

GE_GERICHTE ATAS/93/2016 vom 2. Februar 2016

GE Cour de justice, 2016-02-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_93_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/93/2016 du 2 février 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/93/2016 del 2 febbraio 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

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

E. 3

Le litige porte sur le droit de l'assurée à renoncer à sa rente d'invalidité.

E. 4

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. 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). 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).

E. 5

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

E. 6

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). 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

A/4335/2015 - 8/14 - 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 LPG), 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 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). 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 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

A/4335/2015 - 9/14 - 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; arrêt du Tribunal fédéral 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).

E. 7

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). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, 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. 8

Aux termes de l'art. 28 LAI, « 1 L'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles;

A/4335/2015 - 10/14 - b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPG) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG) à 40% au moins. 2 La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: Taux d'invalidité Droit à la rente en fraction d'une rente entière 40% au moins un quart 50% au moins une demie 60% au moins trois quarts 70% au moins rente entière

E. 9

En l'espèce, l'assurée a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1er juillet 2008. Vu sa détermination à reprendre une activité lucrative, l'assurée a obtenu la

prise en charge de plusieurs mesures de réadaptation professionnelle. Elle a ainsi été placée dans différents stages d'abord comme aide-soignante en EMS, puis comme employée dans le domaine de l'industrie légère. L'assurée a été victime de deux accidents, le premier en 2013 à la main droite et le second en juin 2014 à la main gauche. Dans un rapport du 9 septembre 2014, les EPI relèvent que les mêmes constatations ont été faites lors des stages : fragilité physique, manque de tonus, lenteur et incapacité de travailler en équipe, l'assurée n'est pas à l'écoute de ses collègues, les consignes ne sont pas toujours suivies et elle a eu 31 jours d'arrêt de travail sur les quatre derniers mois de stages. Il est constaté que « la qualité du travail est bonne mais que l'attitude de l'assurée reste un problème en cas d'engagement ». Il est indiqué que la reprise, après un arrêt de travail de plusieurs mois, dû à la problématique des mains, est difficile. Finalement en octobre 2015, le service de réadaptation professionnelle de l'AI est arrivé à la conclusion que la capacité de travail de l'assurée, au demeurant âgée de 62 ans, n'est plus exploitable sur le marché économique ordinaire. Aussi, par décision du 24 novembre 2015, le versement d'une rente entière d'invalidité a-t-il été repris.

E. 10

L'assurée conteste la décision y relative, au motif que selon son médecin, elle est capable de travailler, et que l'octroi d'une rente l'empêche de s'inscrire au chômage.

E. 11

Aux termes de l'art. 23 LPGA,

A/4335/2015 - 11/14 - « 1 L'ayant droit peut renoncer à des prestations qui lui sont dues. La renonciation peut être en tout temps révoquée pour l'avenir. La renonciation et la révocation font l'objet d'une déclaration écrite. 2 La renonciation et la révocation sont nulles lorsqu'elles sont préjudiciables aux intérêts d'autres personnes, d'institutions d'assurance ou d'assistance ou lorsqu'elles tendent à éluder des dispositions légales. 3 L'assureur confirme par écrit à l'ayant droit la renonciation et la révocation. L'objet, l'étendue et les suites de la renonciation et de la révocation doivent être mentionnés dans la confirmation ». Une renonciation suppose, par définition, que l'assuré ait un droit indubitable à des prestations, comme le précise l'art. 23 al. 1 LPGA ("l'ayant droit peut renoncer à des prestations qui lui sont dues"; arrêt 8C_495/2009 du 11 mars 2009 consid. 2.1.2). Il faut donc que les prestations soient connues ; une personne ne peut pas renoncer à l'avance à d'éventuelles prestations futures, l'objet et l'étendue des prestations auxquelles il est renoncé devant être définis au moment de la renonciation (Ghislaine FRESARD-FELLEY, De la renonciation aux prestations d'assurance sociale [art. 23 LPGA/ATSG], HAVE 5/2002, p. 337; cf. aussi Thomas LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungs-rechts, 3ème éd., 2003, n° 17 p. 275 ; ATF 9C_1051/12).

E. 12

On peut en l'espèce comprendre la volonté de l'assurée de renoncer à la rente d'invalidité comme une demande visant à ce que les mesures de réadaptation professionnelle soient prolongées.

E. 13

L'AI applique le principe selon lequel la réadaptation prime la rente. Ainsi, les mesures de réadaptation ont une priorité de principe sur la rente et, dès lors, un droit à la rente est exclu aussi longtemps que des mesures de réadaptation peuvent influencer sur l'invalidité au point de

la faire tomber au-dessous du niveau justifiant l'octroi d'une rente (art. 28 al. 1, let. a, LAI; RCC 1984 p. 359, 1982 p. 471, 1981 p. 123, 1970 p. 162 et 395, 1969 p. 424). La situation médicale, personnelle et professionnelle de l'assuré est réexaminée régulièrement. Après l'octroi d'une rente, des mesures de nouvelle réadaptation visant à améliorer sa capacité de gain peuvent être accomplies en tout temps, si elles sont indiquées. Avant de se prononcer sur le droit à la rente, l'office AI examine, que l'assuré le demande ou non, toutes les possibilités de réadaptation prévues par la loi qui pourraient être nécessaires et de nature à rétablir sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels, à l'améliorer ou à la sauvegarder (art. 8, al. 1, LAI; RCC 1962 p. 125). (Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI), valable à partir du 1er janvier 2015, nos 1045 et 1046). L'avis du SMR et l'ensemble des autres renseignements sont déterminants pour fixer les possibilités de réadaptation. Il y a lieu d'établir quelles activités professionnelles l'assuré pourrait encore pratiquer compte tenu de son état de santé

A/4335/2015 - 12/14 - et si de telles possibilités de travail existent, en principe, dans une situation équilibrée du marché du travail (ch. 3047 ss). L'office AI peut demander, à cet effet, des rapports et des renseignements ou une expertise et effectuer une enquête sur place (art. 69, al. 2, RAI). Au cas où une réadaptation n'est pas envisageable, ce constat doit être étayé par des renseignements concrets et objectifs. L'office AI ne se contentera pas de s'appuyer sur les déclarations (subjectives) de l'assuré (RCC 1981 p. 42). N'entrent toutefois en considération, pour l'octroi de prestations, que les mesures qui correspondent aux capacités et, dans la mesure du possible, aux dispositions des assurés et qui visent à atteindre le but de la réadaptation de manière simple et adéquate. Cette exigence implique un rapport raisonnable entre, d'une part, la durée et les coûts de la mesure et, d'autre part, le résultat économique (au sens de l'efficacité de la réadaptation). La formation professionnelle répondra en outre aux exigences du marché du travail et aura lieu autant que possible sur le marché primaire de l'emploi et dans des centres de formation pour bien-portants (message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale relatif à un projet de loi sur l'assurance- invalidité du 24.10.1958, p. 31).

E. 14

Il s'agit en l'occurrence de s'interroger sur le point de savoir si la poursuite des mesures entreprises serait indiquée, de déterminer, en d'autres termes, si elles permettraient ou non d'atteindre le but visé, soit rétablir la capacité de gain.

E. 15

Il est vrai que de nombreux rapports ont été établis par le service de réadaptation professionnelle de l'AI, soutenant dans l'ensemble l'assurée dans sa volonté de retour sur le marché de l'emploi. Dans son rapport final du 20 octobre 2015, ce service a toutefois constaté que l'assurée ne pouvait pas travailler sur le marché économique ordinaire. À cet égard, le Dr E_____ a établi le 2 décembre 2015 un certificat selon lequel « les traitements appliqués ces trois dernières années étaient tous motivés par des pathologies accidentelles. Plus particulièrement, l'assurée n'a bénéficié d'aucun traitement psychothérapeutique », de sorte que la capacité de travail est entière. Il est vrai qu'en principe, les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral I 762/02). 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. En l'espèce, le certificat, fort succinct, du Dr E_____ ne suffit pas à mettre en doute les résultats constatés à l'issue des mesures professionnelles accordées. Il y a par ailleurs lieu de rappeler qu'en l'espèce, l'OAI a examiné toutes les possibilités

A/4335/2015 - 13/14 - de réadaptation prévues par la loi qui pourraient être nécessaires et de nature à rétablir sa capacité de gain. Aussi l'assurée a-t-elle déjà été mise au bénéfice de nombreuses mesures. Le taux d'invalidité de l'assurée n'ayant subi aucune modification notable, la rente doit être maintenue (art. 17 LPGa).

E. 16

En conséquence, le recours ne peut être que rejeté, quand bien même la chambre de céans tient à saluer le courage et la volonté dont fait preuve l'assurée. À noter que l'assurée reste libre de déposer une nouvelle demande de mesures professionnelles lorsque celles-ci seront indiquées. Reste à signaler à l'assurée qu'elle peut s'adresser au service des prestations complémentaires pour solliciter l'octroi de prestations complémentaires à sa rente AI.

A/4335/2015 - 14/14 - 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.