

GE_GERICHTE ATAS/738/2018 vom 27. August 2018

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_738_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/738/2018 du 27 août 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/738/2018 del 27 agosto 2018

Erwägungen

E. 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) ; Que sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie ; Qu'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 ; Que le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]); Qu'interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA) ; Que le litige porte sur le droit aux prestations de l'assuré, singulièrement sur sa capacité de travail, respectivement de gain dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles dues à son état de santé ;

A/2111/2018 - 5/8 - Que 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) ; Que 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. A 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) ; Que 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) ; Que conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même

A/2111/2018 - 6/8 - en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3) ; Que selon la jurisprudence, le juge appelé à connaître de la légalité d'une décision rendue par les organes de l'assurance sociale doit apprécier l'état de fait déterminant existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités ; ATF 131 V 407 consid. 2.1.2.1) ; Qu'en l'espèce, il résulte tout d'abord de l'état du dossier au moment où la décision a été rendue que le projet de décision du 4 mai 2018, intégralement repris par l'intimé dans sa décision du 14 juin 2018, ne permettait pas à l'intimé d'aboutir à la conclusion que la capacité de travail de l'intéressé était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles dues à son état de santé ; qu'en tant, en effet, que la décision entreprise est fondée sur l'avis du SMR du 11 janvier 2018, lequel s'est essentiellement basé sur le rapport du pneumologue (Prof. C _____) du 3 avril 2017, elle n'est pas soutenable : l'interprétation que fait le SMR du rapport pneumologique susmentionné n'est pas fondée: le SMR considère en effet que l'on pouvait considérer la capacité de travail dans une activité adaptée à 100 %, au vu de la stabilité de l'atteinte pulmonaire sous traitement et de l'absence d'éléments de sévérité relevés par le pneumologue ; or, le rapport de ce spécialiste, datant de dix mois au moment où le SMR s'est prononcé, était lui-même fondé sur un dernier contrôle remontant au 5 décembre 2016; il relevait notamment que l'assuré était en traitement ambulatoire auprès du service de pneumologie des HUG depuis avril 2016, que la situation du patient était stable du point de vue respiratoire sur les trois derniers mois, en traitement; mais que la réhabilitation pulmonaire avait été interrompue en octobre 2016 en raison de douleurs dorsales importantes et qu'elle devait être reprise prochainement; qu'une reprise de l'activité professionnelle, respectivement une amélioration de la capacité de travail pourrait être envisagée, en fonction des progrès après réhabilitation; que sur le plan de l'exigibilité d'une activité adaptée, du point de vue respiratoire il ne pourrait guère être envisagé que des activités en position assise, le pneumologue craignant toutefois d'autres difficultés par

rapport aux problèmes de dos; ainsi, contrairement à ce qu'en déduisait le SMR, le Prof. C_____ ne s'est pas prononcé concrètement sur la capacité de travail dans une activité adaptée, et encore moins n'en a-t-il déterminé l'importance, dès lors que la question dépendrait du résultat de la réhabilitation qui n'avait pas encore été reprise au moment de l'établissement du rapport du pneumologue; d'autant que ce dernier émettait encore des réserves au sujet de cette capacité de travail, en relation avec les importants problèmes de dos qui avaient justifié la suspension de la réhabilitation pulmonaire. Le

A/2111/2018 - 7/8 - SMR aurait donc déjà à ce stade dû requérir des renseignements médicaux actualisés pour pouvoir valablement se prononcer; ceci ne pouvait guère échapper à l'intimé ; Que la décision entreprise reprend les termes du projet de décision antérieure, au motif qu'« en l'absence de contestation de sa part dans le délai fixé, l'OAI considérant qu'il était d'accord avec le contenu du projet de décision », faisant ainsi totalement abstraction de la note téléphonique versée au dossier, selon laquelle l'assuré s'étant manifesté dans le délai de trente jours du projet de décision, contestait la capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, expliquant qu'il venait de subir une ablation d'un tiers du poumon, et qu'avec sa BPCO il ne voyait pas comment il pourrait travailler ; Que certes, à l'occasion de cet entretien téléphonique, le gestionnaire de l'OAI avait transmis copie de son dossier à l'assuré, en l'invitant à le soumettre à son médecin, afin que ce dernier explique pourquoi il ne pourrait pas travailler; mais sans avoir attiré l'attention de l'assuré sur le délai dans lequel il devrait produire ce document médical complémentaire ; Qu'en l'espèce, l'OAI a rendu sa décision le 14 juin 2018, alors que de son côté, l'assuré avait entrepris les démarches auprès de son médecin traitant, après réception de la copie du dossier de l'intimé, communiquant à l'OAI le 18 juin 2018 le rapport de son pneumologue établi le 13 juin 2018, confirmant l'aggravation de l'état de santé de son patient, annoncée à l'OAI par ce dernier à fin mai 2018 - soit antérieurement à la décision entreprise - le rapport lui-même ayant été, au degré de la vraisemblance prépondérante, rendu la veille de la décision entreprise, et expliquant les raisons pour lesquelles une activité professionnelle n'est pas envisageable, selon le médecin traitant ; Qu'il apparaît ainsi pleinement justifié que l'intimé, dans sa détermination sur le recours, ait proposé implicitement l'admission du recours et ait conclu au renvoi du dossier à l'OAI ; Qu'ainsi, le recours sera admis, la décision entreprise annulée, et le dossier retourné à l'OAI, charge à ce dernier de compléter l'instruction médicale, notamment en recueillant tous renseignements médicaux utiles et actualisés, tant en ce qui concerne l'aspect pneumologique, qu'en ce qui concerne les problèmes de dos, et tout autre aspect utile qui pourrait apparaître dans le cadre de cette instruction complémentaire, notamment au vu des observations initiales du SMR par rapport aux autres comorbidités qui méritaient d'être investiguées (avis du SMR du 23 janvier 2017), ceci avant de rendre une nouvelle décision ; Qu'étant 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 aurait lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument; toutefois, dans le cas d'espèce, la chambre de céans y renoncera, au vu des circonstances particulières dans lesquelles la procédure de recours a été induite, l'OAI n'ayant eu d'autre solution que de transmettre à la chambre de céans pour motif de compétence le courrier de l'assuré et son annexe, reçus le 18 juin 2018, soit dans les jours qui ont suivi la décision entreprise.

A/2111/2018 - 8/8 - 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.