

# **GE\_GERICHTE ATAS/474/2010 vom 4. Mai 2010**

GE Cour de justice, 2010-05-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_474\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_474_2010)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/474/2010 du 4 mai 2010

IT: GE\_GERICHTE ATAS/474/2010 del 4 maggio 2010

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20).

### **E. 2**

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références) et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Ces principes de droit inter temporel

A/1894/2008 - 13/24 - commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision du 23 avril 2008 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2007 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LAI pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b). S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008 (à l'exception de l'art. 68quater entré en vigueur rétroactivement le 1er juillet 2007), elles seront appliquées selon les règles de droit inter temporelles.

### **E. 3**

La décision litigieuse date du 23 avril 2008. Elle a été expédiée par pli simple et contestée par acte daté du 28 mai 2008. Or, le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de sa date incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique (ATF 124 V 402 consid. 2a). En ce qui concerne plus particulièrement la notification d'une décision ou d'une communication de l'administration adressée par courrier ordinaire, elle doit au moins être établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurance sociale (ATF 124 V 402 consid. 2b). L'autorité supporte donc les conséquences de l'absence de preuve (ou de vraisemblance prépondérante) en ce sens que si la notification ou sa date sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF non publié du 5 mai

2008, 8C\_621/2007, consid. 4.2). La recevabilité du recours n'étant en l'espèce pas contestée par l'OAI, le recours est recevable (art. 60 LPGA).

#### **E. 4**

La décision de l'OAI porte sur le refus d'octroi d'une mesure professionnelle supplémentaire, l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1er mai 2000 et l'octroi d'une demi-rente à compter du 1er novembre 2007. Sont litigieux le début du versement de la rente entière, le taux d'invalidité à compter du 1er novembre 2007, le versement d'indemnités journalières d'attente entre le 1er novembre 2007 et le 19 novembre 2007 et les termes de la communication de l'OAI du 17 décembre 2007 à la Caisse cantonale genevoise de compensation.

S'agissant de l'octroi de mesures professionnelles supplémentaires, le recourant a indiqué, lors de l'audience du 28 avril 2009, retirer sa conclusion visant à l'octroi d'une formation supplémentaire en pédagogie pour adulte, de sorte que le Tribunal de céans n'examinera pas le bien-fondé de la décision de l'OAI sous cet angle.

#### **E. 5**

a) Dans un premier moyen, le recourant conteste la décision de l'OAI en ce qu'elle lui a reconnu le droit à une rente entière à compter du 22 février 2000, mais dont le versement interviendrait dès le 1er mai 2000, en raison du caractère tardif du dépôt de sa demande. Il prétend à cet égard avoir été empêché, pour des raisons

A/1894/2008 - 14/24 - médicales, de déposer sa demande de prestations d'assurance-invalidité avant le 1er mai 2001. b) Selon l'art. 29 al. 1er LAI, dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 1988 au 31 décembre 2007, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). L'existence d'une incapacité de gain durable (art. 29 al. 1 let. a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 RAI). Une atteinte originellement labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références ; VSI 1999 p. 81 consid. 1a). La cinquième révision a modifié les règles relatives à la naissance du droit à la rente, qui, pour autant que les conditions du droit soient réunies (art. 28 al. 1 LAI), prend 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 (cf. ATF non publié du 28 août 2008, 8C\_373/08, consid. 2.1). c) En l'espèce toutefois, dans la mesure où l'incapacité de travail significative a commencé à courir, ce qui n'est pas contesté, en février 1999 et que le délai d'attente d'une année de l'art. 29 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007) est parvenu à échéance avant l'entrée en vigueur de la 5ème révision, ce sont les anciennes dispositions qui s'appliquent, bien que la décision entreprise soit postérieure à leur entrée en vigueur. Cette interprétation est au demeurant codifiée dans la lettre-circulaire n° 253 de l'OFAS, du 12 décembre 2007, La 5ème révision de l'AI et le droit transitoire. La survenance du droit à la rente d'invalidité étant fixée en février 2000, ce qui n'est pas

contesté, et la demande déposée en mai 2001 seulement, il y a lieu d'appliquer la réglementation sur les demandes de prestations dites « tardives ». d) L'art. 48 al. 2 LAI (dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007) prescrit que si l'assuré présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Elles sont servies pour une période antérieure si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits donnant droit à prestation et qu'il présente sa demande dans les douze mois dès le moment où il en a eu connaissance. Selon la jurisprudence, l'art. 48 al. 2 seconde phrase LAI s'applique lorsque l'assuré ne savait pas et ne pouvait pas savoir qu'il était atteint, en raison d'une atteinte à la santé physique ou mentale, d'une diminution de la capacité de gain

A/1894/2008 - 15/24 - dans une mesure propre à lui ouvrir le droit à des prestations. Cette disposition ne concerne en revanche pas les cas où l'assuré connaissait ces faits mais ignorait qu'ils donnent droit à une rente de l'assurance-invalidité (ATF 102 V 113 consid. 1a). Autrement dit, "les faits ouvrant droit à des prestations (que) l'assuré ne pouvait pas connaître", au sens de l'art. 48 al. 2 seconde phrase LAI, sont ceux qui n'étaient objectivement pas reconnaissables, mais non ceux dont l'assuré ne pouvait subjectivement pas saisir la portée (ATF 100 V 119 ss. consid. 2c; RCC 1984 p. 420 ss. consid. 1; VALTERIO, Droit et pratique de l'assurance-invalidité [les prestations], p. 305 ss.). Toutefois, une restitution de délai doit être accordée si l'assuré a été incapable d'agir pour une cause de force majeure - par exemple en raison d'une maladie psychique entraînant une incapacité de discernement (ATF 108 V 228 ss. consid. 4; arrêt non publié V. du 16 mars 2000, I 149/99) - et qu'il présente une demande de prestations dans un délai raisonnable après la cessation de l'empêchement. Mais encore faut-il, ici aussi, qu'il s'agisse d'une impossibilité objective, s'étendant sur la période au cours de laquelle l'assuré se serait vraisemblablement annoncé à l'assurance-invalidité s'il l'avait pu, et non d'une difficulté ou d'un motif subjectif, comme celui d'ignorer son droit ou de mal concevoir ses intérêts (ATF 102 V 115 consid. 2a ; RCC 1984 p. 420 ss. consid. 1; Valterio, eod. loc.). e) En l'espèce, le recourant ne peut manifestement pas bénéficier d'une restitution de délai. En effet, rien n'indique qu'il n'était pas à même de déposer une demande de prestations entre février 2000 et février 2001. Il a en effet été en mesure de s'inscrire à l'assurance-chômage le 1er février 2000 et a fait l'objet d'une vérification de l'aptitude au placement le 7 mars 2000, démontrant ainsi sa faculté de mener des démarches administratives. Par ailleurs, quand bien même il a - comme il s'en prévaut - été hospitalisé en urgence en novembre 2000, que cette hospitalisation a été suivie d'une période de convalescence jusqu'en janvier 2001 et qu'il a dû prendre des médicaments entraînant des effets secondaires pénibles jusqu'en avril 2001, il n'en demeure pas moins qu'il disposait pendant cette période d'une pleine capacité de discernement et qu'il aurait été en mesure de conduire des démarches administratives même durant cette période, dût-il mobiliser plus de ressources que d'ordinaire. L'argumentation du recourant selon laquelle il "n'était pas été en mesure, pour des raisons médicales, de gérer ses affaires" ne peut donc être retenue. Partant, sous cet angle, la décision de l'OAI doit être confirmée.

## **E. 6**

a) Le recourant conteste encore la décision de l'OAI en ce qu'elle lui a accordé une demi-rente à compter du 1er novembre 2007, soit le degré d'invalidité retenu. L'expertise bidisciplinaire rendue le 13 mars 2007 serait "ancienne" et ne correspondrait plus à sa "réalité médicale", à savoir une incapacité de travail de 50% depuis le 13 mars 2007, telle

qu'attestée par le Dr J \_\_\_\_\_ le 8 avril 2008. Par ailleurs, le salaire d'invalidé retenu par l'OAI à son endroit correspondrait au salaire brut (valeur centrale) dans la branche informatique (TA1;

A/1894/2008 - 16/24 - secteurs 72-74 service informatique/services fournis en entreprise). Or, ne bénéficiant pas d'un titre de spécialiste Help Desk, il ne pourrait prétendre à un revenu correspondant à ce secteur d'activité. Il s'agit d'examiner en premier lieu si l'OAI était fondé à se rallier aux conclusions de l'expertise bidisciplinaire confiée à la PMU selon laquelle il a été admis que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, avec un rendement d'environ 80% (capacité de travail de 80%). b) Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA). Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3%, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60% et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70%, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATF non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2 et du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4). c) 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1).

A/1894/2008 - 17/24 - La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen

du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références ; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000, p. 268). Par ailleurs, dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance- invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance- invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). 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 LPG), 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. S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Le juge des assurances sociales 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. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la A/1894/2008 - 18/24 - 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 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 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 322 consid. 5a).

d) En l'espèce, l'expertise bidisciplinaire confiée à la PMU et rendue par les Drs K\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ remplit manifestement les exigences posées en matière de valeur probante par le Tribunal fédéral et rien ne permet de mettre en doute son objectivité. Elle comprend une anamnèse et une description des plaintes du recourant; elle intègre des examens para-cliniques et des constatations médicales objectives. Les diagnostics sont posés de manière claire et cohérente. Enfin, le cas a fait l'objet d'une appréciation globale à l'issue de laquelle les deux experts ont conclu à une incapacité de travail totale dans l'ancienne activité professionnelle et à une capacité de travail de l'ordre de 80% (ou une capacité de travail totale, avec rendement de 80%) dans une activité adaptée tenant compte

des limitations fonctionnelles suivantes : port de charges, travaux lourds, marche prolongée, descente et montée des escaliers prohibés. Outre que cette expertise revêt en soi une pleine valeur probante, elle est par ailleurs corroborée - que ce soit sous l'angle des diagnostics, de la capacité de travail ou des limitations fonctionnelles - par plusieurs rapports figurant au dossier et rendus par les médecins traitants. Ainsi, la Dresse. H\_\_\_\_\_ a retenu une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée (cf. avis des 7 et 10 mars 2006). Par ailleurs, le Dr Th. J\_\_\_\_\_ a, dans un premier temps, admis un taux d'activité de 100% dans une activité adaptée (cf. certificat du 30 janvier 2007). Certes ce dernier est revenu sur son appréciation à l'occasion de certificats établis postérieurement à l'expertise bidisciplinaire, à savoir pour l'un en date du

## **E. 8**

La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF 126 V 288 consid. 2). En outre, depuis le 1er janvier 2003, la définition de l'invalidité est uniformément codifiée à l'art. 8 al. 1 LPGA selon lequel est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas (cf. ATF 133 V 549 consid. 6, 131 V 362 consid. 2.2). Se ralliant aux conclusions de l'expertise bidisciplinaire s'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, la décision rendue à ce propos par l'assurance-accidents retient un taux d'invalidité de 45% eu égard à un revenu sans invalidité de 87'528 fr. et un revenu d'invalidité de 48'128 fr, puis un taux de 49% sur opposition, l'assurance ayant omis de tenir compte du 13ème salaire dans le revenu sans invalidité. Cette décision sur opposition a été contestée par l'assuré (A/861/2010). Cela étant, l'appréciation du taux d'invalidité par l'assurance-accidents, dont ni le recourant ni l'OAI ne se prévalent pour fonder leur position dans le cadre de la présente procédure, ne sera pas examinée ici.

## **E. 9**

a) Le recourant sollicite par ailleurs le versement d'indemnités d'attente pour la période allant du 1er au 20 novembre 2007, date à laquelle il a commencé à percevoir des indemnités de l'assurance-chômage pour sa capacité résiduelle de travail. b) Aux termes de l'art. 19 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI; RS 831.201), l'assuré n'a pas droit à l'indemnité journalière pour le temps pendant lequel il attend qu'un emploi convenable lui soit trouvé. Si toutefois la recherche d'un emploi est précédée d'une formation professionnelle initiale ou d'un reclassement professionnel, l'assuré conserve le bénéfice de l'indemnité journalière pendant soixante jours au plus.

Dans un arrêt du 27 septembre 1994 (ATF 120 V 429), confirmé par un arrêt rendu le 4 avril 2003 dans la cause I 82/02, le Tribunal fédéral des assurances a eu l'occasion de se

prononcer sur la portée de l'art.19 al. 1 2e phrase RAI. Il a considéré que, pour que le droit à l'indemnité journalière soit donné, il suffisait que la recherche d'un emploi ait été précédée d'une formation professionnelle initiale ou d'un reclassement dans une nouvelle profession. Il a rappelé l'intention

A/1894/2008 - 23/24 - du législateur d'assurer, par voie réglementaire déléguée au Conseil fédéral, la continuité du service des prestations depuis le moment où l'invalidité s'est produite jusqu'à celui de la reprise complète d'une activité lucrative, dans des cas dignes de considération, et celle de réduire au minimum les cas où l'assuré risque d'être privé d'une prestation à la fin du reclassement professionnel. Au regard de cette volonté d'accorder une aide économique à l'assuré à la recherche d'un emploi après reclassement et qui ne bénéficie pas d'indemnités journalières de l'assurance- chômage, l'assuré s'est vu reconnaître le droit à une indemnité journalière de l'assurance-invalidité pour la période d'un mois entre la fin de son reclassement et la date de son annonce à l'assurance-chômage (ATF 120 V 433 consid. 2b). c) Après avoir fait l'objet d'une mesure de reclassement qui a pris fin en octobre 2007, le recourant a perçu des indemnités journalières de l'assurance-chômage à compter du 20 novembre 2007. Il a donc droit à des indemnités journalières pour la période allant du 1er au 19 novembre 2007. C'est donc à tort que l'OAI n'a pas donné suite à la demande du recourant. Étant rappelé qu'un recours peut aussi être formé lorsque, comme en l'espèce, l'assureur, malgré une demande de l'assuré, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition (art. 56 al.2 LPGA), le recours doit donc dans cette mesure être admis et le dossier renvoyé à l'OAI pour qu'il soit statué sur le montant des indemnités journalières dues pour la période du 1er au 19 novembre 2007.

#### **E. 10**

En dernier lieu, le recourant conteste les termes d'un prononcé de l'OAI du 17 décembre 2007, adressé à la Caisse cantonale genevoise de compensation et qualifiant le genre d'invalidité de "maladie de longue durée", alors même que, selon le recourant, son invalidité résulterait d'un accident. Il prétend que cette qualification lui causerait un préjudice, dès lors qu'elle pourrait être retenue à son détriment par l'assureur-accidents. A teneur de l'art. 56 LPGA, seules les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours. En l'espèce, il est manifeste que le prononcé du 17 décembre 2007 ne saurait être qualifié de décision. Il s'agit d'un acte interne à l'administration, destiné à communiquer une information à une autre autorité administrative dans le but de faire avancer la procédure et qu'une décision soit prise quant au calcul des prestations dues. En outre, quand bien même ce prononcé pourrait-il être qualifié de décision, encore eût-il fallu qu'il soit contesté dans les délais légaux, ce qui n'est manifestement pas le cas. Les conclusions prises à ce propos par le recourant sont donc irrecevables.

#### **E. 11**

Au vu de ce qui précède, le recours sera très partiellement admis et le dossier renvoyé à l'intimé pour le calcul des indemnités journalières. Compte tenu du fait que le recourant n'obtient gain de cause que sur la question des indemnités journalières dues entre le 1er et le 19 novembre 2009, les dépens qui lui sont alloués sont limités à 500 fr.

A/1894/2008 - 24/24 -

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