

GE_GERICHTE A/1080/2016 vom 4. Oktober 2016

GE Cour de justice, 2016-10-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1080_2016

FR: GE_GERICHTE A/1080/2016 du 4 octobre 2016

IT: GE_GERICHTE A/1080/2016 del 4 ottobre 2016

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 04.10.2016 A/1080/2016

A/1080/2016 ATAS/795/2016 du 04.10.2016 (AI) , REJETE En fait En droit républicque et canton de Genève POUVOIR JUDICIAIRE A/1080/2016 ATAS/795/2016 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 4 octobre 2016 1 ère Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à NYON recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né le _____ 1964, d'origine italienne, en Suisse depuis 1967, a déposé le 13 janvier 2014 une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI), alléguant souffrir de séquelles d'une spina bifida et d'une polio depuis sa naissance. 2. Il a travaillé en dernier lieu pour l'entreprise B_____ Sàrl, en qualité de délégué technique et informatique à 50% - le patron de l'entreprise, un ami, n'avait pu l'engager à un taux plus élevé - du 1 er août 2012 au 30 septembre 2013, date à laquelle celui-ci a résilié le contrat de travail. Il s'est inscrit au chômage depuis octobre 2013 et a été pris en charge par les PCM dès le 1 er avril 2014. 3. Dans un rapport du 2 mai 2014, le docteur C_____, médecin traitant, a retenu les diagnostics de « status post méningocèle purulent néonatal, de déficit moteur sensitif des deux côtés post polio et spina bifida, de status post opération de Strayer pour pieds équins bilatéraux, de difficultés à la marche et d'un état dépressif post difficultés multiples physiques et surcharge pondérale consécutive ». Selon le Dr C_____, l'assuré présente une incapacité de travail entière depuis le 1 er février 2014, étant précisé qu'« il a toujours travaillé malgré sa problématique de santé. Il sent que sa santé se dégrade, est épuisé, raison pour laquelle il a déposé une demande de prestations AI ». Dans un second rapport daté du 18 septembre 2014, le Dr C_____ a déclaré que le moral de l'assuré allait mieux du fait que sa situation sociale s'était stabilisée. Il indique que l'assuré est capable de travailler de 60 à 80% dans son activité antérieure d'informaticien ou dans une autre activité adaptée qui ne nécessiterait pas de déplacements. 4. Le 30 septembre 2014, le médecin du Service médical régional AI (SMR) a constaté que ce cas n'était pas encore stabilisé et a proposé une instruction complémentaire auprès du médecin traitant et du médecin conseil de l'assurance-chômage plus particulièrement. 5. Dans une note de travail du 16 octobre 2014, le gestionnaire AI du dossier relève toutefois que « l'assuré ne nous semble pas aller mieux que lors de notre dernier entretien. Il revient sur ses problèmes de santé, de logement, financiers, administratifs, etc. qui lui pèsent énormément. Il fait du bénévolat auprès de D_____ trois demi-journées par semaine. Il n'arriverait pas à travailler le matin, car il est très ralenti pour se préparer le matin, Il ne se verrait pas reprendre actuellement une activité à plus de 50%. Il se verrait travailler par exemple pour un support hotline, car il ne pourrait pas avoir de port de charge. Nous lui demandons

d'insister auprès de son médecin pour que celui-ci nous fournisse des informations médicales détaillées. Il est toujours pris en charge par les PCM et a vu leur médecin conseil en août ». 6. Par courrier du 10 novembre 2014, le Dr C_____ a informé l'OAI que ![endif]>![if> « la problématique du patient se situe au niveau d'un épuisement progressif qui s'est fait au fil des années en relation directe avec sa condition physique. Vous n'êtes pas sans savoir qu'il présente des problèmes pour se déplacer dus aux douleurs chroniques au niveau des genoux et des pieds. À cela s'ajoutent, à l'heure actuelle, des problèmes d'incontinence et des difficultés dans la vie de tous les jours. Mon patient est arrivé à un état d'épuisement où la fatigue rend le travail difficilement faisable et l'état dépressif qui s'en est suivi en est pour preuve. Actuellement, l'état dépressif semble s'améliorer, mais il n'en reste pas moins que le patient souffre d'une faiblesse généralisée et que je ne le vois pas reprendre son travail dans les conditions actuelles. Il serait par contre souhaitable de pouvoir réintégrer l'assuré dans une dynamique professionnelle progressive, et pour cela, j'espère que vous aurez les outils pour lui permettre une certaine aide. Il n'en reste que le patient présente de grosses difficultés à se déplacer, des troubles d'incontinence et un état sub-dépressif en voie d'amélioration. On note également des douleurs lombaires dues à la position qu'il prend pour marcher. Tout cela fait que je mettrais en premier lieu, la fatigue et l'épuisement sur de longues années dû à son handicap physique du plus bas âge ». 7. Le mandat d'intervention précoce a ainsi été fermé le 19 décembre 2014.![endif]>![if> 8. Le Dr C_____ a indiqué le 17 avril 2015 que l'état de santé de son patient s'était amélioré grâce à un meilleur moral et à des séances de physiothérapie. La capacité de travail est entière dans une activité adaptée (pas de port de charges et pas de déplacements).![endif]>![if> 9. Dans sa note du 16 décembre 2015, le médecin du SMR a relevé que l'assuré avait développé un état dépressif réactionnel dans les suites de son licenciement et dans le cadre de difficultés psychosociales et financières, avec épuisement lié à son handicap physique. Cet état dépressif a évolué favorablement selon le Dr C_____. Le médecin du SMR en conclut qu'il n'y a pas d'atteintes incapacitantes selon la LAI, étant souligné que l'activité habituelle de l'assuré respecte les limitations fonctionnelles liées à son handicap physique.![endif]>![if> 10. Par décision du 7 mars 2016, l'OAI a rejeté la demande.![endif]>![if> Il a constaté que l'assuré était incapable de travailler à 100% du 1^{er} février au 30 août 2014, et à 40% du 1^{er} septembre au 31 décembre 2014, mais qu'il avait retrouvé une capacité de travail entière dès le 1^{er} janvier 2015. Le délai d'attente d'une année n'étant pas atteint, le droit à la rente ne peut être ouvert. D'éventuelles mesures d'ordre professionnel ne sont pas indiquées, dans la mesure où la pleine capacité de travail de l'assuré avait été retrouvée dans son activité habituelle. 11. L'assuré a interjeté recours le 8 avril 2016 contre ladite décision. Il produit des certificats établis par le Dr C_____ le 23 février 2015 pour les mois de janvier, février et mars 2015, et le 17 avril 2015 pour les mois d'avril et mai 2015, et aux termes duquel il est incapable de travailler à 100%.![endif]>![if> 12. Dans sa réponse du 10 mai 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours, considérant que l'assuré n'invoquait en l'état aucun argument lui permettant de faire une appréciation différente du cas.![endif]>![if> 13. Interrogé par la chambre de céans, le docteur C_____ a, le 22 juillet 2016, indiqué qu'il suivait l'assuré de manière régulière depuis fin 2013, qu'il était à ce moment-là en décompensation totale, de sorte qu'il l'avait rapidement mis en arrêt de travail. Il confirme avoir considéré que l'assuré était depuis février 2014 incapable de travailler à 100%. Il précise que lorsqu'il a rédigé son rapport du 19 septembre 2014, l'assuré aurait pu reprendre son travail à 80%, que sa capacité s'était toutefois vite détériorée par épuisement physique et psychique. Il

ajoute à cet égard que son courrier adressé à l'OAI le 10 novembre 2014 résume la situation. Il relève que « cette période où l'on aurait pu imaginer que le patient reprenne une activité professionnelle a duré très peu de temps, le patient s'enfonçant physiquement et psychologiquement dans une dépression et un burn out incompatible avec la reprise d'une activité professionnelle. Cependant, le patient est capable intellectuellement de fournir un travail qu'il a toujours fait, soit d'informaticien, mais son handicap physique le limite fortement. »

Le Dr C_____ a par ailleurs déclaré que « à ma dernière consultation du 12 avril 2016, il est toujours dans une situation de détresse, de précarité importante et de dépression qui empêche toute activité. Je note donc l'incapacité à 100 % de ce patient d'une part physique, car il est au bout de ce qu'il peut faire, et d'autre psychique découlant de la première. »

14. Le 23 septembre 2016, l'OAI, se fondant sur l'avis établi par le SMR le 23 septembre 2016, a maintenu ses conclusions.

15. Ce courrier a été adressé à l'assuré et la cause gardée à juger.

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 1^{er} 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).

2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable.

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le présent recours est recevable.

4. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations AI.

5. a. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 1^{er} janvier 2008).

b. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

6. a. Pour pouvoir

calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

7. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I.514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI : « L'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être

Sur cette base, l'OAI a considéré que l'assuré était incapable de travailler à 100% du 1^{er} février au 30 août 2014, et à 40% du 1^{er} septembre au 31 décembre 2014, et qu'il avait retrouvé une capacité de travail entière dès le 1^{er} janvier 2015. La chambre de céans a toutefois constaté que le Dr C_____ avait délivré à l'assuré des certificats d'incapacité entière de travail de janvier à mai 2015. Invité à préciser ce qu'il en était, le Dr C_____ a expliqué, par courrier du 22 juillet 2016, que la période durant laquelle « on aurait pu imaginer que le patient reprenne une activité professionnelle » avait en réalité duré peu de temps, celui-ci « s'enfonçant physiquement et psychiquement dans une dépression et un burn-out incompatible avec la reprise d'une activité professionnelle. ». Le médecin conclut, de manière quelque peu contradictoire, que l'assuré peut exercer son activité antérieure intellectuellement, mais est fortement limité par son handicap physique. Or, il a déjà été relevé que l'activité antérieure respectait précisément les limitations fonctionnelles. Aucune aggravation de l'état de santé physique n'est par ailleurs alléguée. Le médecin fait enfin état d'une grande précarité, laquelle ne peut être prise en considération dans le cadre du présent litige. On ne saurait en effet parler d'invalidité au sens de l'AI que si l'incapacité de gain ou l'impossibilité d'accomplir ses travaux habituels résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Autrement dit, il faut qu'il existe un lien de causalité entre ces deux éléments. Il n'y a pas de lien de causalité, et l'on n'est pas en présence d'un cas d'invalidité, lorsque l'incapacité de gain n'a pas été provoquée par une atteinte à la santé mais par d'autres facteurs, notamment par la situation économique (RCC 1989 p. 322). Force dès lors est de retenir les taux d'incapacité de travail auxquels a conclu l'OAI et de constater, partant, que l'assuré a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne, de 11 mois seulement, de février à août 2014 à 100% et de septembre à décembre 2014 à 40%, soit une durée insuffisante au sens de l'art. 28 al.1 LAI, pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Aussi le recours ne peut-il être que rejeté. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare le recours recevable.![endif]>![if> Au fond : 2. Le rejette.![endif]>![if> 3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant. ![endif]>![if> 4. 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.![endif]>![if> La greffière Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le