

GE_GERICHTE ATAS/917/2014 vom 20. August 2014

GE Cour de justice, 2014-08-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_917_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/917/2014 du 20 août 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/917/2014 del 20 agosto 2014

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). 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

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1er janvier 2012, en fonction des

A/3819/2013 - 12/22 - modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

E. 4

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). La décision litigieuse ayant été envoyée par courrier simple, et le recourant affirmant l'avoir reçue le 26 octobre 2013, le recours, adressé à la chambre de céans le 25 novembre 2013 selon le timbre postal, a été interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi. Il est donc recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

E. 5

Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité, respectivement sa capacité de travail.

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 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). 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. 7

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

A/3819/2013 - 13/22 - 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 125 V 351 consid. 3). Les mesures d'instruction ordonnées par l'assureur, à savoir notamment l'examen par un médecin, ne sont pas des expertises au sens strict du terme, à moins que l'assureur n'interpelle l'intéressé sur le libellé des questions ainsi que le choix de l'expert et lui donne l'occasion de se déterminer avant l'exécution de l'acte d'instruction projeté. L'on ne saurait toutefois leur dénier toute valeur probante de ce seul fait. Il faut en effet examiner si le médecin commis par l'assureur s'est penché sur les questions médicales litigieuses et a donné à celui-ci des indications utiles pour décider d'une éventuelle prise en charge (ATAS/797/2014 du 27.06.2014 ; ATAS/466/2014 du 02.04.2014 ; ATAS/433/2014 du 26.03.2014). 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). 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).

A/3819/2013 - 14/22 - 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 n.

E. 10

En l'espèce, dans la mesure où le recourant a déposé sa demande de prestations au mois de novembre 2010 en raison d'atteintes à la santé ayant engendré une incapacité de travail depuis le mois d'avril 2010, il convient de se placer en 2011 pour procéder à la comparaison des revenus. S'agissant du revenu sans invalidité, c'est à bon droit que l'intimé s'est basé sur le dernier salaire perçu par le recourant, soit un salaire mensuel de CHF 5'200.- et annuel de CHF 67'600.- (CHF 5'600.- x 13) en 2010. Ce montant doit être indexé à 2011 selon l'évolution des salaires pour les hommes en termes nominaux (2010 : 2'151 et 2011 :

2'171 ; Évolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2011), ce qui donne un revenu sans invalidité de CHF 68'229.-. Concernant le revenu avec invalidité, c'est également à bon droit que l'intimé a pris, comme salaire de référence, celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le

A/3819/2013 - 19/22 - secteur privé selon le tableau TA1 de l'ESS 2010, à savoir un salaire mensuel de CHF 4'901.-, soit un salaire annuel de CHF 58'812.- (CHF 4'901 x 12). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux limitations du recourant. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2011 (et non 2010 comme retenu par l'intimé) de 41,7 heures, ce montant doit être porté à CHF 61'312.- (CHF 58'812.- x 41,7 / 40). Enfin, ce montant doit être indexé à 2011, ce qui porte le salaire annuel à CHF 61'882.- et non CHF 61'733.- comme retenu par l'intimé. L'intimé a tenu compte d'une réduction de 15% en raison des limitations fonctionnelles du recourant. Etant rappelé que le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration, le salaire d'invalidité est fixé à CHF 52'600.- après calcul de l'abattement de 15%, ce qui donne un degré d'invalidité de 22.9 % (CHF 68'229 - CHF 52'600 / CHF 68'229 x 100), soit 23% selon la jurisprudence mentionnée plus haut. La chambre de céans notera à toutes fins utiles que même dans l'hypothèse où un abattement de 25% avait été retenu, le degré d'invalidité du recourant n'aurait été que de 32%, soit un degré d'invalidité insuffisant pour lui ouvrir le droit à une rente. Partant, le taux de 23% retenu par l'intimé est confirmé, de sorte que c'est à bon droit que ce dernier a nié au recourant un droit à une rente.

E. 11

Reste à examiner le droit du recourant à des mesures professionnelles. Conformément à l'art. 8 al. 1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies. Aux termes de l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession lorsque son invalidité rend cette mesure nécessaire, et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. L'art. 6 al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance- invalidité (RAI ; RS 831.201) définit les mesures de reclassement comme les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer leur capacité de gain. La jurisprudence a apporté une précision à cette définition en indiquant que le concept de reclassement recouvre l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité (ATF 124 V 108 consid. 2a). Dès lors, en règle générale, l'assuré ne peut pas prétendre à la meilleure formation possible dans

A/3819/2013 - 20/22 - son cas, la loi ne visant en effet qu'à assurer les mesures de réadaptation qui sont nécessaires et suffisantes compte tenu du cas d'espèce (ATF 121 V 258 consid. 2c). De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à

des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2; ATF 124 V 108 consid. 3a). Pour déterminer si une mesure de réadaptation d'ordre professionnel est de nature à rétablir, améliorer, sauvegarder ou favoriser l'usage de la capacité de gain de l'assuré, il y a lieu d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2). Le but poursuivi par la mesure doit donc s'inscrire dans une certaine durée, et son succès doit être proportionné à son coût. Enfin, la mesure concrète doit être raisonnablement exigible de l'assuré (ATF 130 V 488 consid. 4.3.2; VSI 2002 p. 112 consid. 2). En effet, une mesure de reclassement ne saurait être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, au moins partiellement, d'être réadaptée. Les mesures ne seront donc pas allouées si elles semblent d'emblée vouées à l'échec (arrêt du Tribunal fédéral I 170/06 du 16 février 2007 consid. 3.2 et 3.4). Conformément aux principes susmentionnés, un degré d'invalidité de plus de 20% ouvre le droit à des mesures de reclassement. Or, l'intimé ne s'est pas du tout prononcé sur cette question, se contentant d'indiquer que vu l'absence prolongée du recourant lors du stage au sein de l'entreprise Pro, son service de réadaptation avait conclu à la non pertinence de la poursuite dudit stage. La chambre de céans soulignera tout d'abord que la décision litigieuse ne prononce pas formellement l'interruption de ce stage. Par ailleurs, elle rappellera que selon l'art. 21 al. 4 LPGA, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés. Le sens et le but de la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA est de rendre l'assuré attentif aux conséquences négatives possibles d'une attitude rénitente à collaborer, afin qu'il soit à même de prendre une décision en pleine connaissance de cause et, le cas échéant, de modifier sa conduite. Une telle procédure doit s'appliquer même lorsque l'assuré a manifesté de manière claire et incontestable qu'il n'entendait pas participer à un traitement ou à une mesure de réadaptation (arrêt du Tribunal fédéral I 605/04 du 11 janvier 2005 consid. 2 et les

A/3819/2013 - 21/22 - références, publié in SVR 2005 IV n° 30 p. 113; voir également arrêt du Tribunal fédéral I 552/06 du 13 juin 2006 consid. 4). Certes, en l'espèce, le recourant n'a été présent que durant quatre jours au sein de l'entreprise Pro. Cependant, cet élément ne suffit pas à conclure à un manque de faculté subjective de reclassement du recourant, qui permettrait de considérer que les mesures d'ordre professionnel seraient vouées à l'échec, ce d'autant plus que ce dernier a confirmé, en audience de comparution personnelle, qu'il souhaitait retravailler. En tout état de cause, l'OAI n'a pas procédé à la sommation légale. A cet égard, il sera précisé que bien que le rapport d'évaluation de l'entreprise Pro du 6 février 2013 fasse état de contacts entre l'intimé et le recourant suite à l'absence de ce dernier lors du stage, aucune note téléphonique relatant cet entretien ne figure au dossier. Quoi qu'il en soit, la mise en demeure mentionnée ci-dessus aurait dû être écrite, comme précisé expressément par l'art. 21 al. 4 LPGA. De ce fait, la cause devra être renvoyée à l'intimée pour qu'il procède conformément à l'art. 21 al. 4 LPGA, avant de statuer formellement sur le droit aux mesures d'ordre professionnel en fonction de la suite que le recourant aura

donné à cette mise en demeure.

E. 12

Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement admis au sens des considérants. Le recourant, qui n'est pas représenté, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). La procédure n'étant pas gratuite en matière d'assurance-invalidité, l'intimé supportera un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis LAI).

A/3819/2013 - 22/22 -

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.