

GE_GERICHTE A/1288/2012 vom 28. Juni 2013

GE Cour de justice, 2013-06-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1288_2012

FR: GE_GERICHTE A/1288/2012 du 28 juin 2013

IT: GE_GERICHTE A/1288/2012 del 28 giugno 2013

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 28.06.2013
A/1288/2012

A/1288/2012 ATAS/690/2013 du 28.06.2013 (AI) , REJETE Recours TF déposé le 31.07.2013, rendu le 20.09.2013, IRRECEVABLE, 9C_548/2013 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1288/2012 ATAS/690/2013 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 28 juin 2013 3ème Chambre En la cause Monsieur N_____, domicilié à VERSOIX recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Monsieur N_____ (ci-après : l'assuré) est né en 1949 au Cameroun, où il a suivi une formation de médecin. Arrivé en Suisse en 1985, l'assuré a travaillé comme aide hospitalier puis chef du personnel dans une maison pour personnes âgées. Au chômage, il a occupé un emploi temporaire à la bibliothèque publique universitaire. En dernier lieu, il a travaillé dans un établissement médico-social (EMS), puis dès le 1 er janvier 2001, comme aide infirmier à l'hôpital X_____, à raison de 42,5 h./sem., pour un salaire mensuel de 3'691 fr. [endif]>[if> Le 21 janvier 2001, l'assuré a été hospitalisé suite à une dyspnée d'effort et à un état de décompensation cardiaque globale. Les diagnostics suivants ont alors été posés : décompensation cardiaque gauche, insuffisance aortique sévère, cardiomyopathie dilatée avec altération sévère de la fraction d'éjection, hypertension artérielle. Les médecins ont suggéré un remplacement valvulaire aortique en insistant cependant sur le risque opératoire, élevé, et le fait que l'assuré devrait peut-être ensuite recourir à une assistance circulatoire, voire à une greffe cardiaque en urgence. 2. Le 26 mars 2002, il a déposé une première demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OAI) en invoquant une insuffisance aortique.[endif]>[if> Par décision du 28 février 2003, confirmée sur opposition le 28 mars 2003, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré au motif qu'un poste de chef de personnel tel que celui qu'il avait occupé par le passé serait adapté à ses limitations et que l'exercice de ce genre d'activité, même à 50%, n'occasionnerait pas de perte de gain significative. Saisi d'un recours de l'assuré, le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS) a statué en date du 21 avril 2005 (ATAS/333/2005). Le Tribunal a évalué le degré d'invalidité de l'assuré à 24.3 %, taux dont il a constaté qu'il ouvrait à l'intéressé le droit à des mesures de réadaptation. En ce sens, le Tribunal a partiellement admis le recours et renvoyé la cause à l'OAI à charge d'approfondir la question des mesures professionnelles. 3. Le 24 juillet 2006, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une formation spécifique à l'utilisation des logiciels couramment utilisés en secrétariat et de cours de remise à niveau d'anglais, en vue d'un reclassement dans les domaines d'activités administratives et paramédicales. [endif]>[if> Par la suite, l'OAI a encore pris en charge les mesures professionnelles suivantes : cours spécialisés en informatique, aide à la mise en place de stages, poursuite de stages en milieu

professionnel, recherche d'un stage ou d'un emploi confiée aux Établissements publics pour l'intégration (EPI), poursuite de stages en milieu professionnel. Ce mandat de formation s'est achevé le 31 mars 2009. Les EPI ont alors conclu que l'assuré pouvait exercer à mi-temps et avec un rendement normal une activité administrative. 4. Par décision du 19 juin 2009, l'OAI a nié à l'assuré le droit à une rente ou à un reclassement.![endif]>![if> Le 17 juillet 2009, l'assuré a interjeté recours auprès du TCAS en expliquant être hospitalisé depuis le 15 juin 2009, suite à une aggravation de son état de santé (découverte d'un lymphome lymphoblastique diagnostiqué en juin 2009) Le Dr A_____, médecin-adjoint au service d'hématologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) a expliqué par courrier du 6 juillet 2010 qu'il s'agissait là d'une tumeur d'un haut degré de malignité. Elle avait nécessité plusieurs cures de chimiothérapie intensives de juin à octobre 2009. Une autogreffe de cellules souches périphériques avait ensuite été nécessaire. Au fil des multiples traitements administrés, le patient avait développé une pneumopathie et une cardiopathie dilatée probablement secondaires à la chimiothérapie. Il était ainsi clair que, depuis juin 2009, le patient avait été dans l'incapacité totale de travailler. Cette incapacité s'était prolongée en raison d'un état général insatisfaisant et d'une immu-dépression profonde. L'assuré avait au surplus développé une insuffisance médullaire deux mois après la transplantation des cellules souches périphériques. Cette insuffisance l'avait rendu encore plus sensible aux infections et avait nécessité la mise en place de facteurs de croissance hématopoïétiques. Le médecin concluait en indiquant que la reprise d'une activité à 50 % était envisageable sur le moyen-long terme. L'OAI, après consultation de son Service médical régional (SMR) a alors accepté de reprendre l'instruction du dossier et la cause lui a été renvoyée pour nouvelle décision (cf. arrêt du TCAS du 26 août 2010, ATAS/868/2010).

5. Par décision du 4 avril 2012, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} août 2009 et à une rente entière à compter du 1^{er} novembre 2009, mais limitée dans le temps au 30 septembre 2011.![endif]>![if> L'OAI a constaté que l'état de santé de l'assuré s'était effectivement dégradé entre juin 2009 et juillet 2011, période durant laquelle son incapacité de gain a été jugée totale. Ce n'était qu'à compter du 1^{er} août 2009 que le délai d'une année à 40% d'incapacité moyenne avait été atteint (9 mois à 24% + 4 mois à 100% donnant un taux moyen de 43%). L'incapacité de gain totale à l'issue de la période de carence constituait un cas de révision qui ouvre droit à une rente entière dès le 1^{er} novembre 2009. L'OAI a considéré que l'état de santé de l'assuré s'était ensuite amélioré au point qu'il avait recouvré sa capacité de gain initiale (soit 24%) en juillet 2011, raison pour laquelle il a supprimé la rente dès la fin du mois de septembre 2011. 6. Par écriture du 3 mai 2012, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. En substance, le recourant explique avoir bénéficié de mesures de réadaptation diverses jusqu'en mars 2009, sans qu'aucun poste stable n'ait pu lui être offert.![endif]>![if> Le recourant souligne que son état s'est aggravé en juin 2009 déjà. Il indique avoir repris une activité à 50 % le 12 août 2011. Il s'étonne que sa rente soit calculée sur d'autres bases que ses indemnités journalières dont il demande qu'elles lui soient versées au-delà du 1^{er} avril 2009, date à laquelle il y a été mis un terme. En conclusion, il demande l'octroi d'une demi-rente au motif qu'il ne pourra plus travailler à plein temps. 7. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 28 juin 2012, a conclu au rejet du recours. ![endif]>![if> L'intimé fait remarquer que, contrairement à ce que semble croire le recourant, il n'est nullement contesté que ce dernier ne peut plus exercer une activité à temps complet. Il explique que c'est d'ailleurs pour cela que le calcul du degré d'invalidité a été opéré en tenant compte d'un revenu d'invalidé réalisé à 50% et se réfère à l'arrêt rendu par le Tribunal cantonal le 21 avril 2005, fixant le

degré d'invalidité à 24,3 %. Quant au calcul de rente, l'intimé se réfère aux explications données par la CAISSE CANTONALE GENEVOISE DE COMPENSATION (ci-après : la caisse) qui, le 25 mai 2012, a répondu aux diverses interrogations du recourant. La caisse a notamment expliqué que les indemnités journalières servies dans le cadre de l'AI sont calculées sur la base du revenu que l'assuré percevait avant le début des mesures alors que le montant des rentes est déterminé par les années de cotisations, les revenus provenant d'une activité lucrative ainsi que les bonifications pour tâches éducatives ou tâches d'assistance. En l'occurrence, la caisse a constaté que l'assuré comptait 22 ans de cotisation et un revenu annuel moyen de 48'248 fr., ce qui conduit à une rente de 262 fr. par mois avant partage des revenus, et de 242 fr. par mois après partage des revenus (pour une rente entière : 968 fr. par mois, respectivement 985 fr. par mois à compter du 1^{er} janvier 2011).

8. Le 9 juillet 2012, l'assuré a persisté dans ses conclusions. Il soutient qu'il devrait continuer à bénéficier des indemnités journalières dans l'attente que la Cour de céans statue et fait remarquer par ailleurs qu'il est séparé de son épouse depuis 2008. 9. Une audience de comparution s'est tenue en date du 30 août 2012. Le recourant a demandé l'octroi d'une rente dès le mois d'avril 2009. Dans le même temps, il a également réclamé que le versement des indemnités journalières soit prolongé au-delà du mois d'avril 2009. L'intimé lui a expliqué que les indemnités en question étaient en relation avec les mesures professionnelles mises en place, lesquelles ont pris fin au mois de mars 2009. Le recourant s'est ensuite étonné du mode de calcul de sa rente, alléguant qu'il pensait qu'il s'agissait d'un forfait. Il a répété être désormais incapable de travailler à plus de 50% et a demandé qu'il en soit tenu compte. Ce à quoi l'intimé a répondu que tel avait été le cas.

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; RS E 2 05) en vigueur depuis 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). La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.

3. En premier lieu, le recourant semble contester la date à partir de laquelle l'intimé lui a reconnu le droit à une rente. Il allègue que son état de santé s'est aggravé en juin 2009 déjà. Ce fait n'est pas contesté par l'intimé. Si le droit à la rente n'a pas débuté en juin 2009 déjà, c'est qu'en vertu de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, l'assuré n'a droit à une rente que s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable. Il y a lieu à cet égard de se référer au calcul de l'incapacité de travail moyenne effectué par l'intimé.

4. En second lieu, le recourant conteste le degré d'invalidité qui lui a été reconnu, alléguant qu'il ne peut plus travailler à plein temps. Il admet en revanche avoir retrouvé en juillet 2009, la capacité de travail qui était la sienne avant que le cancer ne soit diagnostiqué. En effet, à compter de juillet 2009, l'assuré a repris son activité – certes non rémunérée le premier mois – à 50%. Force est de constater qu'il a ainsi recouvré la capacité de travail qui était la sienne avant l'aggravation transitoire de son état de santé, de sorte que le degré d'invalidité de 23,4 % retenu à l'époque est toujours valable. Il n'y a pas lieu d'y revenir puisque ce taux d'invalidité a fait l'objet d'un arrêt entré en force et que le recourant n'allègue pas que son état, en juillet 2009, serait différent de celui qui était le sien en mars 2003. C'est donc à juste titre que l'intimé a considéré qu'il y avait eu amélioration de l'état de santé en juillet 2011 et a supprimé la rente trois mois plus tard, en application de l'art.

88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI ; RS 831.201). **5.** En troisième lieu, le recourant demande que des indemnités journalières lui soient versées au-delà du mois de mars 2009. Il ne saurait être accédé à cette demande dans la mesure où l'assuré n'a droit aux indemnités journalières que pendant l'exécution des mesures de réadaptation (art. 22 al. 1 LAI). Or, en l'occurrence, ces dernières se sont bel et bien terminées à la fin du mois de mars 2009. **6.** Enfin, le recourant s'est interrogé sur le calcul de sa rente d'invalidité, dont il pensait qu'il correspondait à un "forfait minimum". A cet égard, il y a lieu de le renvoyer aux explications détaillées fournies par la caisse de compensation dans son écriture du 25 mai 2012 quant au calcul du montant de la rente, calcul qui n'apparaît au demeurant aucunement critiquable. **7.** Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté comme manifestement infondé. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :** Statuant A la forme : **1.** Déclare le recours recevable. **2.** Au fond : **2.** Le rejette. **3.** Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant. **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. **La greffière Marie-Catherine SECHAUD La Présidente Karine STECK** Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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