

GE_GERICHTE A/3603/2010 vom 21. Dezember 2010

GE Cour de justice, 2010-12-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3603_2010

FR: GE_GERICHTE A/3603/2010 du 21 décembre 2010

IT: GE_GERICHTE A/3603/2010 del 21 dicembre 2010

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 21.12.2010
A/3603/2010

A/3603/2010 ATAS/1323/2010 du 21.12.2010 (AI) , PARTIELMNT ADMIS En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3603/2010 ATAS/1323/2010 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 2 du 21 décembre 2010 En la cause Monsieur I _____, domicilié au Grand-Lancy recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Monsieur I _____ (ci après l'assuré), né en 1978, est arrivé en Suisse en 1996, après avoir obtenu une maturité, section dessin technique, au Kosovo. Il a exercé divers emplois dans le jardinage, la maçonnerie, le transport, la peinture, le déménagement sur des courtes périodes entre juin 2000 et novembre 2005, entrecoupées de périodes de chômage de décembre 2001 à juin 2003. Il est inscrit au chômage depuis février 2006 et bénéficie depuis lors d'indemnités de chômage, ainsi que d'une mesure cantonale de placement de février à août 2008. Il est assisté par l'Hospice général depuis le 1er juillet 2010. L'assuré a déposé le 30 juin 2010 une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office de l'assurance invalidité du canton de Genève (OAI), en raison d'un accident survenu le 25 janvier 2007, selon le certificat médical de l'Hôpital de Nyon, qui mentionne uniquement une entrée le 25 janvier 2007 à 18 h 19. Selon les certificats d'arrêt de travail et autres attestations produits par l'assuré en annexe à sa demande, a) il est totalement incapable de travailler : dès le 26 janvier 2007 (pour cause d'accident) selon le Dr L _____, de la permanence de Vermont, puis selon le Dr M _____ du 1 er mai au 4 juin 2007, le traitement de l'accident étant terminé le 6 juin 2007; du 1 er juillet au 1 er août 2007 (pour cause d'accident) selon le Dr M _____; du 4 au 6 juin 2008 (pour cause de maladie) selon le Dr N _____ du service de médecine de premier recours de l'hôpital (HUG); du 9 au 16 mars 2009 (pour cause de maladie) selon le Dr M _____. b) il est suivi à la consultation du Dr O _____ depuis le 29 septembre 2009 et, selon certificat du 3 novembre 2009, il sera réexaminé le 23 novembre 2009, la partie réservée à la mention d'incapacité de travail étant barrée. L'assuré produit deux certificats de ce médecin, le premier, daté du 27 octobre 2009, atteste que le patient l'a consulté ce jour pour un syndrome vertébral aigu et doit rester à la maison une semaine, le second, daté du 1er décembre 2009, atteste d'une totale incapacité de travail du 1 er décembre 2009 au 15 janvier 2010. c) il consulte le Dr P _____ aux HUG le 18 mars 2009 pour cause de maladie, la partie du certificat réservée à la détermination de l'incapacité de travail étant aussi barrée. Selon le rapport du 3 août 2010 du Dr M _____, ce médecin ne peut pas donner d'appréciation sur ce patient qu'il n'a pas vu depuis le 10 août 2009. Selon le rapport du Dr Pierre O _____ du 8 août 2010, il a suivi l'assuré du 29 septembre 2009 au 3 août 2010, pour des cervico-lombalgies et des douleurs généralisées, mal systématisées. Il

n'y a pas de limitations fonctionnelles, les traitements sont restés sans effet, l'activité professionnelle exercée est exigible à 100%, le médecin inscrivant des points d'interrogation aux questions concernant une incapacité de travail attestée, une limitation de rendement, etc. Selon l'avis du service médical régional AI (SMR) du 25 août 2010, l'assuré présente, sur la base de l'avis du Dr O _____, un état douloureux généralisé depuis mai 2007 sans aucun effet sur sa capacité de travail entière, théoriquement, depuis toujours, sans aucune limitation fonctionnelle justifiée, ni affection psychiatrique relevée. Par projet de décision du 27 août 2010, l'OAI rejette la demande, motif pris qu'il ressort des éléments du dossier que l'assuré n'est pas invalide au sens de la loi. Par décision du 29 septembre 2010, l'OAI confirme son projet et transmet à l'assuré son dossier le 26 octobre 2010. Par pli du 22 octobre 2010, l'assuré interjette recours contre la décision et conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. La décision indique à tort qu'il n'est pas invalide, dès lors qu'il souffre de fortes douleurs dans la nuque et le dos, ainsi que de fatigue chronique, de pertes de connaissance et de vertiges, ce qui l'empêche totalement de travailler depuis juin 2008. Par pli du 16 novembre 2010, croyant que le délai accordé à l'OAI pour se déterminer le concernait, l'assuré indique qu'il produira sa réponse et son dossier. Le Tribunal a accordé un délai au 26 novembre 2010 à l'assuré pour produire toutes les pièces médicales pertinentes et, en particulier, un rapport médical circonstancié de son médecin traitant. Par pli du 22 novembre 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours, dès lors que sur la base du rapport du médecin traitant de l'assuré, le Dr O _____, le droit aux prestations n'est pas ouvert, faute d'atteinte invalidante. Le délai fixé à l'assuré a été prolongé au 3 décembre 2010. L'assuré a adressé au Tribunal l'intégralité de son dossier le 1^{er} décembre 2010, soit une copie de celui de l'OAI, ainsi que le certificat d'arrêt de travail à 100% depuis le 15 octobre 2010 du Dr O _____. Par pli du 3 décembre 2010, le Dr O _____ indique que l'assuré est suivi à sa consultation depuis le 29 septembre 2009. Il présente des cervicalgies et lombalgies chroniques non déficitaires. Après avoir adressé le patient à la consultation de la douleur aux HUG, il s'avère que celui-ci présente un état dépressif sévère, ce qui a motivé le Dr O _____ à changer d'avis par rapport à celui donné le 8 août 2010 à l'OAI. Il suggère une expertise psychiatrique et un suivi à la consultation multidisciplinaire. La cause a été gardée à juger le 7 décembre 2010. EN DROIT a) La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. b) 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 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, l'objet du litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité dès le 30 novembre 2010, la demande ayant été déposée le 30 juin 2010. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 3852), et celles du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008. a) L'art. 69 al. 1 LAI prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet

d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.

b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 27 août 2010, qui a été confirmé par la décision du 29 septembre 2010, contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 22 octobre 2010. c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).

a) 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 LPGA). 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 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

b) Selon l'art. 28 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 rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (al. 1). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2) : 40 % au moins donne droit à un quart de rente; 50 % au moins à une demi-rente; 60 % au moins à un trois quarts de rente et 70 % au moins à une rente entière. Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente 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, mais pas avant le mois qui suit le 18 e anniversaire de l'assuré. c) 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). 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 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 convient 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3). d) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité). Dans le cas d'espèce, l'assuré sollicite une rente entière d'invalidité, le 30 juin 2010, alléguant d'importantes douleurs, vertiges, fatigue et pertes de connaissance l'empêchant de travailler depuis 2008. Or, aucun document d'ordre médical n'atteste d'une atteinte invalidante, c'est-à-dire d'une affection dont les conséquences empêchent ou limitent l'assuré dans l'activité professionnelle exercée jusque là et dans une activité adaptée à ses limitations. Son médecin traitant fait état de douleurs généralisées peu systématisées, précisant que le patient ne présente aucune limitation fonctionnelle et aucune incapacité de travail. Cet avis n'est contredit par aucun autre rapport médical. Hormis l'incapacité de travail de 6 mois consécutive à un accident le 25 janvier 2007, l'assuré n'a pas subi d'incapacité de travail de longue durée depuis lors, les arrêts de travail étant de quelques jours. Les deux médecins traitants qui l'ont suivi sur une assez longue période entre janvier 2007 et août 2010 ne mentionnent absolument pas les graves symptômes allégués (vertiges, pertes de connaissance), existant selon l'assuré depuis 2008. Sollicité en août 2010, le Dr O _____ affirme qu'il n'y a pas de limitations fonctionnelles, que les traitements sont restés sans effet et que l'activité professionnelle exercée est exigible à 100%. Compte tenu des arrêts de travail tout de même prescrits, le Tribunal a interrogé à nouveau ce médecin qui affirme avoir changé d'avis, l'assuré souffrant d'un état dépressif sévère. Le Tribunal retiendra donc, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assuré n'est pas incapable de travailler pour des raisons somatiques, aucun médecin ne retenant une affection médicale invalidante à cet égard. Il s'avère pour la première fois lors de l'instruction ordonnée par le Tribunal que l'assuré serait incapable de travailler pour des troubles psychiques. S'il est vrai que l'assuré a fait état de vertiges et autres troubles et que le dossier contient des certificats d'arrêt de travail, on ne peut pas reprocher à l'OAI de ne pas avoir investigué l'aspect psychiatrique, à défaut

d'allégués et de rapport médical à ce sujet. Toutefois, il faut aujourd'hui retenir que la dépression sévère mentionnée, si elle est confirmée, est peut-être antérieure à la demande du 30 juin 2010 et à la décision du 29 septembre 2010, de sorte que le recours sera partiellement admis et que le dossier sera renvoyé à l'OAI pour instruction complémentaire dans ce sens, dans un premier temps en sollicitant l'avis des médecins traitants de l'assuré, puis, le cas échéant, en mettant en place une expertise psychiatrique. Le recours est donc partiellement admis. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006, a apporté des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGa). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). Le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Toutefois, compte tenu du fait que l'instruction diligentée par l'OAI n'est pas critiquable, le Tribunal renonce à la perception d'un émolument. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement et renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants. Renonce à la perception d'un émolument. 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 Florence SCHMUTZ La présidente Sabina MASCOTTO 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.