

GE_GERICHTE A/4561/2017 vom 14. Dezember 2017

GE Cour de justice, 2017-12-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4561_2017

FR: GE_GERICHTE A/4561/2017 du 14 décembre 2017

IT: GE_GERICHTE A/4561/2017 del 14 dicembre 2017

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié au GRAND-SACONNEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître William RAPPARD recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en _____ 1981, a exercé la profession de peintre en bâtiment indépendant. Il a réalisé un bénéfice de CHF 73'999.80 en 2012, de CHF 69'802.80 en 2013. 2. Le 24 juin 2014, l'assuré a été victime d'une chute à la suite de laquelle il a été mis en arrêt de travail, de sorte que, cette année-là, son bénéfice ne s'est élevé qu'à CHF 30'018.-. 3. Le 6 novembre 2014, le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur ainsi qu'en chirurgie de l'épaule et du coude, a diagnostiqué une calcification de la coiffe des rotateurs. 4. Le 5 février 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI). 5. Ont été versés notamment au dossier : - le rapport rédigé le 28 juillet 2014 par le docteur C_____, médecin-traitant, concluant à une contusion de l'épaule et du coude droits ayant entraîné une totale incapacité de travail depuis le 25 juin 2014 ; - un avis du docteur D_____, médecin-conseil de l'assureur-accidents, du 2 septembre 2014, dont il ressort qu'en juin 2015, l'assuré a chuté d'une échelle d'une hauteur de 1.50 m., qu'il s'est réceptionné sur le côté droit et s'est heurté le coude et l'épaule droits, que les examens pratiqués n'ont pas montré de lésions anatomiques traumatiques, mais une calcification en regard du trochiter de l'épaule droite compatible avec une périarthrite calcifiante de l'épaule ; le médecin a conclu à un état pathologique préexistant de l'épaule droite sous la forme d'une tendinopathie calcifiante dont il a indiqué qu'elle ne pouvait en aucun cas être le résultat d'un traumatisme récent ; - un rapport d'entretien pour détection précoce auprès de l'OAI du 19 mars 2015 relatant que l'assuré se disait découragé pour son inaction forcée, que son moral était au plus bas et qu'il était suivi par un psychiatre ; la possibilité d'un coaching était évoquée ; - un rapport du 22 avril 2015 du docteur B_____, confirmant le diagnostic de tendinopathie calcifiante bilatérale et mentionnant, en précisant qu'elles étaient sans effet sur la capacité de travail, des épicondylites, conséquences probables des douleurs aux épaules ; le médecin a conclu à une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle, mais évalué la capacité de travail de son patient dans un bureau à 100%, sans indiquer depuis quand ; - un rapport ultérieur rédigé par ce même médecin le 8 mai 2015, confirmant une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée depuis l'été, voire l'automne 2015 ; - un rapport rédigé le même jour par le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie mandaté par l'assurance-accidents, estimant qu'en l'état, l'assuré souffrant au moindre

mouvement de l'épaule, il n'y avait pas de profession adaptée à la situation, qualifiée de subaiguë ; ![/endif]>![if> - un rapport du 12 mai 2015, du docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, concluant à un épisode dépressif majeur sévère entraînant une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle mais émettant un pronostic favorable dans une activité adaptée, sous réserve d'une réorientation ; le médecin a qualifié la capacité de travail dans une activité adaptée de « bonne » ; plus loin, il a indiqué qu'une activité adaptée au handicap était possible au point de vue psychiatrique ; ![/endif]>![if> - un rapport du 13 mai 2015, du Dr C_____, concluant à des omalgies bilatérales et un épisode dépressif majeur sévère et émettant l'avis qu'on ne pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle habituelle, dès lors que le patient ne pouvait ni porter des charges, ni lever les bras au-dessus de l'horizontale et souffrait encore de fortes douleurs aux mouvements des épaules ; ![/endif]>![if> - un rapport du 17 octobre 2015, du Dr B_____, faisant mention d'un état stationnaire et d'une capacité de travail de 50% dans un travail de bureau ; ![/endif]>![if> - un bref rapport rédigé le 28 novembre 2015 par le Dr C_____ faisant mention d'un état stationnaire, précisant qu'une reprise de travail à 50% dans une activité adaptée pourrait être envisagée à partir de février 2016 ; ![/endif]>![if> - un courrier du 25 janvier 2016 du Dr F_____, indiquant qu'au niveau psychique, il serait intéressant que le patient puisse commencer à bénéficier de mesures de réorientation et requalification ; ![/endif]>![if> - un rapport du Dr C_____ du 25 mai 2016 faisant mention d'un état de santé « légèrement amélioré » sans changement dans les diagnostics ; selon lui, l'état dépressif avait bien évolué sous traitement antidépresseur ; la capacité de travail restait de 0% dans l'activité habituelle mais était de 50% dans une activité adaptée depuis août 2016 ; ![/endif]>![if> - un rapport du Dr G_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, du 30 juin 2016, confirmant la calcification de l'épaule gauche et mentionnant l'échec du traitement conservateur ; le médecin a conclu à une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle sans se prononcer dans l'hypothèse d'une activité adaptée ; ![/endif]>![if> - un rapport du Dr F_____ du 23 juin 2016 faisant mention d'un état de santé stationnaire sans changement dans les diagnostics et préconisant une fois de plus une réorientation ; le médecin a conclu à une totale capacité de travail dans une activité adaptée telle qu'une activité administrative ; ![/endif]>![if> - un avis du Service médical régional de l'OAI (SMR) du 23 janvier 2017, relevant que si la réduction de la capacité de travail à 50% n'était pas motivée par les médecins ; il était tout à fait raisonnable de conclure à une pleine capacité dans une activité adaptée et ce, depuis juin 2016 ; ![/endif]>![if> - un rapport de la Division de réadaptation professionnelle (pce 86 OAI) de l'OAI portant sur le calcul du degré d'invalidité. ![/endif]>![if> 6. Par décision du 19 octobre 2017, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière limitée dans le temps à la période du 1^{er} août 2015 au 31 août 2016. ![/endif]>![if> L'OAI a considéré que, dans une activité adaptée à son état, l'assuré avait recouvré, dès juin 2016, une pleine capacité de travail. Il aurait ainsi pu réaliser un revenu de CHF 60'320.- qui, comparé à un revenu avant invalidité de CHF 71'901.-, conduisait à un degré d'invalidité de 16,11% - arrondi à 16% - insuffisant pour ouvrir droit à une rente ou même à une mesure de réadaptation. 7. Par écriture du 16 novembre 2017, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant, sur mesures provisionnelles à ce qu'une rente entière, assortie des rentes complémentaires pour enfants y relatives, continue à lui être versée jusqu'à droit jugé sur le fond et à l'octroi immédiat d'une mesure de reclassement. ![/endif]>![if> Sur le fond, l'assuré conclut à l'octroi d'une rente entière jusqu'à l'issue des mesures de reclassement, voire au renvoi de la cause à

l'OAI pour recalcul de la rente ou complément d'instruction. Le recourant reproche à l'intimé d'avoir ignoré les conclusions des docteurs B_____, E_____, G_____ et C_____ qui, tous, ont évalué sa capacité résiduelle de travail à 50%. Il reproche également à l'intimé de ne pas avoir mis en place les mesures de réadaptation préconisées par son psychiatre traitant. Il en tire la conclusion que l'instruction de l'intimé présente des « lacunes grossières » et que la probabilité qu'il obtienne gain de cause est élevée, tout comme son intérêt à bénéficier d'une rente jusqu'à droit jugé sur le fond, dont il estime qu'il l'emporte sur le risque, pour l'intimé, de devoir verser une rente hypothétiquement indue. À l'appui de son recours, l'assuré produit deux certificats d'arrêt de travail à 100% établis par son médecin traitant les 11 octobre et 8 novembre 2017 concluant à une totale incapacité de travail (sans autres précisions). 8. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 30 novembre 2017 sur la demande de mesures provisionnelles, a conclu au rejet de cette dernière. 9. Par écriture du 12 décembre 2017, le recourant a persisté dans ses conclusions sur mesures provisionnelles. Il fait valoir que la décision litigieuse repose sur un unique avis médical du Dr B_____ concluant à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, démenti par la suite par son propre auteur. Il en tire la conclusion que ses chances de succès ne font « pas l'ombre d'un doute ». EN DROIT 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), 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 sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. À 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. 3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 de la LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [(LPA-GE - E 5 10)]. 4. Le litige porte sur le droit du recourant au maintien d'une rente d'invalidité au-delà du 31 août 2016, plus particulièrement sur la question de savoir si son état de santé s'est amélioré depuis l'octroi initial d'une rente, en août 2015. La requête du recourant visant à la poursuite du paiement de la rente durant la procédure revient en réalité à requérir des mesures provisionnelles tendant au paiement de prestations pécuniaires au sens de l'art. 56 PA - applicable conformément à l'art. 55 al. 1 LPGA, qui prévoit que les points de procédure non réglés de manière exhaustive aux art. 27 à 54 LPGA ou par les dispositions des lois spéciales sont régis par la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA - RS 172.021). Cependant, compte tenu de l'étroite connexité liant l'effet suspensif aux autres mesures provisionnelles au sens de l'art. 56 PA, il convient de se référer aux articles 55 et 56 de cette dernière. Les principes applicables au retrait de l'effet suspensif s'appliquent par analogie à ces mesures. 5. Conformément à la jurisprudence relative à l'art. 55 PA à laquelle l'entrée en vigueur de la LPGA et de l'OPGA n'a rien changé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 46/04 du 24 février 2004 consid. 1, in HAVE 2004 p. 127), la possibilité de retirer ou de restituer l'effet suspensif au recours n'est pas subordonnée à la condition qu'il existe, dans le cas particulier, des circonstances tout à fait exceptionnelles qui justifient cette mesure. Il incombe bien plutôt à l'autorité appelée à statuer d'examiner si les motifs qui parlent en faveur de l'exécution immédiate de la décision l'emportent sur ceux qui peuvent être invoqués à l'appui de la solution contraire. L'autorité dispose sur ce point d'une certaine liberté d'appréciation. En général, elle se fondera sur

l'état de fait tel qu'il résulte du dossier, sans effectuer de longues investigations supplémentaires. En procédant à la pesée des intérêts en présence, les prévisions sur l'issue du litige au fond peuvent également être prises en considération; il faut cependant qu'elles ne fassent aucun doute (ATF 124 V 82 consid. 6a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_885/2014 du 17 avril 2015 consid. 4.2). ^{6.} L'intérêt de la personne assurée à pouvoir continuer à bénéficier des prestations qu'elle percevait jusqu'alors n'est pas d'une importance décisive, tant qu'il n'y a pas lieu d'admettre que, selon toute vraisemblance, elle l'emportera dans la cause principale. Ne saurait à cet égard constituer un élément déterminant la situation matérielle difficile dans laquelle se trouve la personne assurée depuis la diminution ou la suppression des prestations. En pareilles circonstances, l'intérêt de l'administration apparaît généralement prépondérant, puisque dans l'hypothèse où l'effet suspensif serait accordé et le recours serait finalement rejeté, l'intérêt de l'administration à ne pas verser des prestations paraît l'emporter sur celui de la personne assurée; il serait effectivement à craindre qu'une éventuelle procédure en restitution des prestations versées à tort ne se révèle infructueuse (ATF 119 V 503 consid. 4 et les références ; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 267/98 du 22 octobre 1998, in VSI 2000 p. 184 consid. 5; Hansjörg SEILER, in Praxiskommentar zum VwVG, n° 103 ad art. 55 PA). La jurisprudence a également précisé que le retrait de l'effet suspensif prononcé dans le cadre d'une décision de diminution ou de suppression de rente à la suite d'une procédure de révision couvrait également la période courant jusqu'à ce qu'une nouvelle décision soit rendue après le renvoi de la cause par le tribunal cantonal des assurances pour instruction complémentaire, pour autant que la procédure de révision n'a pas été initiée de façon abusive (ATF 129 V 370 et 106 V 18 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral 8C_451/2010 du 10 novembre 2010 consid. 2 à 4, in SVR 2011 IV n° 33 p. 96 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_207/2014 du 1^{er} mai 2014 consid. 5.3). ^{7.} En l'espèce, le litige au fond porte sur le degré d'invalidité du recourant au-delà du 30 juin 2016, plus particulièrement sur la question de savoir si la suppression de sa rente au 31 août 2016 était ou non justifiée. ^{a.} 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. 41 LAI (ATF 125 V 417 ss. consid. 2d et les références ; VSI 2001 p. 157 consid. 2), respectivement 17 LPGa. Selon cette disposition, tout changement important des circonstances propre 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, ATFA non publié du 28 décembre 2006, I 520/05, consid. 3.2). 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). C'est le lieu de rappeler l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage, principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). Il en résulte que le juge ne peut pas se fonder simplement

sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). b. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 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 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. c. En l'occurrence, le recourant conteste avoir recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée en juin 2016. Contrairement à ce qu'il allègue dans ses écritures, l'OAI ne s'est pas fondé sur un avis isolé : le Dr H_____ a évalué sa capacité de travail résiduelle à 100% à deux reprises, dans ses rapports des 22 avril et 8 mai 2015. Certes, il a ensuite évoqué une incapacité de 50% dans un rapport du 17 octobre 2015, sans toutefois aucunement justifier cette diminution, en l'absence de toute péjoration de l'état de santé de son patient, qualifié dans le même rapport de « stationnaire ». Cette pleine capacité de travail dans une activité adaptée a été confirmée par le psychiatre traitant dans son rapport du 23 juin 2016, après une amélioration documentée tant par lui que par le médecin traitant. Seul le médecin-traitant a dès lors continué, au-delà de juin 2016, à conclure à une capacité de travail réduite, sans jamais motiver cette réduction de rendement dans une activité adaptée. Il ressort de ce qui précède que, contrairement à ce que soutient le recourant, ses chances de succès sur le fond ne présentent pas un degré de certitude suffisant pour être prises en compte en l'espèce. Eu égard aux considérations qui précèdent, la demande de restitution de l'effet suspensif est rejetée. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant selon l'art. 21 al. 2 LPA-GE À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.