

GE_GERICHTE ATAS/1172/2019 vom 17. Dezember 2019

GE Cour de justice, 2019-12-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1172_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/1172/2019 du 17 décembre 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/1172/2019 del 17 dicembre 2019

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 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

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

E. 3

L'objet du litige porte sur le droit du recourant à des prestations 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. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste

A/3279/2018 - 8/13 - après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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

Selon l'art. 8 al. 1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une

activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante. L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle et les mesures d'ordre professionnel, lesquelles englobent l'orientation professionnelle, la formation professionnelle initiale, le reclassement, le placement et l'aide en capital. Il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2, ATF 124 V 108 consid. 3a).

E. 6

En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : 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 (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI 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.

E. 7

Lors de l'examen initial du droit à la rente, il convient d'examiner quelle est la méthode d'évaluation de l'invalidité qu'il s'agit d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes reconnues, soit la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA), la méthode spécifique (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 du règlement sur l'assurance- invalidité [RAI – RS 831.201] et 8 al. 3 LPGA), ou la méthode mixte (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_82/2016 du 9 juin 2016 consid. 3.2).

A/3279/2018 - 9/13 - Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait également vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer, voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3 et les références). On rappellera encore que le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité est une question de droit. En revanche, la constatation du statut (comme personne sans invalidité), c'est-à-dire le point de savoir si et dans quelle mesure l'assuré aurait exercé une activité lucrative, relève d'une

question de fait (arrêt du Tribunal fédéral 9C_432/2016 du 10 février 2017 consid. 2.2 et les références).

E. 8

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2). 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. 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 convient 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 351 consid. 3, ATF 122 V 157 consid. 1c).

A/3279/2018 - 10/13 - L'art. 59 al. 2bis LAI dispose que les services médicaux régionaux sont à la disposition des offices pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'art. 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Selon l'art. 49 al. 1 RAI, les services médicaux régionaux évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral. Selon la jurisprudence, les avis du SMR au sens de ces dispositions, lesquels ne contiennent aucune observation clinique faute d'un examen de l'assuré, se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1). Ces rapports ne sont certes pas dénués de toute valeur probante et il est admissible que l'OAI ou le juge se fonde de manière déterminante sur leur contenu (arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière d'appréciation des preuves. Des investigations supplémentaires devront être ordonnées si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références).

E. 9

Le Tribunal fédéral a récemment établi une nouvelle procédure pour déterminer la capacité de travail réellement exigible dans les cas de syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées, nécessitant désormais un établissement des faits structuré et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de l'assuré d'autre part. Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères ressortant de la jurisprudence rendue jusque-là, mais sur une grille d'analyse comportant des indicateurs rassemblant les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique, concernant les catégories du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 3.6). Ces indicateurs sont les éléments pertinents pour le diagnostic et les symptômes, le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers, les comorbidités, les diagnostics de la personnalité et les ressources personnelles, le contexte social, le comportement de l'assuré, la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie, et le poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

A/3279/2018 - 11/13 - Notre Haute Cour a par la suite étendu cette jurisprudence à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 409 consid. 4.5). Ainsi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (arrêt du Tribunal fédéral 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1).

E. 10

En l'espèce, il convient en premier lieu de revenir sur le statut du recourant. Ce dernier a exposé à l'enquêtrice que ce n'était qu'en raison de recherches infructueuses d'un emploi à plein temps qu'il avait dû se rabattre sur plusieurs activités à temps partiel. Il n'existe aucun élément au dossier justifiant que l'on remette en doute ces déclarations, et il est plus que vraisemblable au vu de sa situation financière et familiale que la limitation de son taux d'activité ne résulte pas d'un choix opéré par convenance personnelle, mais de circonstances liées au marché du travail. C'est donc à tort que l'intimé a fondé son calcul du degré d'invalidité sur la méthode mixte, et il faut reconnaître un statut d'actif au recourant. Par ailleurs, s'agissant de l'exigibilité médico-théorique d'une activité lucrative exercée à plein temps, force est de constater qu'elle n'a pas été établie à satisfaction de droit. On peut certes retenir, notamment au vu du rapport de la Dresse D_____ du 31 décembre 2015, que l'état de santé du recourant est désormais compatible avec une telle activité du point de vue somatique. Tel n'est cependant pas le cas au plan psychique. Les prises de position du SMR sur ce point ne sont en particulier pas suffisantes. En effet, l'avis du 15 août 2018 des Dresses H_____ et E_____ se fonde sur des informations erronées, le Dr G_____ ayant confirmé dans son courrier du 8 juillet 2019 qu'une activité n'était selon lui pas possible, à tout le moins à temps complet, en raison des atteintes psychiques du recourant. L'appréciation de ce psychiatre ne peut en outre pas être écartée sur la base de l'avis de la Dresse I_____. En effet, les lacunes que le SMR voit dans les rapports du Dr G_____ ne suffisent pas à exclure le diagnostic posé par ce dernier, ni son éventuelle incidence sur sa capacité de travail. C'est le lieu de rappeler ici qu'il incombe à l'assureur d'instruire d'office la demande en vertu de l'art. 43 LPG. Si le SMR considérait les renseignements fournis par le Dr G_____ insuffisants, il lui appartenait précisément de proposer des

investigations supplémentaires, comme cela ressort de la jurisprudence développée ci-dessus, mais il ne pouvait en aucun cas se contenter – en l’absence d’un autre rapport médical analysant de manière probante l’incidence de troubles psychiques – de conclure à une pleine capacité de travail. Par ailleurs, l’affirmation par la Dresse I_____ qu’une aggravation serait postérieure à la décision attaquée est infondée : le Dr G_____ rapportait en effet en avril 2018 déjà, soit avant la décision dont est recours, que la capacité de travail était nulle dans l’activité habituelle et qu’elle était limitée dans une activité adaptée.

A/3279/2018 - 12/13 - La mention par ce psychiatre d’une aggravation progressive remontant à septembre 2018 dans son courrier du 8 juillet 2019 résulte ainsi d’une coquille. Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans ne dispose pas d’éléments suffisants pour statuer sur le droit aux prestations du recourant. Lorsque le juge constate qu’une expertise est nécessaire, il doit en principe la mettre en œuvre lui-même. Un renvoi à l’administration reste cependant possible lorsqu’il est justifié par l’examen d’un point qui n’a pas du tout été investigué (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Tel est le cas en l’espèce, puisque l’intimé n’a pas procédé à une instruction dans les règles de l’art. Il lui appartiendra ainsi de compléter l’instruction diligentant une expertise psychiatrique dans le respect des exigences jurisprudentielles en matière de droit d’être entendu (ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9), puis de rendre une nouvelle décision sur la base des conclusions de dite expertise, après avoir procédé à un nouveau calcul d’invalidité selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Eu égard à l’issue du litige, la chambre de céans renoncera à l’audition des médecins traitants du recourant, par appréciation anticipée des preuves (ATF 130 II 425 consid. 2.1).

E. 11

Le recours est partiellement admis. Le recourant, représenté au début de la procédure, a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 800.- (art. 61 let. g LPGA). L’intimé supporte l’émolument de procédure, qui sera fixé à CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant

A/3279/2018 - 13/13 - À la forme :

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