

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2274/2015

ATAS/704/2015

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 21 septembre 2015**

**6<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à VERSOIX

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,  
Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1968, de nationalité française, a fait l'objet, le 17 juillet 2013, d'une communication à la détection précoce de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) par l'Hospice général.
2. Le 27 août 2010, le service des urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) a rendu un résumé suite au séjour de l'assuré du 27 août 2010, en raison d'une thrombose veineuse profonde, où il lui a été prescrit un traitement pour anticoagulation.
3. Le 20 mai 2011, la doctoresse B\_\_\_\_\_, médecin adjointe au service de médecine de premiers secours aux HUG, a attesté du fait que l'assuré était suivi depuis le mois de septembre 2010 pour des problèmes de santé importants, touchant plusieurs organes, nécessitant un suivi médical régulier.
4. Le 24 mai 2011, la Dresse B\_\_\_\_\_ a certifié une incapacité de travail totale de l'assuré du 6 au 27 mai 2011, prolongé le 31 mai 2011 jusqu'au 10 juin 2011.
5. Du 19 mars au 13 avril 2012, l'assuré a suivi un stage d'évaluation à l'emploi aux Etablissements publics pour l'intégration (EPI) et indiqué à cette occasion qu'il souhaitait trouver un emploi dans le domaine de la conduite, l'accompagnement de personnes dépendantes, comme huissier, dans la distribution de courrier / colis; il est constaté qu'une activité de 100% est difficilement envisageable en raison des problèmes de santé.
6. Le 24 septembre 2012, le médecin-conseil de l'Hospice général a indiqué que l'assuré était capable de travailler à 50% dans un environnement sans poussière; l'assuré devait être encouragé à faire son suivi médical.
7. Il ressort du formulaire "guide de l'entretien détection précoce", signé le 14 août 2013, que l'assuré est en incapacité de travail depuis le mois de juillet 2010 en raison de thromboses, embolie pulmonaire, hémophilie en raison d'un traitement au Sintrom, fatigue, asthme, essoufflement, carences en magnésium et en potassium; il exerçait auparavant comme chauffeur de taxis, puis chauffeur chez C\_\_\_\_\_ SA à 70%, depuis 2009 jusqu'en 2010, pour un salaire de CHF 2'400.- par mois; il était suivi par l'Hospice général depuis 2010; son médecin préconisait un emploi à temps partiel sans risque de blessures.
8. Le 14 août 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité.
9. Le 13 septembre 2013, C\_\_\_\_\_ SA a rempli le questionnaire pour l'employeur en indiquant un engagement de l'assuré du 1<sup>er</sup> avril 2009 au 3 mai 2010, à raison de 31h15 par semaine depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010, étant précisé que l'horaire de travail normal dans l'entreprise était de 45h par semaine; il avait reçu en 2009 CHF 18'590.72 et en 2010 CHF 13'708.40.

10. Le 15 novembre 2013, la Dresse B\_\_\_\_\_ a rempli un rapport médical AI en indiquant un diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de polyneuropathie des membres inférieurs d'origine mixte (2010), entorse genou gauche (septembre 2013), trouble dépressif chronique (2013) et possible trouble de la personnalité (2010). Elle a relevé les diagnostics suivants, sans répercussion sur la capacité de travail : status post thrombose veineuse profonde du membre inférieur gauche en août 2010 puis status post embolie pulmonaire bilatérale en mai 2011 dans un contexte de mutation hétérozygote du facteur 2 (2010), status post anémie macrocytaire hypochrome d'origine mixte (sur probable déficit vitaminique, toxicité OH, spoliation digestive sur érosion bulbaire) (2010), status post hypokaliémie sévère avec QT long sur probable malnutrition (2012), hépatopathie d'origine probablement alcoolique, carence en vitamine D et asthme anamnestique (depuis l'enfance). Elle suivait l'assuré depuis le 31 août 2010. Il avait été suivi en 2010 pour une thrombose veineuse profonde, puis en mai 2011 pour une aggravation des œdèmes des membres inférieurs bilatéraux et avait été hospitalisé pour une anémie sévère, une hypokaliémie sévère et des embolies pulmonaires; une polyneuropathie des membres inférieurs était mise en évidence; il était hospitalisé à nouveau en 2012; il présentait d'importantes carences alimentaires; en février 2013, il avait présenté une entorse de la cheville droite et, en septembre, une contusion / fracture de la patella (genou gauche); il présentait aussi un trouble dépressif chronique depuis 2010 et un éventuel trouble de la personnalité (conjointement à l'égard de ses problèmes de santé marqués par des ruptures fréquentes de suivi); il pouvait exercer une activité uniquement en position assise en raison du problème au genou qui devait évoluer favorablement.
11. Par communication du 27 janvier 2014, l'OAI a informé l'assuré que des mesures de réadaptation n'étaient actuellement pas possibles.
12. Le 18 juin 2014, la Dresse B\_\_\_\_\_ a écrit à l'OAI qu'elle ne pouvait donner d'informations concernant l'état de santé de l'assuré, dès lors que celui-ci n'avait pas été revu depuis le 29 novembre 2013.
13. Le 26 août 2014, la Dresse B\_\_\_\_\_ a rempli un rapport médical intermédiaire AI indiquant un état de santé stationnaire, avec la quasi disparition des gonalgies; l'assuré avait été vu le 25 juillet 2014; la capacité de travail était totale comme chauffeur, moyennant l'abstention de prise d'alcool durant les heures de travail.
14. Le 30 mars 2015, les docteurs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_, du SMR, ont indiqué qu'il n'y avait pas d'atteinte à la santé durable incapacitante.
15. Par communication du 27 avril 2015, l'OAI a informé l'office cantonal genevois des automobiles qu'il existait des doutes quant à l'aptitude à conduire de l'assuré.
16. Par projet de décision du 30 avril 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré en constatant que celui-ci bénéficiait d'une capacité de travail totale.
17. Par décision du 8 juin 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré.

18. Le 25 juin 2015, l'assuré a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée, en indiquant qu'il présentait des problématiques de santé sévères et qu'il devait investiguer prochainement une éventuelle tumeur au poumon; depuis mars 2015, il avait une paralysie; la Dresse B\_\_\_\_\_ pouvait confirmer ces faits.

Il a transmis :

- un résumé de séjour du 27 mars 2015 au service des urgences des HUG en raison d'une baisse de l'état général; il se plaignait d'insensibilité sur tout le corps, de peine à marcher, d'une vision trouble; l'examen était rassurant; il lui était prescrit du magnésium pour mieux absorber le potassium;
  - un rapport du service de neurologie des HUG du 24 août 2015 suite à un bilan; le docteur F\_\_\_\_\_, chef de clinique, a posé le diagnostic de ganglionopathie possiblement d'origine paranéoplasique; l'assuré présentait, depuis deux mois et demi environ, une asthénie associée à une perte de poids et des sudations nocturnes. S'y associait également l'apparition relativement brutale en quelques jours d'une hypoesthésie de l'entièreté du corps associée à ce qu'il décrivait comme étant une démarche vraisemblablement ataxiante. Dans ce contexte, une ganglionopathie était suspectée, qui était confirmée par l'examen électroneuromyographique réalisé par le docteur G\_\_\_\_\_. L'origine paranéoplasique était la plus fréquemment responsable de ce type de prestation clinique et neurophysiologique (syndrome de Denny-Brown), raison pour laquelle un scanner thoraco-abdomino-pelvien avait été effectué et n'avait révélé aucune anomalie particulière. Compte tenu du fait que la prise en charge tendait à s'étendre sur le temps, le Dr F\_\_\_\_\_ proposait une hospitalisation de l'assuré dans le but de réaliser un PET-CT du corps entier, une ponction lombaire, un complément d'EMG et d'instaurer, le cas échéant, une immunoglobulinothérapie et un traitement dédié à l'éventuelle pathologie oncologique sous-jacente. Une hospitalisation était prévue le 29 juin 2015.
19. Le 21 juillet 2015, le Dr E\_\_\_\_\_, du SMR, a relevé que l'état de santé de l'assuré s'était manifestement dégradé après la décision de l'OAI et qu'il était nécessaire de demander des informations complémentaires pour évaluer l'état de santé actuel de l'assuré.
20. Le 28 juillet 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours en relevant que les médecins-traitants avaient tous mentionné une capacité de travail totale et que l'état de santé de l'assuré s'était dégradé postérieurement à la décision litigieuse.
21. Le 14 août 2015, l'assuré a répliqué en relevant que le médecin conseil de l'Hospice général avait préconisé une activité à 50% et non pas à 100%, alors que son état de santé était nettement meilleur; actuellement, il n'avait plus de sensations dans tout le corps et marchait très difficilement; il demandait à la Dresse B\_\_\_\_\_ de communiquer des éléments plus précis.

22. Le 24 août 2015, l'OAI a observé que l'assuré indiquait que l'aggravation de son état de santé était actuelle, soit postérieure à la décision litigieuse.
23. Sur quoi, la cause a été 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 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. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).
3. Est litigieux le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement la question de savoir si la dégradation de son état de santé, confirmé par l'intimé, est postérieure la décision litigieuse.
4. 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 1<sup>er</sup> janvier 2008).
5. 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).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons

pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

6. De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1 p. 243, 121 V 362 consid. 1b p. 366 ; ATF 9C\_488/2012, du 25 janvier 2013, consid. 3.1).
7. En l'espèce, la décision litigieuse prend en compte une capacité de travail totale du recourant; or, celui-ci fait valoir une dégradation de son état de santé entraînant une incapacité de travail totale.

L'intimé a admis que l'état de santé du recourant s'était manifestement dégradé, en se ralliant à l'avis du Dr E\_\_\_\_\_ du 21 juillet 2015. Cependant, il considère que cette modification est survenue postérieurement au 8 juin 2015, date de la décision litigieuse, de sorte que celle-ci pouvait être confirmée.

La chambre de céans constate toutefois, au vu des pièces médicales au dossier, que ce point de vue est erroné. En effet, le recourant a été hospitalisé le 27 mars 2015, en raison d'une baisse de l'état général (rapport des HUG du 27 mars 2015), et, le 24 juin 2015, le Dr F\_\_\_\_\_ a confirmé un diagnostic de ganglionopathie, possiblement d'origine paranéoplasique, avec des symptômes présents depuis environ deux mois et demi, soit antérieurement au 8 juin 2015; il a indiqué que des investigations étaient nécessaires (rapport du service de neurologie des HUG du 24 juin 2015).

L'aggravation de l'état de santé invoquée est ainsi survenue antérieurement au 8 juin 2015, date de la décision litigieuse, de sorte que l'intimé ne pouvait, à cette date, se fonder sur une capacité de travail totale du recourant entraînant un refus des prestations. Vu l'aggravation de l'état de santé du recourant, il incombe à l'intimé de

repandre l'instruction médicale du dossier, afin d'établir précisément la capacité de travail de celui-ci et de rendre une nouvelle décision.

8. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction médicale complémentaire et nouvelle décision.

La procédure en assurance-invalidité n'étant pas gratuite, l'intimé, qui succombe, supporte l'émolument de CHF 500.- (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 8 juin 2015.
4. Renvoie la cause à l'intimé dans le sens des considérants.
5. Met un émolument de CHF 500.- 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

Alicia PERRONE

Valérie MONTANI

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