

GE_GERICHTE ATAS/736/2018 vom 27. August 2018

GE Cour de justice, 2018-08-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_736_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/736/2018 du 27 août 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/736/2018 del 27 agosto 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) 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.

E. 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. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans 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).

E. 3

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

E. 4

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité. Concrètement, la question à laquelle la chambre de céans doit répondre est celle de savoir si, au jour de la décision querellée, l'intimé était fondé à refuser le droit du recourant à une rente d'invalidité et à rejeter la demande.

E. 5

En premier lieu, il convient d'examiner si le recourant a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% pendant une année sans interruption notable. a. 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). Selon 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 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 (al 1). Seules les

A/4034/2016 - 9/16 - 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 (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). b. Selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI, l'assuré ne peut prétendre à une rente que s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable. En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, portant spécifiquement sur les prestations de rente, le droit à la rente prend toutefois naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré. En d'autres termes, la personne assurée n'a droit à l'intégralité des prestations que si elle a présenté sa demande dans le délai de six mois à partir de la survenance de l'incapacité de gain. Si elle le fait plus tard, elle perd son droit pour chaque mois de retard (arrêt 9C_432/2012 du 31 août 2012 consid. 3.3 et la référence citée). En outre, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI). b/aa. Le délai d'attente est réputé avoir commencé dès qu'il a été possible de constater une incapacité de travail indiscutable au vu des circonstances, une réduction de la capacité de travail de 20% étant d'ailleurs, en règle générale, déjà considérée comme significative (Pratique VSI 1998 p. 126). On est en présence d'une interruption notable du délai d'attente lorsque l'assuré a exercé une activité à plein temps pendant au moins 30 jours consécutifs (art. 29ter RAI). L'interruption a pour conséquence que, lors de la survenance d'une nouvelle incapacité de travail, un nouveau délai d'attente d'une année commence à courir (ch. 2014 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI]). Le délai d'attente de l'art. 28 al. 1 let. b LAI est une condition matérielle du droit à la rente et celui de l'art. 29 al. 1 LAI est un délai de nature procédurale, un délai de carence formelle (ATF 142 V 547 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_544/2016 et 8C_568/2016 du 28 novembre 2016 consid. 4.1). b/bb. L'incapacité de travail au sens de l'art. 28 al. 1 let b LAI est définie comme la perte fonctionnelle, due à une atteinte à la santé, de la capacité de rendement de l'assuré dans sa profession ou dans son champ d'activité habituel. Dans ce contexte, il n'y a pas lieu de se référer à l'ensemble du marché du travail et au devoir de l'assuré de réduire le dommage. Il convient uniquement de retenir la baisse de rendement dans la profession exercée auparavant, qui a donné lieu, sur la base des constatations médicales, à l'incapacité de travail au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI. En d'autres termes, l'incapacité de travail au sens de la disposition précitée correspond, chez les personnes exerçant une activité lucrative, aux empêchements médicalement constatés dans la profession exercée jusqu'alors (ATF 130 V 97 consid. 3.2 ; voir également VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), 2011, n° 2025, p. 535 et 536).

A/4034/2016 - 10/16 - c. 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. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, 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 donc pas à elle seule déterminante et ne sera 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 6

a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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 et les références). b. 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 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 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. b/aa. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se

A/4034/2016 - 11/16 - distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). b/bb. Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid.

4.2).

E. 7

a. 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 donc 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 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il 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). b. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), 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'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, 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 la maxime inquisitoire. Il en va cependant 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 judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170

A/4034/2016 - 12/16 - p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La récente jurisprudence du Tribunal fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; cf. notamment ATAS/588/2013 du 11 juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013).

E. 8

a. En l'espèce, selon le bref rapport du Dr C_____ du 17 août 2016, la chute dans les escaliers s'est produite le 8 février 2016 et le recourant serait en incapacité de travail totale dans son activité habituelle depuis le 9 février 2016. Le délai d'attente d'un an ne pouvait ainsi expirer avant le 9 février 2017. L'OAI a toutefois rendu la décision querellée le 23 novembre 2016, soit avant l'expiration dudit délai. À cette date, le recourant ne remplissait à l'évidence pas la condition matérielle d'une incapacité de travail de 40% sans interruption notable pendant un an, dès lors qu'il ne présentait que neuf mois et demi d'incapacité de travail depuis l'accident, le délai d'attente d'un an n'étant pas encore expiré. En d'autres termes, à la date de la décision querellée, le cas d'assurance n'était pas encore survenu et on peut se demander si la décision de l'OAI n'était pas prématurée, de sorte qu'il conviendrait de l'annuler pour ce motif déjà. La chambre de céans est toutefois d'avis qu'une décision de l'OAI peut intervenir avant l'expiration du délai de carence s'il est patent que le délai d'attente a été interrompu au sens de l'art. 29ter RAI, l'assuré ayant recouvré une capacité de travail dans sa profession ou dans son domaine d'activité. Attendre l'expiration du délai de carence dans un tel cas irait à l'encontre des principes de célérité et d'économie de procédure. Il convient donc d'examiner si, dans le cas d'espèce, le recourant présentait une incapacité de travail suffisamment importante pour faire courir le délai de carence d'un an.

Dans l'affirmative, la décision querellée devrait être annulée car prématurée. b. Si le Dr C_____, le Dr I_____ et les médecins du SMR s'accordent à dire qu'une capacité de travail entière existe dans une activité adaptée, une divergence les oppose quant à la capacité de travail dans l'activité habituelle, le SMR semblant considérer que celle-ci est encore exigible, au contraire des Drs C_____ et I_____ qui estiment qu'elle doit être abandonnée. Il convient donc d'examiner la valeur probante de ces différents rapports médicaux. b/aa. À titre liminaire, il sied de relever que les avis du SMR des 26 août 2016, 25 septembre 2017 et 12 février 2018 constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI précité et qu'ils ont pour seule fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier. Ils ne peuvent comporter des conclusions nouvelles. En tant qu'ils portent une appréciation sur la situation médicale du recourant compte tenu,

A/4034/2016 - 13/16 - essentiellement, des conclusions des Drs I_____ et C_____, il convient d'examiner la valeur probante de ces rapports et, cela fait, la cohérence des avis du SMR. b/bb. Les avis du SMR du 26 août 2016 et 12 février 2018 se prononcent sur le rapport du Dr C_____ du 17 août 2016 et l'audition de ce même médecin. Dans le rapport précité, le médecin traitant a expliqué que les questions relatives à la rente et aux mesures d'ordre professionnel étaient prématurées, dès lors que seuls six mois s'étaient passés depuis l'accident assuré. Il a également considéré que le recourant était capable de reprendre son activité habituelle, à un taux de 50% dans un premier temps, puis à 100%. Lors de son audition, le 29 janvier 2018, le Dr C_____ a expliqué qu'en août 2016, il parlait de l'idée qu'à terme, le recourant pourrait reprendre normalement son activité. Toutefois, dès lors que le rapport avait été établi à six mois post-contusion, il avait précisé, au début du rapport, que le pronostic était prématuré. Il pensait alors que son patient guérirait mais la situation n'avait pas évolué comme il l'imaginait, raison pour laquelle il avait modifié ses conclusions, considérant désormais que l'activité habituelle n'était plus exigible, le dos étant trop sollicité. Force est ainsi de constater que l'avis du SMR du 26 août 2016 se fondait sur un rapport dans lequel le médecin avait précisé à plusieurs reprises que ses conclusions étaient prématurées. Les mesures de réadaptation étaient illusoire et la rente était prématurée. Par ailleurs, le Dr C_____ ne s'était pas prononcé expressément sur la question de la reprise de l'activité professionnelle et avait renvoyé au Dr D_____ à ce propos. Dans ces circonstances, on ne peut considérer que le Dr C_____ s'est prononcé, de manière convaincante, sur la reprise de l'activité habituelle. En effet, s'il a bien retenu une capacité de travail dans l'activité habituelle, il ne se prononçait pas sur la date de la reprise de l'activité en question, renvoyant l'OAI au Dr D_____. Il n'a pas non plus évoqué de « calendrier » s'agissant d'une reprise progressive de l'activité professionnelle. Par ailleurs, à plusieurs reprises, le médecin précité a considéré que les questions étaient prématurées. Par conséquent, en retenant, dans son avis du 26 août 2016, une capacité entière de travail dans l'activité et en fixant la reprise à 50% du 18 août au 19 septembre 2016 et à 100% dès le 20 septembre 2016, le SMR a pris des conclusions nouvelles, outrepassant les fonctions qui lui étaient attribuées. b/cc. En annexe à sa réponse, l'OAI a produit un avis du SMR portant sur les pièces produites par le recourant lors de son recours. Dans la mesure où cet avis - et les pièces sur lesquelles il porte - ne se prononcent pas de manière convaincante sur la capacité de travail, ils ne sont pas pertinents. b/dd. En cours de procédure, l'intimé a également produit un avis du SMR daté du 25 septembre 2017, lequel se prononçait sur le rapport du Dr I_____ du 7 septembre 2016. Si le rapport du médecin mandaté par l'assureur-accidents

A/4034/2016 - 14/16 - respecte certes plusieurs critères en matière de valeur probante, ses conclusions ne sont pas convaincantes. En effet, le médecin précité considère que l'activité habituelle ne peut plus être exigée du recourant en raison de l'absence de volonté de celui-ci (« l'assuré travaille depuis 15 ans en tant qu'ouvrier agricole. À mon avis, il est fatigué et n'est pas motivé à reprendre cette activité. La chute du 9 février 2016 constitue un prétexte pour abandonner ce travail. (...) L'activité d'ouvrier agricole doit être abandonnée définitivement. Après sept mois de traitements conservateurs, l'assuré est toujours plaintif et, visiblement, [l'assuré] ne veut pas reprendre son travail d'ouvrier agricole »). Or, le manque de volonté ne constitue pas un motif à prendre en considération lors de l'examen de l'exigibilité de l'activité habituelle. Cela étant, dans ce même rapport, le Dr I_____ évoque une invalidité exagérée (« l'invalidité que présente [l'assuré] est exagérée au vu de l'examen clinique et du résultat de l'IRM »), ce qui sous-entend qu'elle existe mais à un degré moindre. Par ailleurs, le médecin précité n'exclut pas l'existence d'une symptomatologie douloureuse de la colonne lombaire liée aux phénomènes dégénératifs, laquelle pourrait être accentuée par les efforts (« sans rejeter l'existence d'une symptomatologie douloureuse de la colonne lombaire liée aux phénomènes dégénératifs, cette symptomatologie peut être accentuée par les efforts »). En d'autres termes, quand bien même l'invalidité présentée par le recourant est exagérée, le Dr I_____ admet que les troubles dégénératifs pourraient expliquer les douleurs, qui pourraient, quant à elles, être accentuées par les efforts fournis. Il n'a cependant pas examiné plus avant cette problématique. Ce rapport n'est ainsi pas doté d'une pleine valeur probante. Au demeurant, le SMR en est bien conscient, dès lors qu'il s'est écarté des conclusions s'agissant de l'exigibilité de l'activité habituelle. c. Compte tenu des considérations qui précèdent, force est de constater que le dossier soumis à la chambre de céans ne contient aucun rapport se prononçant de manière convaincante sur la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle. De plus, dans la mesure où ils se fondent sur des rapports non probants et qu'ils comprennent des conclusions nouvelles, les avis du SMR ne sauraient pas non plus être suivis. Certes, tous les médecins s'accordent à retenir une capacité de travail entière dans une activité adaptée. On pourrait donc être tenté de laisser ouverte la question de la capacité de travail dans l'activité habituelle et de calculer le degré d'invalidité en retenant une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Toutefois, cet aspect n'a jamais été abordé par l'intimé, que ce soit lors de l'instruction de la demande ou dans la présente procédure. La chambre de céans procéderait ainsi par substitution de motifs et dès lors que le recourant n'est pas représenté, elle pourrait se voir reprocher de ne pas respecter scrupuleusement son droit d'être entendu en faisant fi du principe du double degré d'instance voulu par le législateur en matière d'assurances sociales, principe ayant trait à la possibilité pour les citoyens de faire

A/4034/2016 - 15/16 - valoir leurs arguments devant deux autorités successives (arrêt du Tribunal fédéral 9C_975/2011 du 22 février 2012 consid. 3.2).

E. 9

Au vu de ce qui précède, il s'impose d'admettre le recours, d'annuler la décision du 2 novembre 2016, et de renvoyer la cause à l'OAI afin qu'il procède à une instruction complémentaire sur la capacité de travail dans l'activité habituelle ou le calcul du degré d'invalidité compte tenu d'une capacité de travail dans une activité adaptée. À l'issue de cette instruction, il appartiendra à l'intimé de rendre une décision formelle et dûment motivée sur le fond. Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus

gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/4034/2016 - 16/16 - 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.