

GE_GERICHTE ATAS/452/2017 vom 6. Juni 2017

GE Cour de justice, 2017-06-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_452_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/452/2017 du 6 juin 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/452/2017 del 6 giugno 2017

Erwägungen

E. 1

a. 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, dès lors que la décision attaquée a été rendue en application de la LAI. b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - RS E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI; cf. notamment art. 69 LAI). Le présent recours, interjeté le 28 juillet 2016 contre la décision litigieuse du 30 juin 2016 a été formé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA ; cf. aussi art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA). Il satisfait aux exigences, peu élevées, de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). Touché par ladite décision, et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou à sa modification, le recourant a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). c. Le présent recours sera donc déclaré 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 ; il n'est pas lié par les faits allégués et les preuves offertes par les parties ; il doit s'attacher à établir le faits de manière correcte, complète et objective (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; Ueli KIESER, ATSG Kommentar, 3ème éd., 2015, n. 13 ss ad art. 43, n. 95 ss ad art. 61 ;

A/2549/2016 - 8/14 - Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance- invalidité, Commentaire thématique, 2011, n. 2623 et 2862 ss). 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 ; cf. consid. 8). 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, op. cit., n. 78). 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]). S'agissant de la LAI, dès lors que la demande de prestations de l'AI est intervenue en l'espèce le 1er avril 2016, le droit applicable est en l'espèce 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, à l'instar d'ailleurs des révisions précédentes de la LAI – à savoir celles des 21 mars 2003 [4ème révision] et

E. 6

octobre 2006 [5ème révision], entrées en vigueur respectivement les 1er janvier 2004 et 1er janvier 2008 –, ladite révision 6a n'a pas amené de modifications substantielles en particulier en matière d'évaluation de l'invalidité (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

A/2549/2016 - 9/14 - 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). 4. 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 demie 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). Les deux types de prestations (rente et mesures de réadaptation) font référence à la notion d'invalidité. 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 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 d'accomplir les travaux habituels à la capacité de gain ; est déterminant l'empêchement, causé par l'atteinte à la 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).

A/2549/2016 - 10/14 - 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, *L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité*, in Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO, *op. cit.*, vol. I, n. 156 ss, 160 ss). Si l'invalidité est une notion juridique mettant l'accent sur les conséquences économiques d'une atteinte à la santé, elle n'en comprend pas moins un aspect médical important, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Aussi est-il indispensable, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, que l'administration ou le juge, sur recours, disposent de documents que des médecins, éventuellement d'autres spécialistes, doivent leur fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et à indiquer si, dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, du fait de ses atteintes à sa santé, incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). 5. a. En l'espèce, il ne fait pas de doute que la décision attaquée serait bien fondée s'il fallait s'en tenir aux documents médicaux dont l'intimé disposait au 30 juin 2016, lorsqu'il a rendu la décision attaquée. En effet, le neurologue traitant attestait, dans son rapport du 11 avril 2016, que le recourant ne présentait pas de restriction physique pour exercer son activité d'encadreur, activité qui, d'un point de vue médical, était exigible à 100 % sans baisse de rendement ; ledit spécialiste indiquait qu'il n'y avait pas de limitation neurologique à l'exercice d'une activité, certes tout en renvoyant l'intimé à s'adresser au

généraliste traitant, le Dr D _____, sur la question d'une incapacité de travail. Or, dans son rapport du 29 avril 2016, le Dr C _____ faisait état d'une incapacité de travailler « lors des crises », l'estimant à 20 % tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée ; l'activité habituelle du recourant était exigible à 80 % ; de plus, il n'y avait pas matière à prévoir des mesures de réadaptation professionnelle. Le dossier ne comportait aucun certificat médical mettant le recourant en arrêt de travail. Sur cette base, l'intimé ne pouvait que conclure que le recourant ne présentait pas d'atteinte à la santé ayant des répercussions durables sur la capacité de travail, en particulier qu'il ne pouvait se prévaloir d'une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, ni de se trouver invalide à 40 % au moins au terme de cette année. Dans son rapport médical du 22 juillet 2016, le neurologue a décrit les crises quotidiennes diurnes extrêmement intenses que subissait le recourant et ses

A/2549/2016 - 11/14 - conséquences sur le plan médical (une asthénie, une perte de la concentration, une perte de schéma corporel) ; il a posé le diagnostic (probable) de cluster chronique, et a indiqué que le recourant se trouvait, en raison de cette maladie, dans l'impossibilité d'assumer son travail d'encadreur et de reprendre toute activité professionnelle. L'intimé objecte que ce rapport ne saurait être pris en considération dès lors qu'il a été établi après que la décision attaquée a été rendue, et il évoque l'hypothèse que le recourant présente une nouvelle demande, son dossier étant clos à son niveau. b. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral I.321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5). Il est important que les faits pertinents pour statuer sur une demande de prestations de l'AI soient pris en compte dans le cadre de la procédure idoine, sans renvoi intempestif à une éventuelle procédure ultérieure. En effet, une nouvelle demande de prestations ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits depuis la dernière décision qui a reposé sur un examen matériel du droit au même type de prestation (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 – RAI - RS 831.201), sans que ne s'applique le principe inquisitoire (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a et les références) ; et lorsqu'elle entre en matière sur une nouvelle demande, l'administration doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu (ATF 117 V 198 consid. 3a), étant précisé à cet égard qu'elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6), c'est-à-dire comparer les circonstances existant lorsque la nouvelle décision est prise avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V 108; 130 V 71) pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente (cf. ATAS/84/2017 du 7 février 2017 consid. 3 à 5 ; ATAS/461/2016 du 14 juin 2016 consid. 3 ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 3054 ss, not. 3067, 3094 ss). c. En l'espèce, l'intimé n'a pas fait cas de la description que, dans son opposition du 10 juin 2016, le recourant a faite

de son quotidien, qui ne se résumait pas en l'invocation de douleurs, qui, à défaut de constatations médicales les objectivant, peuvent, selon les circonstances, ne pas pouvoir être prises en

A/2549/2016 - 12/14 - considération pour l'octroi de prestations de l'AI (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 ; cf. cependant le cas des symptomatologies douloureuses sans substrat organique objectivable : ATF 141 V 281 ; 142 V 342 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_422/2016 du 23 janvier 2017 ; 8C_590/2015 du 24 novembre 2016 ; ATAS/872/2016 du 1er novembre 2016 consid. 6 ; Bettina KAHIL-WOLFF, Revirement au sujet d'atteintes non objectivables : l'ATF 141 V 281 (troubles somatoformes douloureux) et l'ATF 141 V 574 (« coup du lapin »), in Journées du droit de la circulation routière 23-24 juin 2016, 2016, p. 136 ss ; Jacques-André SCHNEIDER, L'invalidité, les douleurs dites « non objectivables » et le Tribunal fédéral, la rupture, in Regard de marathoniens sur le droit suisse, 2015, p. 409 ss). Dans les jours ayant suivi la prise de la décision attaquée, l'intimé a appris, par AXA Assurances SA, que le Dr C _____ avait attesté, en date du 3 juin 2016, que le recourant avait une incapacité de travail de de 80 % depuis le 1er janvier 2015. Il a ensuite reçu, encore en juillet 2016, une copie du rapport médical précité du Dr B _____ du 22 juillet 2016. En réponse aux questions de la chambre de céans, le Dr B _____ a certifié que les constats qu'il a faits le 22 juillet 2016 valaient à la fin juin 2016 ; il a indiqué par la même occasion que le recourant avait développé, compte tenu de la persistance de son cluster headache devenu chronique, un état dépressif, pour lequel il était pris en charge par un psychiatre, le Dr F _____, et qu'il avait par ailleurs changé de médecin traitant, son dossier ayant ainsi été transféré du Dr C _____ au Dr G _____ ; ledit neurologue a précisé que le cluster headache chronique et l'état dépressif secondaire avaient entraîné une incapacité de travail totale. Sans doute est-il surprenant que le Dr B _____ a établi un rapport médical le

E. 11

avril 2016, alors qu'il n'avait plus revu le recourant depuis octobre 2010. Il apparaît, au vu des explications données ultérieurement, que c'est plutôt la façon de rédiger ce rapport qui interpelle, en tant qu'elle laissait l'impression d'une description contemporaine de l'état de santé et de la capacité de travail du recourant. Force est cependant de prendre en compte le rapport précité du Dr B _____ du 22 juillet 2016, quand bien il a été établi après que la décision attaquée avait été rendue, car il éclaire des faits qui préexistaient à la prise de la décision attaquée et qui nécessitaient que des investigations complémentaires soient effectuées, en particulier que tant le psychiatre traitant que le nouveau généraliste traitant du recourant se déterminent sur les faits pertinents pour l'octroi éventuel de prestations de l'AI, voire – mais la question peut rester ici ouverte – qu'une expertise bi- disciplinaire (neurologique et psychiatrique) soit effectuée. Il s'avère que les faits ne sont pas établis de façon à permettre de se prononcer sur le point de savoir si le recourant a droit à des prestations de l'AI. d. Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour

A/2549/2016 - 13/14 - complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas

particulier (ATF non publié 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). Le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). C'est fondamentalement et prioritairement à l'intimé d'établir les faits pertinents, sur des bases actualisées, et à rendre une décision administrative sur un éventuel droit à des prestations de l'AI. 6. Le recours doit être admis partiellement (et non entièrement, en tant qu'il n'est pas dit que le recourant a droit à des prestations de l'AI), la décision attaquée être annulée et la cause être renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire, dans le plein respect de la maxime inquisitoire (mais sans préjudice du devoir de collaborer du recourant), puis décision sur la demande de prestations présentée par le recourant. 7. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI; art. 89H al. 4 LPA) depuis le 1er juillet 2006, au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce au minimum de CHF 200.-. 8. Il n'y a pas matière à allouer une indemnité de procédure au recourant, qui n'est pas représenté par un avocat (ATAS/1075/2016 du 19 décembre 2016 ; ATAS/1039/2016 du 13 décembre 2016).

* * * * *

A/2549/2016 - 14/14 - 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.