

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/193/2011

ATAS/588/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 1^{er} juin 2011

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur S_____, domicilié à Meyrin, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Me Thierry STICHER

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Rosa GAMBA et Olivier LEVY, Juges
assesseurs**

Attendu en fait que Monsieur S_____, né en 1955 (ci-après l'assuré ou le recourant), a travaillé en tant qu'ébéniste indépendant du 13 juin 1985 au 21 décembre 2007, date de la radiation de sa raison individuelle au Registre du commerce ;

Qu'en raison de maux de dos, de douleurs, d'une fatigue chronique et d'apnées du sommeil, l'assuré a été en incapacité de travail totale dès le 29 août 2006 ;

Que l'assurance perte de gain maladie HELSANA a versé des indemnités journalières durant 730 jours, soit jusqu'au 27 août 2008 ;

Que l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OAI) en date du 26 avril 2007 ;

Que dans un rapport du 28 juin 2007, le Dr A_____, médecin généraliste, a diagnostiqué notamment des lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs, un syndrome d'apnée du sommeil, un trouble dysthymique chronique; que l'assuré a été en incapacité de travail à 100 % du 19 août 2005 au 26 août 2005, à 50 % du 29 août 2006 au 1^{er} novembre 2006, à 75 % du 2 novembre 2006 au 31 janvier 2007, puis à 50 % dès le 1^{er} février 2007 ;

Que selon le Dr B_____, spécialiste FMH en médecine interne, médecin traitant, l'assuré souffre d'une scoliose lombaire entraînant une incapacité de travail de 50 % du 29 août 2006 au 15 avril 2007 et de 75 % dès le 16 avril 2007 dans l'activité d'ébéniste; qu'une activité adaptée serait exigible dans une proportion de 50 à 100 % ;

Que le Dr C_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a décrit cliniquement une scoliose importante avec une gibbosité dorsale paravertébrale gauche, les radiologies ayant montré une double scoliose dorso-lombaire importante, avec un phénomène de "Drehgleiten" en L2-L3 et en L1-L2 ;

Que dans un rapport du 27 août 2007, la Dresse D_____, de l'Hôpital de la Tour, a diagnostiqué des lombalgies invalidantes sur une importante scoliose dorsolombaire entraînant une incapacité de travail de 50 % dans l'activité d'ébéniste depuis le 29 août 2006; que dans une activité légère, avec alternance des positions, la capacité de travail est de 4 h par jour, vu la diminution de rendement ;

Que dans un projet d'acceptation de rente du 25 juin 2008, l'OAI a reconnu à l'assuré un degré d'invalidité de 68 % ouvrant droit à trois quarts de rente du 29 août 2007 au 1^{er} janvier 2008, date à laquelle le droit à la rente est supprimé, motif pris qu'après comparaison des gains, il n'existe plus de perte économique ;

Que l'assuré a sollicité une reconversion professionnelle ;

Que par décision du 2 octobre 2008, l'assuré a été mis au bénéfice d'une orientation professionnelle ainsi que d'indemnités journalières du 17 novembre 2008 au 19 décembre 2008 ;

Que la décision de rente a été notifiée à l'assuré le 3 décembre 2008 ;

Que dans un rapport d'observation du 5 janvier 2009, le formateur de l'OAI a relevé que la scoliose du dos allait en s'aggravant ;

Que par courrier du 9 novembre 2009, le Dr B_____ a demandé à l'OAI la réouverture du dossier de son patient, au motif que la reconversion professionnelle s'était soldée par un échec et que son état de santé s'était aggravé, ce que l'assuré a confirmé le 4 janvier 2010 ;

Qu'à la demande de l'OAI, l'assuré a produit divers rapports médicaux afin de rendre plausible une aggravation de son état de santé ;

Que dans un rapport du 18 février 2010, le Dr B_____ a diagnostiqué des lombalgies chroniques incoercibles, une importante scoliose dorso-lombaire gauche et des enthésopathies proximales des ischio-jambiers depuis 2009 entraînant une incapacité de travail de 100 % depuis le 1^{er} septembre 2009; qu'il a joint divers rapports médicaux en annexe à son rapport ;

Que le Dr E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, médecin du SMR, a examiné l'assuré en date du 29 juillet 2010, concluant à une incapacité de travail totale dans l'activité d'ébéniste, mais à une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 25 %, depuis août 2006 ;

Que par décision du 2 décembre 2010, l'OAI a refusé d'octroyer des prestations au recourant, au motif que son état de santé était globalement le même que celui qui prévalait en 2008 ;

Que l'assuré, représenté par ASSISTA TCS, interjette recours le 18 janvier 2011, alléguant que contrairement à ce que soutient l'intimé, son état de santé s'est aggravé; qu'il conclut à la mise en oeuvre d'une expertise et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité ;

Que dans sa réponse du 10 mars 2011, l'OAI conclut préalablement à la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire, se fondant sur l'avis du SMR du 3 mars 2011, et réserve ses observations sur le fond ;

Qu'en date du 2 mai 2011, Me Thierry STICHER s'est constitué pour la défense des intérêts du recourant et a produit une attestation établie en date du 1^{er} mai 2011 par le Dr F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, selon laquelle l'assuré présente une scoliose qui au fil des années et en raison de l'incapacité des éléments anatomiques constitutifs de maintenir à son âge la déformation, il y a un tassement avec un effet de

vrille de la colonne qui progressivement s'aggrave et augmente, entraînant une augmentation des douleurs et que l'appréciation d'une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée est fautive au regard de la situation médicale ;

Que lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 4 mai 2011, les parties ont sollicité une expertise judiciaire ;

Attendu en droit que 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 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) ;

Que sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie ;

Que le recours est recevable (art. 5 et 60 LPGA) ;

Que lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impuissance ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée à influencer ses droits (art. 78 al. 2 du Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI; RS 831.201) ;

Qu'en l'espèce, le médecin traitant du recourant a sollicité la réouverture du dossier, motif pris que l'état de santé de son patient s'était aggravé ;

Que le recourant a produit divers rapports médicaux, dont un rapport du Dr F_____ faisant état d'une détérioration de la situation médicale ;

Qu'il convient de rappeler que l'autorité administrative doit constater d'office les faits déterminants, c'est-à-dire toutes les circonstances dont dépend l'application des règles de droit (ATF 117 V 261 consid. 3 p. 263; T. LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Bern 1994, t. 1, p. 438) ;

Que l'administration est ainsi tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure, et en particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier des aspects médicaux (ATF 117 V 282 consid. 4a p. 283; RAMA 1985 p. 240 consid.4; LOCHER loc. cit.) ;

Que de son côté, le juge qui considère que les faits ne sont pas suffisamment élucidés peut renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction ou procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (RAMA 1993 p. 136); en matière

d'assurance-invalidité, la première solution est en principe préférée (ATFA I 431/02 du 8 novembre 2002) ;

Qu'en l'état actuel du dossier, la Cour de céans n'est pas à même de tirer des conclusions définitives quant à l'aggravation de santé et à ses conséquences sur la capacité de travail du recourant ;

Que dans son avis du 3 mars 2011, le SMR admet en effet qu'une évaluation neurologique, éventuellement neurologique et rhumatologique, serait souhaitable ;

Qu'il apparaît ainsi que des investigations médicales complémentaires sont nécessaires pour déterminer si l'état de santé de l'assuré, en particulier sur le plan orthopédique, neurologique, voire rhumatologique, s'est aggravé de manière à influencer sa capacité de travail et son droit aux prestations.

Que la cause n'étant pas suffisamment instruite pour permettre à la Cour de céans de se prononcer, il convient de la renvoyer à l'intimé pour instruction complémentaire puis nouvelle décision, étant rappelé qu'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 (cf. ATF 122 V 163 consid. 1d, RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206) ;

Qu'eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé afin qu'il mette en œuvre sans délai une expertise pluridisciplinaire, invite les médecins à se déterminer sur l'évolution de l'état de santé du recourant et ses répercussions sur son droit aux prestations de l'assurance-invalidité et rende une nouvelle décision ;

Que le recourant, représenté par un mandataire, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la Cour de céans fixe en l'occurrence à 1800 fr. (art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 LPA ; RS E 5 10) ;

Qu'au vu de l'issue du litige, un émolument de 500 fr. est mis à la charge de l'intimé (art. 69al.1bis LAI) ;

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision du 2 décembre 2010.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
4. Condamne l'intimé à payer au recourant la somme de 1'800 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
6. 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

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le