

GE_GERICHTE A/3374/2011 vom 13. Februar 2012

GE Cour de justice, 2012-02-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3374_2011

FR: GE_GERICHTE A/3374/2011 du 13 février 2012

IT: GE_GERICHTE A/3374/2011 del 13 febbraio 2012

Erwägungen

E. 9

ème Chambre En la cause Monsieur F _____, domicilié c/o M. F _____, à Genève recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203Genève intimé EN FAIT Monsieur F _____, né en 1967, nettoyeur, a fait, le 21 août 2008, une chute de 4 mètres sur son lieu de travail. Celle-ci a occasionné une "fracture burst-split de L1 avec recul du mur postérieur", qui a nécessité deux interventions chirurgicales. Son contrat de travail, d'une durée de trois mois, a pris fin le 4 novembre 2008. Il réalisait alors un salaire de 13 x 3'882 fr. 15 par année. Sans formation, il avait travaillé précédemment comme peintre, vigneron, jardinier et aide-horticulteur. Selon le rapport du 20 octobre 2008 du Dr L _____ du Service de Neurochirurgie des HUG, les suites post-opératoires de la seconde intervention étaient simples et sans complications. En 2009, le traitement médical s'est poursuivi. L'assuré a rempli une demande de prestation AI le 13 janvier 2009. Le Dr M _____, médecin traitant, a indiqué dans le questionnaire AI, le 27 février 2009, que son patient souffrait de lombalgies chroniques, d'un état anxieux et d'épigastroalgies. L'incapacité de travail était totale. Le patient ne pouvait plus rester longtemps dans la même position, se pencher, travailler avec les bras au-dessus du corps, s'accroupir, soulever du poids ni effectuer des mouvements de rotation. Le Dr N _____, autre médecin traitant, a fait état dans son rapport du 7 avril 2009, d'une fracture complexe de L1 post-traumatique, avec répercussion sur la capacité de travail, et sans répercussion sur celle-ci d'un état anxio-dépressif réactionnel au divorce 2002, d'une crise d'angoisse, d'hypocholestérolémie, d'une tendance HTA, de colopathie fonctionnelle polypectomie 2007, d'une fissure anale opérée en 2002. Les douleurs dorsolombaires, cervicales et brachio-cervicales dont se plaignait le patient étaient de plus en plus invalidantes et le limitaient sur le plan fonctionnel au quotidien. Le patient avait recours à sa belle-sœur pour sa toilette. Sur le plan psychique, il présentait une humeur triste, avec perte d'énergie, des idées noires non suicidaires. L'évolution était cependant lentement favorable sous antidépresseurs. Une activité en position assise à 50% était possible. Du 4 mai au 29 juin 2009, l'assurance-invalidité a pris en charge un cours de français, au titre des mesures d'intervention précoces. L'assuré n'a cependant pas pu suivre ce cours jusqu'à la fin, en raison de ses problèmes de santé. Un CT-Scan de la colonne dorso-lombaire réalisé le 13 octobre 2009 a constaté un bon alignement du mur postérieur, l'absence de rupture du matériel, l'absence d'un syndrome compressif radiculaire dans les étages sus-jacents jusqu'en D9 et les étages sous-jacents jusqu'en S1. Le 25 novembre 2009, le Dr M _____ a fait état d'une possible instabilité de la cage intersomatique. Un nouveau CT lombaire devait être effectué en avril 2010. Selon un rapport du 11 mai 2010 du Département de psychiatrie des HUG, le patient avait été hospitalisé du 23 mars au 7 mai 2010 en raison d'un épisode dépressif moyen. Le 15 juillet 2010, le département précité a relevé un trouble dépressif récurrent, épisode actuel

moyen sans syndrome somatique F33.11, depuis août 2008. Le traitement psychiatrique et psychothérapeutique permettait probablement de trouver une bonne stabilité clinique et de prévenir une rechute, mais le pronostic restait réservé en raison de l'évolution chronique de la pathologie somatique. Selon un rapport du Dr M _____ du 8 août 2010, la situation était inchangée depuis le 13 juin 2010. Par décision du 21 octobre 2010, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et qu'elle versait les indemnités journalières jusqu'au 31 mars 2011. Elle se prononcerait à cette date sur le droit à une rente d'invalidité. Il appartenait à l'assuré d'entreprendre par ses propres moyens ou avec le concours de l'AI des démarches pour trouver un poste de travail adapté. Selon l'examen médical final du 13 octobre 2010 effectué par le médecin d'arrondissement, l'assuré "pourrait vraisemblablement mettre en valeur une capacité proche de 100%" dans une activité n'exigeant pas le port de charges, permettant les changements fréquents de position, debout et assise, et n'exigeant pas la marche prolongé. L'atteinte à l'intégrité était estimée à 20%, compte tenu du phénomène douloureux, de la spondylodèse et des dysesthésies résiduelles. Le Dr O _____, médecin psychiatre mandaté par la CNA, a constaté une dysthymie (F34.1). La symptomatologie dépressive était légère, avec une anxiété associée plus importante. Le fait que la symptomatologie était constante depuis près de deux ans justifiait la pose d'un diagnostic de troubles dysthymique, ce qui était un facteur de mauvais pronostic. La symptomatologie était aussi peu accessible au traitement. Elle ne compromettait cependant pas la possibilité de la mise en place d'une réadaptation professionnelle, qui devait être prise rapidement, pour le bien-être de l'assuré qui supportait particulièrement mal l'attente. Répondant à un questionnaire de l'AI le 24 novembre 2010, le Département de psychiatrie des HUG a indiqué que l'état de santé psychique était stationnaire depuis juillet 2010 et le pronostic réservé. Les limitations fonctionnelles comportaient l'anxiété, les troubles de la concentration, les difficultés importantes dans les relations interpersonnelles. La capacité de travail était nulle. Le patient était suivi une fois par mois; le traitement médicamenteux se poursuivait. Le rapport du Service médical régional (SMR) du 3 décembre 2010 retient comme atteinte à la santé "fracture burst de L1 traumatique traitée par fixation (D12-L2), puis corporectomie et décompression du cône médullaire" ainsi qu'une dysthymie. Depuis octobre 2010, l'assuré pouvait travailler à 100% dans une activité adaptée, évitant le port de charges, les positions statiques et en porte-à-faux du rachis ainsi que les situations anxiogènes. Le rapport se réfère à l'appréciation du médecin d'arrondissement et du Dr O _____. Selon la fiduciaire de son dernier employeur, le salaire brut de l'assuré aurait été en 2010 de 54'529 fr. Se fondant sur l'appréciation effectuée par le médecin d'arrondissement et le Dr O _____, l'AI a retenu, dans son projet de décision, que l'assuré avait été en incapacité totale jusqu'en septembre 2010, puis dès octobre 2010 capable d'exercer une activité à plein temps dans un poste adapté. Même en retenant une réduction de 15%, le taux d'invalidité ressortant de la comparaison des revenus sans et avec invalidité était de 4,5%. Il avait ainsi droit à une rente entière du 1^{er} août 2009 au 31 décembre 2011, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé. Les conditions à une mesure de reclassement n'étaient pas réalisées. A la suite de l'opposition formée par l'assuré, l'AI a maintenu sa décision, ce qu'elle a communiqué à l'assuré par pli du 21 septembre 2011. Ce dernier recourt par acte expédié le 21 octobre 2011 à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Il conclut à ce qu'une nouvelle décision soit rendue, qui soit conforme "à la situation de fait et aux dispositions légales pertinentes". Il fait grief à l'intimé de ne pas avoir expliqué pour quelle raison il convenait d'admettre une amélioration de son état de santé au mois d'octobre 2010. Le

simple renvoi aux appréciations des médecins s'étant prononcés dans le cadre de la CNA n'était pas suffisant pour admettre que les conditions de l'art. 88a RAI étaient réalisées. En outre, l'assurance avait violé le principe de l'interdiction de l'arbitraire et le "droit à une prise de position équitable" en ignorant la prise de position du médecin traitant. Dans sa détermination, l'intimé expose que la notion d'invalidité est la même dans les différents domaines des assurances sociales. L'AI pouvait ainsi se fonder sur les appréciations faites par les médecins de la CNA. Il n'y avait aucun motif de s'écarter des conclusions de ces derniers, qui reposaient sur des conclusions convaincantes concernant la capacité de travail et l'exigibilité et une étude minutieuse du dossier médical de l'assuré. Le recourant n'a pas répliqué dans le délai imparti. Par courrier du 18 novembre 2011, adressé à la Cour, le Dr M_____ a expliqué que la décision de l'AI lui paraissait "pour le moins curieux". Il ne comprenait pas comment le patient pouvait se voir octroyer une rente jusqu'à fin septembre 2010, puis sans la justification concrète d'une amélioration en octobre 2010, se voir supprimer la rente dès janvier 2011. Il avait suivi le patient pendant cette période et n'avait perçu aucune amélioration. Ce courrier a été transmis aux parties, puis la cause gardée à juger. EN DROIT 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. Interjeté dans la forme et le délai prescrit, le recours est recevable (art. 60 et 61 let. b LPGA). Le droit du recourant à une rente d'invalidité d'août 2009 à décembre 2010 n'est pas contesté. Est litigieuse la question de savoir si l'intimé pouvait supprimer le droit à la rente entière du recourant, avec effet au 1er janvier 2011. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 417 ss. consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Selon cette disposition, tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. 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 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b; ATF non publié du 28 décembre 2006, I 520/05, consid. 3.2).

b) 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). 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 (art. 7 LPGA). 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 275 consid. 4a; 105 V 207 consid. 2). Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (ATF 127 V 299). 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. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 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 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1). 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. 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 352 ss consid. 3). 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). c) En l'espèce, le Dr P _____ a retenu, le 13 octobre 2010, qu'il n'y avait plus lieu d'attendre du traitement médical une amélioration notable des séquelles de l'accident et que l'état de santé du recourant était stabilisé. L'avis du Dr P _____ repose sur un examen de l'assuré, l'étude de son dossier médical et une discussion circonstanciée. Il est, par ailleurs, partagé par le médecin traitant, le Dr M _____, qui a indiqué, le 8 août 2010, que la situation était inchangée depuis le 13 juin 2010. Il en va de même de l'état de santé psychique du recourant que tant le Dr O _____ que le Département de psychiatrie des HUG ont considéré comme stationnaire. L'assurance-invalidité n'avait donc aucun motif de s'écarter de ces appréciations et de ne pas retenir que l'état de santé du recourant était stabilisé en octobre 2010. Il est manifeste que tant que le traitement médical, qui a comporté deux interventions chirurgicales, de la rééducation et des examens de suivi, était en cours, la capacité de travail du recourant était nulle; il ne pouvait en tout cas pas être exigé de sa part de travailler, alors que les séquelles durables de l'accident n'étaient pas encore établies. Après avoir cependant constaté la stabilisation de l'état de santé du recourant en octobre 2010 - ce que ni ce dernier, ni son médecin ne remettent en cause -, il appartenait à l'intimé d'examiner, par voie de révision, dans quelle mesure les suites de l'accident influaient sur la capacité de travail du recourant, partant sur le degré de son invalidité à parti d'octobre 2010. d) A cet égard, l'intimé s'est fondé sur les rapports effectués par les médecins ayant été consultés par l'assurance-accidents. Ceux-ci ont considéré que, s'agissant des aspects somatiques, l'assuré pouvait travailler à 100% dans une activité n'exigeant pas le port de charges, permettant des

changements fréquents de position debout ou assise et n'exigeant pas la marche prolongée. S'agissant des séquelles psychiques, le Dr O _____ a estimé qu'elles ne compromettaient pas la possibilité de la mise en place d'une réadaptation professionnelle. Derechef, l'intimé n'avait pas de raison de s'écarter de ces appréciations, qui se fondent sur un examen du recourant, son anamnèse, son dossier médical et ses plaintes. Ces rapports comportent, en outre, une analyse motivée et des conclusions claires et exemptes de contradiction. Le recourant n'expose d'ailleurs pas en quoi ces avis seraient incomplets, mal fondés ou devraient pour un autre motif être écartés. Son médecin ne fait que s'étonner du fait que l'on considérerait qu'une amélioration serait intervenue en octobre 2010. Or, comme exposé ci-dessus (consid. 2c), l'intimé n'a pas retenu que l'état de santé du recourant s'était amélioré en octobre 2010, mais n'a fait qu'examiner, au moment où l'état de santé était stabilisé, les conséquences des séquelles de l'accident sur la capacité de travail du recourant. Le Dr M _____ n'apporte aucun élément susceptible de faire douter de l'appréciation des Drs P _____ et O _____. Enfin, ce dernier spécialiste a constaté, en octobre 2010, un état dépressif léger. La prise en charge sur le plan psychiatrique en mars 2010, alors que le recourant présentait une dépression avec épisode moyen, a donc apporté une aide au recourant, à savoir la stabilité clinique évoquée par le Département de psychiatrie dans son rapport du 15 juillet 2010. Le recourant ne soutient, au demeurant, pas que son état psychique se serait péjoré ou ne correspondrait pas à celui retenu par l'expert de la CNA en octobre 2010. Partant, la Cour se fondera sur ces avis pour retenir que l'assuré était capable de travailler à 100% dans une activité tenant compte des limitations fonctionnelles sus-décrites. Reste à examiner le degré d'invalidité du recourant à partir d'octobre 2010. 3.a) 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. 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 130 V 348 consid. 3.4; 128 V 30 consid. 1; 104 V 136 consid. 2a et 2b; art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa). 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 223 consid. 4.1; 128 V 174). 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). 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). b) En l'espèce, l'intimé a retenu que le recourant aurait pu réaliser en 2010, en travaillant à 100%, un salaire annuel de 54'529 fr. Ce montant n'est pas contesté; il est, au demeurant, conforme aux indications fournies par l'employeur du recourant. Quant au revenu après invalidité, étant rappelé que le recourant pourrait exercer à 100% une activité adaptée à ses limitations, il y a lieu, conformément à une jurisprudence bien établie, de se référer aux données statistiques (ESS) lorsque, comme en l'espèce, l'assurée n'a pas repris d'activité lucrative. Eu égard au large éventail d'activités simples et répétitives offertes par les secteurs de la production et des services, on peut considérer qu'un marché du travail équilibré offre un nombre suffisant de postes de travail légers permettant de tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant et ne demandant aucune formation professionnelle (p.ex. activités simples de vérification ou de contrôle, conditionnement léger, emballage de petits objets, assemblage/lavage de pièces, etc.). Selon les données de l'ESS 2010, le revenu annuel standardisé d'un homme exerçant une activité simple et répétitive s'est élevé à 61'240 fr. Les limitations fonctionnelles du recourant, soit alterner la position debout avec la position assise, éviter le port de charges, les travaux effectués en porte-à-faux ainsi que la marche prolongée, et son manque de polyvalence ont également une répercussion sur le travail effectué par lui dans une activité adaptée. De ce fait, il se justifie de prendre en considération, comme l'a fait l'intimé, un abattement de 15%. Partant, le revenu annuel d'invalidé est de 52'054 fr. La perte de salaire avec invalidité est ainsi de 4,5% (comparaison 54'529 fr. et 52'054 fr.). Or, une invalidité inférieure à 40% ne donne pas droit à une rente (art. 28 al. 2 LAI). Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté. 4. Conformément à l'art. 69 al. 1 bis LAI, un émoulement de 300 fr. est mis à la charge du recourant, qui succombe. * * * PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émoulement de 300 fr. à la charge du recourant. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Maryse BRIAND La présidente Florence KRAUSKOPF Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le