

GE_GERICHTE ATAS/1024/2018 vom 6. November 2018

GE Cour de justice, 2018-11-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1024_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/1024/2018 du 6 novembre 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/1024/2018 del 6 novembre 2018

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), la CJCAS 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, la décision attaquée ayant été rendue en application de la LAI.

A/4930/2017 - 8/15 - Le recours a été interjeté en temps utile (art. 60 LPGA). Il satisfait aux exigences, peu élevées, de forme et de contenu prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA ; cf. aussi art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10). Ayant été partie à la procédure ayant abouti à la décision attaquée, étant touché par cette dernière et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, le recourant a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). Le recours est donc recevable.

E. 2

a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve. b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss). Les parties ont l'obligation 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 ; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a ; 117 V 261 consid. 3b et les références). c. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA). Il 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 (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, op. cit., n. 78). Pour pouvoir se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, l'administration ou le juge, sur recours, doivent disposer de documents émanant d'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes. Il importe que les rapports médicaux sur lesquels l'administration ou le juge s'appuient comportent une étude circonstanciée des points litigieux, se fondent sur des examens complets, prennent également en considération les plaintes exprimées par la personne

examinée, aient été établis en pleine connaissance de l'anamnèse, décrivent clairement le contexte médical et les éventuelles interférences, et enfin contiennent des conclusions bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). 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

A/4930/2017 - 9/15 - 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 ; 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. 10 p. 28 consid. 4b ; cf. not. ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d s'agissant de la jurisprudence, toujours valable, rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst.). d. Quant au degré de preuve requis, 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 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss).

E. 3

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 ; 127 V 467 consid. 1 et les références ; concernant la procédure, 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 ; 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]). En l'espèce, s'agissant de la LAI, le droit applicable est le droit actuellement en vigueur, résultant de la dernière révision de la LAI, dite 6a du 18 mars 2011, entrée en vigueur le 1er janvier 2012. Au demeurant, cette révision-ci de la LAI, de même que ses précédentes révisions (la 5ème révision, du 6 octobre 2006, entrée en vigueur le 1er janvier 2008, et la 4ème révision, du 21 mars 2003, entrée en vigueur le 1er janvier 2004), n'ont pas amené de modifications substantielles en particulier en matière d'évaluation de l'invalidité, qui est la question ici litigieuse (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). S'agissant des dispositions matérielles de la LPGA, qui s'appliquent à l'assurance-invalidité à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI), il sied de préciser qu'à l'instar de la LPGA elle-même dans son ensemble, elles consacrent, en règle générale, une version formalisée sur le plan de 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).

A/4930/2017 - 10/15 -

E. 4

Le litige porte sur la question de savoir si le recourant présente une invalidité d'un degré suffisant pour lui ouvrir le droit à des prestations de l'AI, en particulier à une rente d'invalidité ou à des mesures de réadaptation, plus particulièrement, à des mesures d'ordre professionnel.

E. 5

a. L'octroi d'une rente d'invalidité suppose que la capacité de l'assuré de réaliser un gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, et qu'au terme de cette année, il soit invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI), la rente d'invalidité alors allouée étant un quart de rente, une demi-rente, un trois-quarts de rente ou une rente entière selon que le taux d'invalidité est, respectivement, de 40 à 49 %, de 50 à 59 %, de 60 à 69 % ou de 70 % ou plus (art. 28 al. 2 LAI). Quant à lui, l'octroi de mesures de réadaptation, destinées aux assurés invalides ou menacés d'invalidité (art. 8 al. 1 in initio LAI), suppose qu'elles soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de gain desdits assurés ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels – sous réserve, selon l'art. 8 al. 2 LAI, des mesures médicales nécessaires au traitement des maladies congénitales (art. 13 LAI) et des moyens auxiliaires (art. 21 LAI) – et que les conditions propres à chacune de ces mesures soient par ailleurs remplies (art. 8 al. 1 LAI ; Pierre-Yves GREBER, L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, in Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. I, 2010, n. 242 ss, 254 ss, 257 ss). Selon l'art. 8 al. 3 let. b LAI, les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel, que sont notamment l'orientation professionnelle, la formation professionnelle initiale, le reclassement et le placement. b. Les deux types de prestations (rente et mesures de réadaptation) font référence à la notion d'invalidité. 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 art. 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain représente quant à elle 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). 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 (art. 7 al. 2 LPGA). Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l'invalidité, qui substitue la capacité de travail à la capacité de gain ; est déterminant l'empêchement, causé par l'atteinte à la

A/4930/2017 - 11/15 - santé, d'accomplir les travaux habituels, comme la tenue du ménage, l'éducation des enfants, les achats (art. 8 al. 3 LPGA, auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI). 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 pas à elle seule déterminante ; elle n'est 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 ou, si

une sphère ménagère doit être prise en compte, sur sa capacité d'accomplir les travaux habituels (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1 ; Pierre-Yves GREBER, op. cit., vol. I, 2010, n. 156 ss, 160 ss).

E. 6

a. En l'espèce, après que la cause lui eut été renvoyée pour qu'il entre en matière sur la demande de prestations du recourant du 25 janvier 2016, l'intimé s'est renseigné sur l'état de santé de ce dernier tant auprès du Dr D _____ qu'auprès du Dr E _____, afin d'actualiser les données figurant déjà au dossier. Il a alors obtenu deux rapports de consultation spécialisée du Dr E _____, respectivement des 27 janvier 2015 et 18 janvier 2016, ainsi que l'information, confirmée par le recourant lui-même, que ce dernier n'avait plus consulté lesdits médecins, ni d'ailleurs d'autres médecins, pour les atteintes à la santé dont il se prévalait à l'appui de sa demande de prestations de l'AI de même que dans son recours. Le recourant n'a manifestement pas obtenu par la suite de rapports médicaux étayant les effets selon lui invalidants desdites atteintes à la santé, car s'il a indiqué, le 13 novembre 2017, qu'un bilan radiologique de sa colonne vertébrale serait effectué le 27 novembre 2017, dont il communiquerait les résultats, il n'en a fait état ni dans son recours du 13 décembre 2017, ni dans ses observations du 29 mars 2018. b. Le recourant invoque, sans l'établir d'aucune manière, un accident de vélomoteur remontant à l'année 1988, qui aurait provoqué une déchirure d'une clavicule ne s'étant jamais guérie. Il ne fait pas de doute que son médecin traitant, le Dr D _____, n'aurait pas manqué de faire état de séquelles handicapantes d'un tel accident s'il en avait constaté, déjà dans son rapport médical du 30 juillet 2010 à l'adresse de l'intimé, puis dans les rapports ou courriers qu'il a envoyés à l'intimé suite au dépôt par le recourant d'une nouvelle demande de prestations de l'AI, en particulier le 10 novembre 2016. Par ailleurs, dans leurs rapports respectifs du 14 octobre 2014 et des 27 janvier 2015 et 18 janvier 2016, tant le Dr F _____ que le Dr E _____ auraient mentionné cette ancienne atteinte à la santé et ses conséquences résiduelles s'ils avaient disposé d'éléments devant amener à retenir ne serait-ce qu'elles contribuaient à expliquer les plaintes ou/et restreindre les capacités de travail du recourant. c. Force est d'admettre que l'intimé s'est prononcé sur la base de données médicales suffisamment complètes, englobant les limitations consécutives au traumatisme avec luxation complète C4-C5 bi-articulaire que le recourant avait subi

A/4930/2017 - 12/15 - le 12 mars 2006 en plongeant en eau peu profonde à l'île Maurice ainsi qu'à la fracture tassement sans déplacement des vertèbres D8-D4, la fracture costale de la 8ème côte à droite et une fissure suspectée d'une vertèbre dorsale qu'il s'était fait le soir du 13 octobre 2014 en sautant de la fenêtre du premier étage de son immeuble. Or, postérieurement au premier de ces accidents et compte tenu des problèmes psychiques qu'il avait rencontrés, le recourant avait recouvré une pleine capacité de travail tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée dès le 1er septembre 2010, et, après les événements du 13 octobre 2014, il n'avait été en arrêt de travail que jusqu'au 19 janvier 2015 ainsi que du 26 février au 1er mars 2015. d. L'intimé n'en a pas moins tenu compte des limitations fonctionnelles du recourant signalées le 30 juillet 2010 par le Dr D _____, consécutives à l'accident du 12 mars 2006, de même que du constat qu'a fait le Dr E _____ le 7 janvier 2016 que le recourant éprouvait des douleurs lors du port de poids, pour admettre, eu égard aux charges inhérentes à l'activité habituelle du recourant, que cette dernière n'était plus exigible. Cette conclusion n'est pas remise en question. Des bilans radiologiques effectués en janvier 2015 et janvier 2016 par le Dr E _____ ne résultait en

revanche nullement – au contraire – que le recourant n’avait pas une pleine capacité de travail dans une activité adaptée tenant compte desdites limitations, consistant à éviter le port de charges de plus de 15 kg, les positions statiques du rachis cervical et lombaire, les positions en porte-à-faux ainsi que le travail avec les membres supérieurs en-dessus de l’horizontale. Déjà en janvier 2015, l’évolution était favorable, avec une nette diminution des douleurs, notamment au niveau de la fracture de côte et de la vertèbre ; une reprise de la vie quotidienne plus ou moins normale était possible. Une année plus tard, la radiographie était tout à fait rassurante, avec l’absence de déformation, un équilibre sagittal conservé et l’absence de réelle scoliose malgré quelques petites déformations coronales ; concernant le traumatisme au niveau cervical, il y avait une fusion acquise du segment cervical avec une très bonne évolution, un matériel en place sans signe de complication, une situation semblant tout à fait guérie, et une nuque solide, mobilisable de façon quasi-normale. En l’absence de tout élément médical venant contredire ces évaluations, l’intimé était fondé à retenir la conclusion précitée que le recourant avait, dès le 19 janvier 2015, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées.

E. 7

août 2017 consid. 4.2.2 et références citées). La situation du recourant étant proche de cette situation, sinon correspond à cette situation, l’abattement de 10 % que l’intimé a pratiqué n’est en tout état pas insuffisant.

A/4930/2017 - 14/15 - d. Il s’ensuit que la perte de gain que subit le recourant, telle qu’elle résulte de la comparaison des revenus devant être faite, est de 10 %.

E. 8

a. Ce degré d’invalidité est insuffisant pour fonder le droit à une rente d’invalidité, le minimal requis à cette fin étant un taux d’invalidité de 40 % (art. 28 al. 1 let. c et al. 2 LAI).
b. Pour l’octroi de mesures de réadaptation, il n’est pas nécessaire que l’invalidité ait atteint le degré minimum ouvrant le droit à la rente. Il faut que sa nature et sa gravité soient telles qu’elles puissent ouvrir droit aux prestations entrant à ce titre en considération (art. 4 al. 2 et art. 8 al. 1 let. b LAI). Il n’y a cependant pas lieu d’allouer des mesures de réadaptation à une personne assurée qui dispose d’une importante capacité résiduelle de travail lorsqu’il peut la mettre à profit dans sa nouvelle activité ou dans celle qu’il pourrait exercer (arrêt du Tribunal fédéral 9C_163/2009 du

E. 10

septembre 2010 consid. 4.2.2 ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 3 ad art. 8). Tel est le cas du recourant. Il dispose d’une pleine capacité de travail dans des activités respectant ses limitations fonctionnelles, étant précisé que sur un marché du travail équilibré, un nombre significatif d’activités non qualifiées qu’offrent les secteurs de la production et des services sont adaptées à ses empêchements sans formation complémentaire. Il n’a donc pas besoin de mesures de réadaptation. c. Quoi qu’il en soit, le recourant ne remplit pas les conditions d’octroi des mesures d’ordre professionnel dont il estime devoir bénéficier. Il ne se trouve pas empêché de faire lui-même le choix d’une profession ou d’une nouvelle orientation professionnelle parce que, suite à son atteinte à la santé, ses connaissances relatives aux aptitudes, capacités professionnelles et possibilités ne suffiraient pas pour faire un tel choix. Aussi n’a-t-il pas droit à une orientation professionnelle (art. 15 LAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_236/2012 du

E. 15

février 2013 consid. 3.5 et références citées). Le recourant n'a pas non plus droit à un reclassement dans une nouvelle profession, au sens de l'art. 17 LAI, parce qu'il ne subit pas une incapacité de gain de 20 % environ dans toute activité raisonnablement exigible et pouvant être exercée sans formation complémentaire, ainsi que l'exige la jurisprudence, étant en outre précisé qu'il n'est pas en début de carrière professionnelle (ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; 130 V 488 consid. 4.2 et références citées ; ch. 4011 de la Circulaire de l'office fédéral des assurances sociales sur les mesures de réadaptation d'ordre professionnel ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 8 et 10 s. ad art. 17). 9. C'est donc à bon droit que l'intimé a refusé au recourant tant une rente d'invalidité que des mesures d'ordre professionnel. Le recours doit être rejeté. 10. La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI étant soumise à des frais de justice, un émolument sera mis à la charge du recourant, arrêté à son montant minimal de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis LAI).

A/4930/2017 - 15/15 - 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.