

GE_GERICHTE ATAS/942/2013 vom 24. September 2013

GE Cour de justice, 2013-09-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_942_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/942/2013 du 24 septembre 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/942/2013 del 24 settembre 2013

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

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 remontant à l'année 2008, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LAI consécutives à la 5ème révision jusqu'au 31 décembre 2011, et après le 1er janvier 2012, en fonction des modifications relatives à la 6ème révision, 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 (ATFA non publié 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). La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.

N° de procédure - 9/17 -

E. 3

Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

E. 4

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité postérieurement au 28 février 2009.

E. 5

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente 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 et ATF 125 V 413 consid. 2d ; ATF non publiés des 28 décembre 2006, I 520/05, et 21 août 2006, I 554/06). 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'art. 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1).

E. 6

Il convient tout d'abord de déterminer si l'état de santé du recourant s'est amélioré depuis le 12 mars 2009, comme retenu par l'intimé. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1er LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1er LPGA). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, 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

N° de procédure - 10/17 - objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). b) 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 la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne

peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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 351 consid. 3b/ee).

N° de procédure - 11/17 - S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). c) Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par la maxime inquisitoire, selon laquelle les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (art. 61 let. c LPG). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 I 180 consid. 3.2). Le devoir du juge de constater les faits pertinents ne dispense donc pas les parties de collaborer à l'administration des preuves en donnant des indications sur les faits de la cause ou en désignant des moyens de preuve (ATF 130 I 180 consid. 3.2 ; 128 III 411 consid. 3.2). Autrement dit, si la maxime inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, elle ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à son adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3). Au demeurant, il n'existe 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). En présence d'un refus de collaborer, le juge est fondé à procéder à une appréciation des preuves sur la base des éléments du dossier (KIESER, ATSG- Kommentar, Zürich 2003, n. 59 ad art. 61). Il ne peut toutefois se

contenter d'examiner la décision attaquée sous l'angle du refus de collaborer de l'intéressé et s'abstenir de tout examen matériel de ladite décision sous l'angle des faits médicaux retenus par l'assureur (ATFA non publié du 6 mai 2004, I 90/04, consid. 4 ; voir aussi RCC 1985 p. 322). d) 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

N° de procédure - 12/17 - 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).

E. 7

a) Préalablement, il sera relevé que le recourant n'a pas répondu au courrier de la Cour de céans du 18 juin 2013 et ne s'est pas présenté lors de l'audience de comparution personnelle du 3 septembre 2013. Il sera dès lors procédé à une appréciation des preuves sur la base des éléments présents au dossier. b) En l'espèce, l'OAI s'est fondé en substance sur l'avis du SMR du 25 juin 2010 et sur le rapport de la CRR du 30 mars 2009 pour retenir que la capacité de travail du recourant était nulle du mois de janvier 2008 au 12 mars 2009, date à laquelle elle était à nouveau entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Il convient de constater que ledit rapport de la CRR présente valeur probante au sens de la jurisprudence, ce que le recourant n'a pas contesté. En effet, il a été établi suite à un séjour d'un mois à la CRR et sur la base d'une anamnèse personnelle, professionnelle et médicale du recourant, de son dossier médical, des documents radiologiques, des examens cliniques somatiques et psychiatriques et a tenu compte des plaintes du recourant. Les médecins ont également exposé leurs constatations cliniques et motivé leurs conclusions. Toutefois, on ne saurait retenir, à l'instar de l'intimé et du SMR, que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 100% déjà dès le 12 mars 2009, soit dès la sortie du recourant de la CRR. En effet, d'une part, les médecins de la CRR ne se sont pas prononcés sur une capacité de travail dans une activité adaptée et ont conclu que la capacité de travail dans l'activité antérieure était nulle jusqu'au

E. 11

avril 2009, aucun médecin ayant examiné le recourant n'ayant retenu une capacité de travail antérieurement. Quant aux autres rapports de médecins au dossier, soit ceux des Drs I _____, B _____ et C _____, ils ne mettent pas en exergue d'éléments déterminants remettant en cause cette conclusion. Dès lors, la Cour de céans considère que l'état de santé du recourant s'est amélioré dès le 11 avril 2009, en ce sens que celui-ci présentait depuis lors une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. 8. Reste à se prononcer sur le degré d'invalidité du recourant et sur la durée de son droit à une rente d'invalidité. a) L'art. 28 al. 2 LAI, en vigueur depuis le 1er janvier 2008, dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. 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 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) 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 LPGA. Conformément à l'art. 29 al. 3 LAI (dans sa teneur dès le 1er janvier 2008), la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance. b) Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (ATFA non publié I 806/04 du 15 mars 2005, consid. 2.2.). Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En vertu de l'art. 88a RAI, la modification du droit à la prestation intervient en principe lorsqu'un changement déterminant du degré d'invalidité a duré trois mois, sans interruption notable.

N° de procédure - 14/17 - c) L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette disposition prévoit que, 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. 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). Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. 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'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après l'ESS ; ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). 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 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 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

N° de procédure - 15/17 - 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; ATF non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5). Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49 %, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50 %, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2). 9. En l'espèce, l'incapacité de travail du recourant était totale dans toutes les activités lucratives dès le 14 janvier 2008 et la demande de prestations a été déposée à l'OAI en juin 2008, de sorte que c'est à juste titre que l'OAI a fixé le début de son droit à une rente entière d'invalidité au 1er janvier 2009. En outre, il a précédemment été déterminé que cette incapacité de travail dans toutes les activités lucratives s'est maintenue jusqu'au 11 avril 2009, date à laquelle la capacité de travail du recourant était à nouveau entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Ainsi, dans la mesure où le changement important de la capacité de travail ayant une incidence sur la capacité de gain remonte à avril 2009, il convient de se placer en 2009 pour procéder à la comparaison des revenus (ATF non publié I 95/07 du 15 février 2008 consid. 5). Le revenu sans invalidité doit être déterminé en se fondant sur les déclarations de l'employeur du recourant lequel a indiqué qu'en 2009, son revenu mensuel aurait été de 5'250 fr., complété par un treizième salaire, de sorte qu'on arrive, comme l'OAI, à un salaire annuel 2009 de 68'250 fr. (5'250 x 13). Pour ce qui est du revenu d'invalidité, c'est à juste titre que l'intimé s'est fondé sur les salaires résultant de l'ESS. En effet, le recourant n'a repris une activité lucrative adaptée à son état de santé que dès le 1er décembre 2011. Ainsi, d'après l'ESS 2008, le revenu mensuel standardisé d'un homme exerçant une activité simple et répétitive (tableau TA1, niveau de qualification 4, ligne totale, homme, part au 13ème salaire comprise) est de 4'806 francs. Ce salaire hypothétique, calculé sur la base d'un horaire hebdomadaire de travail de 40 heures, doit encore être adapté à l'horaire de travail en 2009, lequel est de 41.6 heures (cf. Tableau « durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique » de l'Office fédéral de la statistique) et à l'indice suisse des salaires nominaux (ISS ; en 2008 : 2'092 et en 2009 : 2'136). On obtient ainsi un revenu annuel brut de 61'240 fr. 40. En outre, l'OAI a fixé l'abattement à 15%, afin de tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant et du fait que seule une activité légère pouvait être exercée. Dans la mesure où le recourant était âgé de 55 ans en 2009, l'abattement

N° de procédure - 16/17 - peut être augmenté à 20%, de sorte que le revenu d'invalidité 2009 est de 48'992 fr. 30 (61'240.40 – 20% x 61'240.40). Partant, le degré d'invalidité du recourant est de 28% ((68'250 – 48'992.30) x 100 / 68'250), taux n'ouvrant pas de droit à une rente. Dès lors, les conditions de la révision du droit à une rente entière d'invalidité sont réunies pour supprimer entièrement cette rente dès le 1er août 2009, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé du recourant (88a al. 1 RAI), et non dès le 1er mars 2009, comme l'a fait l'OAI. Pour le surplus, il sera encore relevé que le recourant a débuté, le 1er décembre 2011, une nouvelle activité auprès de son dernier employeur pour le même salaire

que précédemment, de sorte que son degré d'invalidité est nul dès ce moment-là (cf. ATFA non publiés I 43/05 du 30 juin 2006, consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003, consid. 5.2). 10. En conséquence, le recours est très partiellement admis et la décision attaquée réformée, en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 1er mars au 31 juillet 2009. Au vu de l'issue du litige et le recourant ayant été représenté jusqu'au 8 juillet 2013, une indemnité de 750 fr. lui est allouée à titre de dépens (art. 61 let. g LGPA et 89H al. 3 de la loi genevoise sur la procédure administrative ; LPA – E 5 10). De plus, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI par devant la Cour de céans étant soumise à des frais de justice, un émolument de 200 fr. est mis à la charge de l'OAI (art. 69 al. 1bis LAI et 89H al. 4 LPA).

N° de procédure - 17/17 - 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.