

GE_GERICHTE ATAS/915/2015 vom 1. Dezember 2015

GE Cour de justice, 2015-12-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_915_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/915/2015 du 1 décembre 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/915/2015 del 1 dicembre 2015

Erwägungen

E. 46

Par courrier du 4 juillet 2014, l'OAI a informé le conseil de l'assuré qu'aucune procuration en sa faveur ne figurait au dossier de sorte qu'il n'était pas autorisé à

A/2689/2014 - 10/19 - faire valoir les droits de son mandant. Cela étant, l'office précité avait pris note du courrier du 27 juin 2014. Cependant, les éléments y figurant ne permettaient pas de revenir sur la décision, laquelle déployait par conséquent tous ses effets. Dans la mesure où une décision sujette à recours a été notifiée à l'assuré, il lui appartenait dès lors de former, le cas échéant, un recours.

E. 47

Le 4 septembre 2014, le Dr K_____ a établi une nouvelle appréciation médicale. Après avoir résumé les pièces pertinentes et les constatations faites lors de l'examen clinique réalisé le 18 juin 2013, le médecin-conseil de la SUVA a rappelé que le Dr H_____ avait confirmé une reprise de l'activité professionnelle à 100% dès le 8 avril 2013, mentionnant dans ses courriers que l'assuré faisait état d'une marche presque normale quand bien même les journées allaient parfois de 10 à 12 heures. Par conséquent, à la lumière des différents certificats du Dr H_____, on pouvait s'attendre, dès le 1er mai 2014, à la reprise à 100% de son activité antérieure de nettoyage, de sorte que la précédente appréciation était maintenue.

E. 48

Le 8 septembre 2014, l'assuré a interjeté recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre la décision du 4 juillet 2014 de l'OAI (cause A/2689/2014). Il a conclu, sous suite de frais et dépens, préalablement à l'octroi d'un délai supplémentaire pour prendre connaissance des pièces de l'OAI et compléter ses écritures et cela fait, à la tenue d'une comparution personnelle des parties et d'une audience d'enquêtes au cours de laquelle les Drs M_____ et I_____ devraient être entendus, à la réalisation d'une expertise neutre et à l'audition de l'expert. Principalement, le recourant concluait à l'admission du recours et à l'annulation de la décision 4 juillet 2014 et cela fait, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et/ou de mesures professionnelles ou de réadaptation. Subsidiairement, le recourant concluait au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants. À l'appui de son recours, l'assuré a notamment considéré que l'intimé commettait « l'arbitraire le plus absolu » en rejetant sa demande, alors que son état de santé rendait l'octroi d'une rente et, subsidiairement, de mesures professionnelles, absolument nécessaire. C'était de manière insoutenable que l'intimé avait substitué son propre diagnostic à ceux des médecins expérimentés et spécialisés l'ayant régulièrement pris en charge. À cela s'ajoutait le fait que l'intimé ne fondait sa décision sur aucune argumentation juridique, ce en violation flagrante des principes constitutionnels. En

annexe à son recours, l'assuré produisait les mêmes pièces que celles transmises à l'appui de l'« opposition ».

E. 49

Par décision sur opposition du 17 septembre 2014, la SUVA a écarté l'opposition du 28 mai 2014 et confirmé sa décision du 30 avril 2014, considérant que le dossier ne contenait aucun élément concret permettant de jeter un doute sur le bien-fondé de l'avis convaincant et motivé du Dr K_____. En effet, ni les certificats médicaux du Dr I_____ ni l'évaluation « médico-légale » du Dr M_____ ne

A/2689/2014 - 11/19 - permettaient de remettre en question les conclusions du médecin d'arrondissement précité. Par conséquent, une pleine valeur probante devait être accordée à l'avis du Dr K_____. La SUVA a également considéré que « la persistance d'une incapacité de travail après une simple fracture de l'orteil, subie il y a plus de trois ans, [n'apparaissait] pas compréhensible au vu des éléments médicaux objectivables. Des aspects psychologiques [jouaient] très vraisemblablement un rôle dans la poursuite de cette incapacité ». S'agissant de la symptomatologie psychique, elle n'était pas en lien de causalité adéquate avec l'accident assuré. En effet, d'une part, ce dernier devait au mieux être classé dans les accidents de gravité moyenne à la limite des accidents bénins et d'autre part, aucun des critères jurisprudentiels n'était rempli.

E. 50

Le 20 octobre 2014, l'assuré a interjeté recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre la décision sur opposition précitée de la SUVA (cause A/3214/2014), concluant en substance à l'admission du recours et à l'annulation de la décision sur opposition du 17 septembre 2014 et cela fait, à la constatation qu'il ne disposait pas, à compter du 1er mai 2014, d'une pleine capacité de travail dans ses activités professionnelles, ce qui avait pour conséquence la condamnation de la SUVA au versement de l'indemnité journalière au-delà du 30 avril 2014. Subsidiairement, le recourant concluait au renvoi de la cause à la SUVA pour nouvelle décision dans le sens des considérants. À l'appui de son recours, l'assuré a invoqué les mêmes arguments que ceux soulevés dans son recours contre la décision de l'OAI et produit les mêmes pièces. 51. Un délai au 1er octobre 2014 a été imparti à l'assuré pour compléter le recours du 8 septembre 2014. À sa demande, ce délai a été prolongé aux 24 octobre puis au 17 novembre 2014, étant donné qu'il demeurait dans l'attente d'un certificat circonstancié, établi par le Dr I_____, se prononçant sur l'évolution de son état de santé ces derniers mois ainsi que sur les causes de cette évolution. 52. Par courrier du 28 novembre 2014, le recourant a informé la chambre des assurances sociales qu'il n'entendait en fin de compte pas compléter son recours et renonçait à produire la pièce nouvelle envisagée. 53. L'intimé a répondu en date du 5 janvier 2015, concluant au rejet du recours du 8 septembre 2014 et à la confirmation de la décision attaquée. À l'appui de sa position, l'office considérait avoir correctement apprécié les rapports médicaux au dossier, émanant d'ailleurs des médecins traitants du recourant, de sorte qu'il n'y avait pas lieu d'examiner plus avant l'aspect médical. L'évaluation du SMR était corroborée par celle des médecins d'arrondissement de la SUVA. Par ailleurs, quand bien même un délai, au demeurant prolongé plusieurs fois, avait été accordé au recourant pour produire un certificat médical circonstancié du Dr I_____, celui-ci n'a jamais été produit. Le recourant n'avait ainsi fourni aucun élément nouveau susceptible de modifier l'appréciation médicale du dossier. La notion d'invalidité était en principe identique en

matière d'assurance-accidents, d'assurance-militaire

A/2689/2014 - 12/19 - et d'assurance-invalidité. Or, la SUVA avait mis un terme au versement des indemnités journalières compte tenu d'une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle. 54. Un délai au 2 février 2015 pour déposer une réplique a été imparti à l'assuré. À sa demande, ce délai a été prolongé aux 27 février puis au 31 mars 2015. 55. Le délai au 31 mars 2015 ayant expiré sans avoir été utilisé, la cause a été gardée à juger. 56. Par arrêt du 3 novembre 2015 (ATAS/824/2015), la chambre de céans a rejeté le recours introduit contre la décision sur opposition de la SUVA du 17 septembre 2014 et confirmé cette dernière, considérant, d'une part, que l'ensemble des pièces médicales du dossier allaient dans le sens des conclusions prises par le Dr K_____ et, d'autre part, que le trouble de l'adaptation, diagnostiqué par le Dr J_____, n'était pas en lien de causalité adéquate avec l'accident assuré.

EN DROIT 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. 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). 3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. 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; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son

A/2689/2014 - 13/19 - entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1er janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles 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). 4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 5. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'existence d'une invalidité. 6. 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 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). Une incapacité de gain n'est présumée qu'après que l'assuré s'est soumis aux mesures de réadaptation professionnelles indiquées et aux mesures médicales de réadaptation raisonnablement exigibles, telles que médication, opérations, psychothérapie, ergothérapie ou physiothérapie (ch. 1018.1 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI]). Par ailleurs, si l'assuré est en mesure d'exercer une autre activité raisonnablement exigible sans subir une perte de gain importante, il n'est pas réputé invalide au sens de la loi (ch. 1021 CIAI). b. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais 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.

A/2689/2014 - 14/19 - c. Selon l'art. 29ter du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 28, al. 1, let. b, LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins. d. 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. 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). 7. 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. 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). c. Un rapport d'un service médical régional de l'AI 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

A/2689/2014 - 15/19 - quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se 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). d. En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

8. 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. 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 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 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). À l'inverse, 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). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en

principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun

A/2689/2014 - 16/19 - éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1). 9. a. Dans la mesure où l'intimé a, dans un premier temps, justifié sa décision de refus en considérant que le recourant ne remplissait pas la condition de l'incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable (délai d'attente), il y a lieu d'examiner ce point en premier lieu. Le recourant a été blessé le 10 décembre 2010 et a, depuis lors, présenté les périodes d'incapacité de travail suivantes : Incapacités de travail J_____ Régie 11.12.2010 - 20.03.2011 100% 100% 21.03.2011 – 16.11.2011 0% 0% 17.11.2011 – 05.02.2012 100% 100% 06.02.2012 – 07.05.2012 50% 100% 08.05.2012 – 08.10.2012 50% 0% 09.10.2012 – 14.11.2012 50% 50% 15.11.2012 – 04.03.2013 100% 100% 05.03.2013 – 07.04.2013 100% 100% 08.04.2013 – 04.07.2013 0% 0% 05.07.2013 – 10.09.2013 100% 100% 11.09.2013 – 31.10.2013 50% 100% 01.11.2013 – 30.11.2013 100% 100% 01.12.2013 – 26.02.2014 50% 100% 27.02.2014 – 06.04.2014 100% 100% 07.04.2014 – 30.04.2014 50% 100% 01.05.2014 – 31.05.2014 100% 100% Un premier délai d'attente d'un an a donc commencé à courir le jour de l'accident avant d'être interrompu le 21 mars 2011 avec la reprise des deux activités professionnelles. Un deuxième délai a commencé le 17 novembre 2011, date à partir de laquelle le recourant a subi de nouvelles périodes d'incapacités de travail. Au vu de l'importance desdites incapacités, lesquelles ont oscillé entre 50 et 100%, il doit être admis qu'en date du 17 novembre 2012, le recourant a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable. Par conséquent, contrairement à ce qui a été indiqué dans la décision querellée, la condition de l'expiration du délai d'attente d'un an est réalisée dès le 17 novembre 2012, de sorte qu'il appartenait à l'OAI d'examiner si le recourant présentait dès cette date une invalidité d'au moins 40%, susceptible de lui donner droit à une rente. b. Comme indiqué précédemment, en cas d'incapacité de travail dans sa profession, le taux d'invalidité se détermine notamment en comparant le revenu sans invalidité

A/2689/2014 - 17/19 - avec le revenu que l'assuré pourrait obtenir en exerçant une activité raisonnablement exigible (activité adaptée). Selon les pièces du dossier, pour la période postérieure du 17 novembre 2012 au 7 avril 2013, les médecins du recourant ont attesté d'une incapacité de travail dans les activités de nettoyeur oscillant entre 50 et 100%, le recourant étant à nouveau capable de travailler à 100% dès le 8 avril 2013 (voir rapport du Dr H_____ du 2 septembre 2013). Dès le 4 juillet 2013, il était à nouveau incapable de travailler. Cette nouvelle incapacité de travail a été attestée par le Dr I_____, médecin traitant du recourant, qui a toutefois considéré, dans ses rapports des 4 novembre 2013 et 3 avril 2014, que son patient était capable de travailler à 100% dans une activité adaptée. S'il est, par conséquent, possible de déterminer l'invalidité du recourant dès le mois de novembre 2014 en comparant le revenu sans invalidité avec celui que le recourant pourrait obtenir dans une activité adaptée, exigible selon le médecin traitant, le dossier ne contient aucune appréciation concernant la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée pour les périodes du 17 novembre 2012 au 7 avril 2013 puis du 4 juillet 2013 au 31 octobre 2013. Il n'est ainsi pas possible de déterminer le taux d'invalidité du recourant

antérieurement au mois de novembre 2013. c. Par ailleurs, selon le Dr I_____, dès la fin de l'année 2013, le recourant a présenté des troubles psychiques lesquels sont venus s'ajouter à l'atteinte au pied. Dans son rapport du 25 février 2014, le Dr J_____, médecin d'arrondissement de la SUVA a examiné le recourant et a diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.2). Contrairement à ce que le Dr L_____, médecin auprès du SMR, a retenu dans son avis du 13 mai 2014, le médecin d'arrondissement précité ne s'est pas prononcé sur une éventuelle incapacité de travail due au trouble diagnostiqué mais uniquement sur l'existence d'un lien de causalité entre l'événement accidentel et l'atteinte psychique. Quand bien même un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive n'entraîne en général pas d'incapacité de travail de longue durée (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_571/2011 du 25 juin 2012), le dossier soumis à la chambre de céans ne contient aucune indication quant à l'intensité dudit trouble et à ses effets sur la capacité de travail du recourant. d. Dans ces circonstances, force est de constater que le dossier soumis à la chambre de céans a été instruit de manière sommaire par l'intimé. En effet, comme cela a été relevé ci-dessus, il ne contient aucune appréciation médicale sur la capacité de travail dans une activité adaptée pour la période du 17 novembre 2012 au 7 avril 2013 ni pour celle du 4 juillet au 31 octobre 2013. En outre, l'intimé n'a pas instruit les effets du trouble de l'adaptation diagnostiqué par le Dr J_____ sur la capacité de travail du recourant. En réalité, l'intimé a simplement fait siennes les conclusions de la SUVA lorsque celle-ci a mis un terme à ses prestations par décision du 30 avril 2014 (voir dans ce sens la réplique de l'OAI), considérant que les notions d'invalidité sont identiques en matière d'assurance-accidents,

A/2689/2014 - 18/19 - d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Or, dans sa décision du 30 avril 2014, la SUVA s'est prononcée en ce qui concernait les seuls troubles organiques liés à l'accident et a considéré, dans ce contexte, qu'une activité professionnelle était exigible. S'agissant des autres troubles mentionnés par le recourant, ils ne pouvaient s'expliquer, du point de vue organique, comme étant les séquelles de l'accident et les troubles psychiques n'étaient pas en lien de causalité adéquate avec celui-ci. La SUVA ne s'est ainsi jamais prononcée sur les effets du trouble de l'adaptation sur la capacité de travail ni sur ceux d'un trouble psychique. À cela s'ajoute le fait que la SUVA s'est prononcée sur la situation en date du 30 avril 2014 et non sur son évolution depuis l'accident, l'incapacité de travail ayant été admise dès lors que des indemnités journalières ont été versées. L'OAI ne pouvait donc s'épargner une instruction médicale s'agissant notamment de l'évolution de l'atteinte depuis le 17 novembre 2012. Afin de pouvoir statuer en toute connaissance de cause, il appartenait à l'intimé de requérir les informations manquantes concernant la capacité de travail dans une activité adaptée et le trouble de l'adaptation en interpellant les médecins traitants ou au besoin en ordonnant une expertise, ce qui n'a pas été fait. Au vu de ce qui précède, force est de retenir que l'OAI a constaté les faits de manière sommaire. Partant, il y a lieu de lui renvoyer le dossier, à charge pour celui-ci de procéder aux mesures d'instruction nécessaires avant d'effectuer le calcul du taux d'invalidité. 10. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 4 juillet 2014 sera annulée. 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 a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

A/2689/2014 - 19/19 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant A la forme :

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