour de justice, 2011-01-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_88_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/88/2011 du 24 janvier 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/88/2011 del 24 gennaio 2011

Erwägungen

E. 1

Jusqu'au 31 décembre 2010, conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

En l'espèce, l'objet du litige porte sur le droit de l'assuré à une rente de l'assurance-invalidité à la suite d'une incapacité de travail alléguée depuis le 23 novembre 2006. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852). En revanche, les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, n'ont pas à être prises en considération dans le présent litige, pour les faits antérieurs à son entrée en vigueur.

E. 3

a) L'art. 69 al. 1 LAI prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision. b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 4 avril 2008, qui a été confirmé par la décision du 9 juillet 2008, contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal des assurances sociales le 2 septembre 2008. c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).

A/3278/2008 - 12/20 -

E. 4

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 (art. 6 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 (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

E. 5

a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, valable jusqu'au 31 décembre 2007 (aLAI) est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.». b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA) (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA) (let. b). c) Selon l'art. 88a RAI, en vigueur depuis le 1er mars 2004, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie (al. 2).

E. 6

a) Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). 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 (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). b) Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il 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 la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la

décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

E. 7

a) En ce qui concerne la preuve, 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).

A/3278/2008 - 15/20 - 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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3). b) Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières

que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). d) Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison A/3278/2008 - 16/20 - de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). e) 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/bb et cc). f) 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; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

E. 8

En l'espèce, la décision litigieuse alloue à l'assuré une demi-rente d'invalidité depuis le 1er novembre 2007. L'intimé a ensuite reconnu à l'assuré, à la suite de l'instruction complémentaire menée par la Cour de céans, le droit à un trois-quarts de rente d'invalidité depuis le 1er novembre 2007 et à une rente entière depuis le 1er septembre 2008. Il se fonde pour cela sur l'avis de la Dresse B _____ du SMR du 10 décembre 2010, et retient que l'assuré présentait entre le 23 novembre 2006 et le 31 mai 2008 une capacité de travail nulle dans l'ancienne activité et de 55 % dans une activité adaptée, puis nulle dans toute activité dès le 1er juin 2008. Quant aux recourants ils estiment, en se fondant sur le dernier rapport du Dr ROSSI du 25 novembre 2010, que l'assuré était totalement incapable de travailler depuis le 1er juin 2007 déjà. Il ressort du rapport du Dr O _____ du 25 novembre 2010 que les fonctions pulmonaires de l'assuré se sont dégradées entre décembre 2006, moment où le VEMS était de 67 % de la valeur prédite et juin 2007, moment où le VEMS est passé à 31 %. Par la suite, soit d'août 2007 à février 2008, les fonctions pulmonaires

A/3278/2008 - 17/20 - se sont régulièrement et transitoirement améliorées. Ce médecin estime que l'état de santé de l'assuré s'est aggravé antérieurement au 23 septembre 2008, date retenue par la Dresse B _____, en tous les cas dès le 11 juin 2007 dès lors que l'assuré avait perdu 50 % du VEMS entre décembre 2006 et juin 2007. Le Dr O _____ a ainsi conclu qu'il pouvait affirmer que l'aggravation de l'état de santé entraînant une incapacité de travail totale dans toute activité, s'était produite bien antérieurement au 23 septembre 2008. Ce rapport, fondé sur des paramètres médicaux précis, soit le calcul du VEMS sur une période de décembre 2006 à décembre 2008 ainsi que plusieurs examens cliniques, est détaillé et complet. Il permet de conclure à l'existence d'une atteinte à la santé de l'assuré entraînant dès le 23 novembre 2006 une incapacité de travail totale dans l'ancienne activité et qui s'est aggravée entre décembre 2006 et juin 2007 de telle manière qu'à cette dernière date l'incapacité de travail était totale dans toute activité. Le Dr O _____ a expliqué de façon convaincante que la légère amélioration transitoire des fonctions pulmonaires depuis août 2007 n'avait pas permis à l'assuré de recouvrer une capacité de travail. Aucun élément ne permet de mettre en doute cette appréciation; en particulier l'affirmation a priori contradictoire figurant dans son rapport du 10 décembre 2007 selon laquelle une activité sédentaire de 7h/jour était exigible a été expliquée par le fait que l'assuré avait présenté une légère amélioration de ses fonctions respiratoires depuis août 2007 mais que cette amélioration s'était finalement révélée comme transitoire, puisque l'état de santé de l'assuré s'était ensuite dégradé, après la rédaction du rapport du Dr O _____, pour aboutir à un VEMS de 38 % en juin 2008. A cet égard, l'avis de la Dresse B _____ relativement à la survenance de l'incapacité totale de travail de l'assuré dans toute activité, fixée au 1er juin 2008, n'est pas convaincante et ne permet pas de mettre en doute les constatations du Dr O _____, lequel est par ailleurs spécialiste en pneumologie et à suivi l'assuré durant la période litigieuse. En particulier, l'application schématique de la classification américaine n'est pas pertinente. Elle fait tout d'abord abstraction de l'examen clinique effectué par le Dr O _____, et ne tient ainsi pas compte de la dyspnée au moindre effort attestée par ce médecin (avis du 5 décembre 2006), ni de la participation de la hernie hiatale dans l'insuffisance respiratoire chronique de l'assuré, entraînant une aggravation de celle-ci (avis du Dr O _____ du 22 octobre 2010 - déclaration du Dr O _____ en audience le 23 mars 2009). En outre, selon la classification américaine, une atteinte modérée de toute la personne ("impairment of the whole person") est évaluée de 30 à 45 % pour un VEMS (= FEV 1) de 51 à 59 % du prédit et non pas de 41 à 59 %, comme allégué par la Dresse B _____. Il est vrai qu'une atteinte sévère n'est admise dans cette même classification qu'à partir d'un VEMS de 40 % et moins de sorte que la tranche de 41 à 50 % du prédit n'apparaît pas dans le tableau. Reste que celui-ci n'est pas clair et ne permet pas de conclure, comme l'a fait la Dresse B _____ qu'un

A/3278/2008 - 18/20 - VEMS de 41 à 59 % entraîne une gêne de 30 à 45 %. En particulier, le VEMS présent en août 2007 n'était encore que de 48 % de sorte qu'il est inférieur à la valeur figurant dans la classe 3 (VEMS de 51 à 59 %) et devrait en conséquence entraîner logiquement une gêne plus importante que celle de 30 à 45 % figurant au regard de la classe 3. Enfin, la classification américaine fait référence à un "impairment of the whole person" et non pas à une capacité de travail, ce qui n'est pas identique. On peut en effet imaginer qu'une gêne de 30 à 45 % entraîne une incapacité de travail dans une mesure plus importante. Par ailleurs, aucun autre rapport médical au dossier ne vient contredire les constatations du Dr O _____, étant relevé que ceux de la Dresse Q _____ ont

attesté une incapacité totale de travail de l'assuré depuis le 6 novembre 2006 (avis des 22 juin 2007 et 27 novembre 2008). Pour toutes ces raisons, il convient de suivre le rapport du Dr O _____ du 25 novembre 2010, lequel remplit les critères jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante et d'admettre que l'assuré présentait une capacité de travail totale dans son activité habituelle depuis le 23 septembre 2006 et dans toute activité depuis le 11 juin 2007. S'agissant de la période du 23 novembre 2006 au 10 juin 2007, l'intimé a retenu une capacité de travail de 55 % dans une activité adaptée en se fondant sur l'estimation de la Dresse B _____. A cet égard, on relèvera que l'avis de la Dresse B _____ n'est pas clair dès lors qu'elle semble retenir une telle capacité de travail de 55 % depuis le 23 novembre 2006 alors même qu'elle indique qu'elle était exigible depuis février 2008 en raison du VEMS à cette époque de 51 %. La Cour de céans constate néanmoins qu'une telle capacité de travail qui correspond à la période durant laquelle l'assuré a perdu 50 % du VEMS (décembre 2006 à juin 2007) peut être confirmée dès lors qu'elle correspond à une capacité de travail moyenne en tenant compte d'une diminution régulière de la capacité de travail de l'assuré. Elle est par ailleurs admise par les parties. Ainsi, l'assuré a été incapable de travailler à 40 % au moins en moyenne depuis le 23 novembre 2006 (45 % du 23 novembre 2006 au 31 mai 2007 et 100 % depuis le 1er juin 2007) de sorte qu'au 1er novembre 2007, l'assuré a droit à une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %.

E. 9

a) Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que les recourants ont droit depuis le 1er novembre 2007 à une rente d'invalidité entière à laquelle aurait eu droit l'assuré, sous déduction des prestations déjà versées à celui-ci. b) La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance- invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant la Cour de céans (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant

A/3278/2008 - 19/20 - la Cour de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

E. 10

Un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI) ainsi qu'une indemnité de 4'000 fr. en faveur des recourants.

A/3278/2008 - 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.