

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2549/2016

ATAS/452/2017

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 6 juin 2017

2^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à ATHENAZ (GE)

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Maria Esther SPEDALIERO et Anny SANDMEIER, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1961, marié, père de deux enfants actuellement majeurs, séparé de son épouse, domicilié dans le canton de Genève, dessinateur d'intérieur, a travaillé au taux de 100 % dans son propre atelier d'encadrement depuis août 2005.
2. Lors d'une consultation du 20 octobre 2010, le docteur B_____, spécialiste FMH en neurologie, a posé le diagnostic d'algie vasculaire de la face ou « cluster headache », devenu depuis lors chronique, pour lequel il a été suivi par son médecin traitant, le docteur C_____, médecin généraliste.
3. Le 1^{er} avril 2016, l'assuré a saisi l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), en raison de migraines de type cluster l'affectant depuis 1995.
4. Dans un rapport médical du 11 avril 2016 à l'OAI, le Dr B_____ a fait mention, au titre de l'anamnèse, d'une algie vasculaire de la face, et d'un pronostic naturellement favorable sous médication. Tout en renvoyant à s'adresser au Dr C_____ sur la question d'une incapacité de travail, le Dr B_____ a indiqué que l'assuré ne présentait pas de restriction physique pour exercer son activité, qui, d'un point de vue médical, était exigible à 100 %, sans baisse de rendement. On pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à 100 % dès le 16 avril 2016. Étaient exigibles les activités exercées en position assise, en position debout, dans différentes positions, principalement en marchant, en se penchant, avec les bras au-dessus de la tête, en position accroupie, à genoux, en se tournant en position tant assise que debout, en soulevant et portant des charges (sans limite de poids), en montant sur une échelle ou un échafaudage, en montant les escaliers, ses capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance (celle-ci sauf pendant les céphalées) n'étaient pas limitées, et l'assuré était apte à se déplacer ; ces indications étaient valables depuis le 20 octobre 2010. Il n'y avait pas de limitation neurologique à l'exercice d'une activité (en particulier de l'activité habituelle).
5. À teneur d'un rapport médical du 29 avril 2016 du Dr C_____ (qui suivait l'assuré depuis 1995), ce dernier souffrait, avec effet sur sa capacité de travail, de migraines (de type cluster headache), ainsi que, sans effet sur sa capacité de travail d'une hypothyroïdie, d'une hypovitaminose en vitamine D et d'une haute tension artérielle. Le traitement de ses migraines était inefficace ; le constat médical était celui d'une asthénie, d'un trouble de la coordination, d'un trouble de la concentration et de contracture para-cervicale gauche. Le pronostic était défavorable ; il y avait aggravation de la symptomatologie douloureuse. Le traitement actuel consistait en de l'oxygénothérapie, vu l'inefficacité du traitement médicamenteux. L'assuré était incapable de travailler lors de ses crises (survenant dès 3 h du matin et durant alors toute la journée). Son activité habituelle d'encadreur était encore exigible à 80 %, de même qu'une activité adaptée. Son

incapacité de travail était de 20 % tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, compte tenu d'une totale incapacité de travail lors de ses crises. Le Dr D_____ a biffé la page consacrée aux limitations pour exercer des activités, pour le motif qu'il n'y avait « pas de réadaptation professionnelle ».

6. Le 20 mai 2016, la cellule de tri de l'OAI a noté que l'assuré n'avait « pas d'atteinte à la santé au sens de la LAI », avait une capacité fonctionnelle de 100 % depuis toujours tant dans l'activité actuelle que dans une activité adaptée. L'instruction du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) était que l'assuré avait des algies vasculaires de la face sans incidence sur la capacité de travail d'après le rapport médical du Dr B_____ du 11 avril 2016.
7. Par un projet de décision adressé le 23 mai 2016 à l'assuré, l'OAI a informé ce dernier de son intention de lui refuser toute prestation de l'AI. D'après l'appréciation du SMR, il n'y avait pas de maladie justifiant une diminution de sa capacité de gain de longue durée, donc pas d'invalidité, condition nécessaire à l'octroi de n'importe quelle prestation de l'AI. L'assuré disposait de trente jours pour faire part de ses objections fondées à l'encontre de ce projet de décision ou demander des renseignements complémentaires à ce sujet.
8. Par courrier du 10 juin 2016, l'assuré a fait part à l'OAI de son opposition à ce projet de décision, niant l'existence même de sa maladie et par conséquent les handicaps qu'elle créait. Le Dr C_____ lui avait dit que son rapport médical adressé à l'OAI, confidentiel, correspondait bien au diagnostic posé par le Dr B_____, et qu'il constatait lui-même, à chaque visite, les atteintes à santé, cause d'une invalidité importante. Depuis la dernière période de crise en 2010, qui avait duré quatre mois avec cinq crises par jour d'une durée moyenne d'une heure à une heure et demie, le cluster ne l'avait plus quitté ; il était devenu chronique, se manifestant quotidiennement comme suit : la douleur et un flux nerveux envahissant son corps le réveillaient entre 2 h et 3 h du matin, au point que si cet état ne diminuait pas au lever du jour, il continuait à vomir et à souffrir jusqu'au coucher du jour, et ce environ une fois par semaine ; autrement, soit il passait ses journées soit à rester dans peu de lumière, soit à essayer de travailler dans son atelier, avec des douleurs à la tête, au ventre, des problèmes de vision latérale, de synchronisation des mouvements, au point de devoir fréquemment fermer son atelier en attendant une amélioration de son état. L'OAI ne l'avait pas même examiné. Le projet de décision de l'OAI niait le rapport médical de son médecin et de très nombreuses publications scientifiques sur les clusters.
9. Par décision du 30 juin 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, dans les termes du projet précité de décision et avec la mention supplémentaire que les arguments qu'il avait soulevés dans le cadre de la procédure d'audition n'apportaient rien de nouveau susceptible de modifier l'appréciation de l'OAI. Recours pouvait être formé dans les trente jours contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice.

10. Le 1^{er} juillet 2016, AXA Assurances SA a fait parvenir à l'OAI, pour information, quelques pièces de son dossier concernant l'assuré, dont un formulaire rempli le 3 juin 2016 par le Dr C_____, faisant état d'une incapacité de travail de 80 % depuis le 1^{er} janvier 2015, d'un patient connu pour un cluster headache (algie vasculaire), dont il faisait une rechute, et d'une demande de prestations de l'AI qui était en cours. Était également joint un même formulaire, rempli le 13 juin 2016 par le Dr B_____, faisant mention d'un premier traitement au 20 octobre 2010 pour une algie vasculaire de la face, dont il faisait une rechute, et d'une absence d'incapacité de travail.
11. Dans un courrier du 22 juillet 2016 au Dr C_____ (envoyé en copie à l'OAI), le Dr B_____ a indiqué avoir revu l'assuré, qui présentait des crises quotidiennes diurnes extrêmement intenses, ne répondant pas à la médication habituelle. Les crises entraînaient des périodes de vomissement quotidiennes, qui avaient provoqué une perte pondérale. L'assuré était dans l'impossibilité d'assumer son travail d'encadreur. La chronicisation de la douleur avait entraîné une asthénie, une perte de la concentration et une perte de son schéma corporel. L'aggravation du tableau clinique-neurologique était probablement compatible avec un cluster chronique, ce qui se voyait dans 10 à 15 % des clusters décrits dans la littérature neurologique ; elle l'empêchait absolument pour l'instant de reprendre toute activité professionnelle.
12. L'OAI a répondu le 25 juillet 2016 au Dr B_____ que le dossier de l'assuré avait été clôturé par une décision du 30 juin 2016, contre laquelle l'assuré pouvait recourir jusqu'à fin août 2016 auprès de la chambre des assurances sociales.
13. En date du 28 juillet 2016, l'assuré a recouru auprès de la chambre des assurances sociales contre la décision précitée de l'OAI du 30 juin 2016. Il se disait dans l'impossibilité de subvenir à ses besoins suite aux handicaps quotidiens que générerait la forme chronique qu'avait prise son cluster, en faisant référence au rapport précité du Dr B_____ du 22 juillet 2016. Il a repris mot pour mot la description de son quotidien qu'il avait faite dans son opposition du 10 juin 2016. Il lui était impossible de travailler dans cet état ; il n'avait pas d'autre solution que de solliciter l'AI.
14. D'après un avis médical du docteur E_____ du SMR du 16 août 2016, le Dr B_____ avait émis deux rapports contradictoires ; alors que le 22 juillet 2016, ledit neurologue laissait entendre qu'il n'avait pas revu l'assuré depuis 2010 et que l'évolution était fortement défavorable, dans son rapport du 11 avril 2016, il avait écrit qu'il assurait le traitement de 2010 à 2016 et que le dernier contrôle devait avoir eu lieu en avril 2016. Si la capacité de travail semblait effectivement nulle désormais, il était nécessaire de demander au Dr B_____ des explications quant au suivi effectué et à l'évolution du tableau clinique.
15. Par mémoire du 9 septembre 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours. L'allégation de douleurs devait être confirmée par des observations médicales, afin que

l'appréciation du droit à des prestations puisse être effectuée de manière conforme à légalité de traitement et être reportée à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue. Le 11 avril 2016, le Dr B_____ avait indiqué suivre l'assuré de 2010 à 2016 et estimé que la capacité de travail de ce dernier, atteint d'algies vasculaires de la face (« cluster headache »), était entière. Aussi l'OAI avait-il refusé à juste titre toute prestations à l'assuré en l'absence d'atteinte à la santé ayant des répercussions durables sur la capacité de travail. Concernant le rapport du Dr B_____ du 22 juillet 2016, l'OAI se référait à l'avis médical précité du SMR, en relevant que ce rapport médical ne pouvait être pris en considération dès lors qu'il était postérieur à la décision attaquée ; il appartiendrait à l'assuré de déposer une nouvelle demande. L'OAI réservait ses conclusion sur le fond si ce rapport était pris en compte.

16. Par courrier du 17 novembre 2016, en réponse aux questions que la chambre des assurances sociales avait posées tant au Dr B_____ qu'au Dr C_____, le Dr B_____ a indiqué ce qui suit : il avait vu l'assuré le 20 octobre 2010, avait eu un téléphone avec lui le 22 septembre 2011 et l'avait revu les 22 juillet, 24 août et 16 novembre 2016. En 2010, il avait posé le diagnostic d'algie vasculaire de la face (ou cluster headache) dans un rapport adressé au médecin traitant, le Dr C_____ ; la prise en charge de cette céphalée intense et douloureuse avait été difficile en raison d'une réponse insuffisante au traitement habituel de Vérapamil ; l'assuré avait développé un cluster chronique depuis 2010 ; la persistance de cette douleur avait entraîné un état dépressif secondaire, qui avait motivé la prise en charge par un psychiatre, le docteur F_____. Les constatations neurologiques figurant dans son rapport du 22 juillet 2016 correspondaient à l'état de santé de l'assuré déjà à la fin juin 2016. Le diagnostic était celui d'une algie vasculaire de la face ou cluster headache chronique avec un état dépressif secondaire ; le suivi médical avait été assuré par le Dr C_____, et il l'était désormais par le docteur G_____, généraliste. Le cluster headache chronique et l'état dépressif avaient entraîné une incapacité de travail de 100 % ; les certificats de travail avaient été signés par le Dr C_____ (le Dr B_____ n'avait jamais signé d'arrêt de travail pour l'assuré). Les limitations fonctionnelles des diagnostics posés étaient une perte de concentration, une impossibilité de travailler en raison de l'intensité de la douleur ; l'état dépressif entraînait un manque de résistance et une perte d'énergie vitale qui empêchait son travail. Le cluster headache présentait actuellement une légère phase d'apaisement avec une meilleure maîtrise de la douleur et l'exercice d'une activité adaptée était envisageable dans le futur avec une reprise d'activité estimée en l'état à 20 %. Le Dr E_____ du SMR avait interprété son rapport du 11 avril 2016 de manière erronée.
17. Répondant le 23 décembre 2016 aux mêmes questions, le Dr C_____ a indiqué que l'assuré le consultait depuis plus de quinze ans en moyenne trois à quatre fois par année. Il avait rempli avec l'assuré le rapport médical pour l'AI le 29 avril 2016, auquel il se référait s'agissant des diagnostics et des traitements. La dernière

consultation remontait au 29 avril 2016. En date du 27 septembre 2016, l'assuré avait demandé le transfert de son dossier au Dr G_____. Il présentait des migraines de type cluster headache ; cette situation clinique pourrait nettement s'améliorer s'il respectait une hygiène de vie, notamment arrêta le tabac, avait une meilleure hydratation, suivait des séances de sophrologie.

18. Dans des observations du 23 janvier 2017, l'OAI a maintenu qu'il concluait au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, se référant à un avis médical du SMR du 19 janvier 2017 concluant que les rapports médicaux précités des Drs B_____ et C_____ ne remettaient pas en question ses précédentes conclusions.

À teneur de cet avis médical du Dr E_____ du 19 janvier 2017, le Dr B_____ confirmait qu'il n'avait pas examiné l'assuré entre octobre 2010 et juillet 2016 et que le suivi avait été fait par le Dr C_____, et il relevait qu'il y avait actuellement une légère phase d'apaisement du cluster headache et que l'assuré présentait un trouble dépressif réactionnel. Quant au Dr C_____, qui suivait l'assuré depuis de nombreuses années (jusqu'en septembre 2016), il insistait sur le rôle primordial de la mauvaise hygiène de vie de l'assuré. On ne pouvait être convaincu que l'assuré avait une incapacité totale de travailler dans toute activité, ainsi que l'attestait le Dr B_____ après avoir fait mention, le 11 avril 2016, d'une absence de limitation au niveau neurologique et alors qu'il n'avait pas examiné l'assuré entre octobre 2010 et juillet 2016. Le Dr C_____, qui n'avait vu l'assuré que trois à quatre fois par année, avait signé une « absence de demande de soin importante, malgré des plaintes très invalidantes » ; il insistait sur le fait que l'assuré pourrait améliorer son état avec une meilleure hygiène de vie.

19. Par courrier du 25 janvier 2017, l'assuré s'est insurgé contre le rapport précité du Dr D_____ du 23 décembre 2016. Ce médecin lui avait caché la teneur de son rapport du 29 avril 2016 à l'OAI, pour de prétendus motifs de confidentialité, qui l'avaient alors étonnés, sans rompre la relation de confiance. L'assuré constatait que ce médecin lui avait menti ; ledit rapport ne transcrivait pas la réalité de son état de santé, parlant de crises, alors que depuis plus de trois ans, lors des consultations, il l'avait incité à demander des prestations de l'AI, constatant l'aggravation et la chronicité des migraines dont il souffrait. Face à ses demandes d'explications, le Dr C_____ avait changé d'attitude, alors qu'il n'avait déjà pas su diagnostiquer le mal dont il souffrait, ce qui avait été à l'origine d'une dérive médicale. Les migraines de type cluster étaient complexes (comme cela résultait du rapport du Dr B_____ du 17 novembre 2016) ; plus de 60 % des personnes en souffrant étaient non fumeuses ; c'était farfelu de la part dudit médecin de proposer une meilleure hydratation et de la sophrologie. L'assuré, qui avait changé de médecin, exprimait la crainte que l'attitude incompréhensible du Dr C_____ aggrave encore plus son cas. À ce courrier étaient joints des copies de courriers que l'assuré avait adressés les 1^{er} août et 19 septembre 2016 au Dr C_____, lui

reprochant notamment la façon dont celui-ci avait rempli son rapport du 29 avril 2016 à l'AI.

EN DROIT

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.

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 les 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, 3^{ème} éd., 2015, n. 13 ss ad art. 43, n. 95 ss ad art. 61 ;

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).

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 1^{er} 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 1^{er} janvier 2012. Au demeurant, à l'instar d'ailleurs des révisions précédentes de la LAI – à savoir celles des 21 mars 2003 [4^{ème} révision] et 6 octobre 2006 [5^{ème} révision], entrées en vigueur respectivement les 1^{er} janvier 2004 et 1^{er} 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

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).

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

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 LPG (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

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 1^{er} 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 1^{er} 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 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

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 1^{er} 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).

* * * * *

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève du 30 juin 2016.
4. Renvoie la cause à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève pour instruction complémentaire, puis nouvelle décision.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève.
6. Dit qu'il n'est pas alloué d'indemnité de procédure à Monsieur A_____.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël MARTIN

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le