

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2443/2011

ATAS/1058/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 novembre 2011

5ème Chambre

En la cause

Monsieur D _____, domicilié à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître UDRY Patrick

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique STOLLER FÜLLEMANN , Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur D _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1966 et originaire de la Croatie, est naturalisé suisse en décembre 2006. Il est célibataire et sans enfants. En juin 1985, il obtient un diplôme de fin d'études secondaires et acquiert la qualification de collaborateur dans l'enseignement en Croatie. A la fin de l'année 1991, il entre en Suisse où il travaille en tant que serveur au room-service et responsable du minibar d'un hôtel, comme surveillant dans un musée, comme responsable du bar d'un restaurant, dans le contrôle de la facturation et du bilan à la fin de la journée, comme responsable du stock et des commandes d'un hôtel, ainsi que, dans le cadre d'emplois temporaires, comme commis administratif à la Caisse cantonale de chômage et comme aide-gestionnaire au Service des tutelles d'adultes. Il s'occupe également à titre bénévole de la comptabilité d'associations. En mars 2006, il obtient un diplôme d'aide-comptable et, en mars 2007, un diplôme de comptable.
2. Le 27 avril 2001, le Dr L _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, certifie que, pour des raisons médicales, l'assuré doit changer d'activité professionnelle. Le travail devrait avoir un horaire régulier et ne pas impliquer le port de charges lourdes, ni des stations debout prolongées. A titre d'activité adaptée, le médecin cite celle de réceptionniste.
3. Par courrier du 26 septembre 2001, l'intéressé résilie le contrat de travail en tant que serveur à l'HÔTEL X _____, pour des raisons de santé.
4. Dans son courrier du 9 octobre 2009 au Dr M _____, généraliste, le Dr L _____ communique à ce dernier que l'assuré présente depuis fin août un important épanchement inflammatoire du genou droit sur une monoarthrite d'origine inconnue. Après trois infiltrations restées sans grand succès, il a prescrit au patient le médicament Arava. Après un mois de traitement, l'état clinique s'est amélioré. Néanmoins, un état inflammatoire persiste.
5. Le 5 mai 2010, le Dr L _____ informe le Dr M _____ que, depuis que le patient reçoit un traitement d'Humira, son état inflammatoire et l'arthrite du genou droit ont disparu. Ce médecin poursuivra les injections jusqu'à fin mai 2010.
6. En septembre 2010, l'assuré dépose une demande de prestations d'assurance-invalidité en vue de mesures pour une réadaptation professionnelle ou une rente. Cette demande est appuyée par l'Hospice général qui intervient pour son entretien depuis le 1^{er} août 2010. Cette institution indique que l'assuré a travaillé en dernier lieu à 60 % dans le cadre d'une contre-prestation du Revenu minimum cantonal d'aide sociale (RMCAS).

7. Dans un rapport du 8 octobre 2010, le Dr L_____ diagnostique une monoarthrite chronique du genou droit depuis septembre 2009. Il indique que, fin août 2009, un épanchement inflammatoire est apparu, avec des douleurs et des difficultés à plier le genou. Depuis lors, l'assuré est en incapacité totale de travailler. Il ne peut pas rester debout ou assis plus de 30 minutes, ni monter et descendre les escaliers. Le port de charges est limité à cinq kilos. Le pronostic de ce médecin est réservé.
8. Le 17 mars 2011, le Dr M_____ confirme le diagnostic et l'incapacité de travail certifiés par le Dr L_____. L'assuré ne pourrait travailler que dans une activité permettant le changement des positions assise et debout.
9. Dans un avis médical du 27 avril 2011, le Dr N_____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (ci-après : SMR), déclare que la capacité de travail de l'assuré dans l'activité habituelle est nulle. Toutefois, elle est de 100 %, théoriquement depuis toujours, dans une activité adaptée, laquelle devrait être légère, éviter les déplacements répétés, les stations debout prolongées, les déplacements sur terrain irrégulier, les accroupissements, la position à genoux et permettre l'alternance des positions. Ce médecin indique également que l'usage de cannes anglaises et/ou béquilles n'est pas interdit.
10. Le 5 mai 2011, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) communique à l'assuré un projet de refus de prestations, en reprenant l'avis médical précité du SMR.
11. Le 30 mai 2011, l'assuré s'oppose à ce projet, estimant qu'il souffre d'une pathologie invalidante.
12. Par décision du 14 juin 2011, l'OAI confirme son projet précité.
13. Par acte du 15 août 2011, l'assuré recourt contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière à compter de septembre 2010, sous suite de dépens. Subsidiairement, il conclut au renvoi de la cause à l'intimé pour la mise en œuvre d'une expertise par un médecin indépendant. Il fait valoir avoir travaillé à 60 % au Service des tutelles, dans le cadre d'une occupation temporaire en 2008 et 2009, et avoir dû cesser cette activité en raison de ses problèmes de santé. Il relève que, selon ses médecins traitants, aucune activité adaptée n'était en l'état exigible. Le médecin du SMR, qui est seulement généraliste et non pas spécialiste en rhumatologie, est le seul à avoir retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, sans toutefois avoir examiné le recourant. Selon celui-ci, cet avis isolé et non motivé du SMR n'est pas propre à mettre en doute les appréciations de sa capacité de travail par ses médecins traitants, de sorte qu'il y a lieu de lui octroyer une rente d'invalidité entière.

14. A l'appui de son recours, le recourant annexe copie du courrier que le Dr O _____, urologue, a adressé le 12 juillet 2011 à son mandataire. Selon ce médecin, le recourant souffre actuellement de symptômes mictionnels variables, sous forme de mictions fréquentes et impérieuses. Le diagnostic vraisemblable est celui de vessie hyperactive. Sans investigations plus approfondies, à savoir un examen uro-dynamique, qui devrait se faire ambulatoirement à l'hôpital mais demande un certain délai, l'urologue ne peut se prononcer sur les causes et les éventuelles limitations fonctionnelles que génère cette affection. Toutefois, selon toute vraisemblance, seule l'atteinte traitée par le Dr L _____ pourrait entraîner des prestations de l'assurance-invalidité.
15. Est en outre annexé à ce recours le courrier du 13 juillet 2011 du Dr L _____ au mandataire du recourant. Dans celui-ci, ce médecin confirme son diagnostic précédent. A titre de limitations fonctionnelles, il mentionne une impossibilité de rester debout plus de 30 minutes et la nécessité de changer de position toutes les 30 minutes, une limitation de la marche à 500 mètres, l'absence de montées et de descentes ou de marcher sur un terrain irrégulier, ainsi que l'impossibilité de plier le genou droit. L'incapacité de travail est toujours totale depuis le 1^{er} septembre 2009 et aucune activité adaptée n'est actuellement raisonnablement exigible.
16. Figure également dans les pièces produites avec le recours la copie d'un courrier du 14 juillet 2011 du Dr P _____, spécialiste ORL, lequel informe le mandataire du recourant que celui-ci ne souffre d'aucune pathologie ORL qui nécessiterait une prise en charge par l'assurance-invalidité.
17. Selon le courrier du 18 juillet 2011 du Dr Q _____, spécialiste en gastro-entérologie, au mandataire du recourant, courrier qui est également annexé en copie au recours, le patient souffre d'une colopathie fonctionnelle aggravée d'une intolérance au lactose, d'une maladie de reflux sur engagement hiatal, d'une pathologie hémorroïdaire, de troubles psychiques liés à un état dystonique et anxieux et d'une polyarthrite rhumatoïde nécessitant un traitement lourd (Arava). Les limitations fonctionnelles découlent de la pathologie rhumatismale et non pas des problèmes digestifs et ceux-ci ne justifient pas d'incapacité de travail. De l'avis de ce médecin, c'est l'association des troubles au niveau psychologique et au niveau rhumatologique qui justifie une incapacité de travail. Le pourcentage de celle-ci est à préciser par les psychiatre et rhumatologue traitants.
18. Le 22 août 2011, la Dresse R _____ du SMR se détermine sur le recours. Elle relève que, dans son rapport du 8 octobre 2010, le Dr L _____ a retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Précédemment, il a indiqué que l'état inflammatoire avait disparu. Par ailleurs, aucune affection psychique n'est annoncée et le recourant ne suit pas un traitement psycho-actif. La Dresse R _____ estime dès lors que les rapports du Dr L _____

sont contradictoires, de sorte qu'il n'y a pas lieu de modifier les conclusions du SMR. Quant à la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, elle devrait être traduite en termes de métier par un spécialiste de la réadaptation professionnelle.

19. Le 7 septembre 2011, le Dr N_____ du SMR complète l'avis médical de la Dresse R_____ comme suit :

« Dans l'avis cité du 22.08.11, j'indique que la capacité de travail dans les activités de serveur et commis administratif est nulle dès le 01.09.09, retenant que ces activités ne respectent pas les limitations fonctionnelles visant à épargner le genou D, et entière, théoriquement depuis toujours, dans toute activité adaptée à l'état de santé.

Pour autant que l'activité de commis administratif, mais pourquoi pas celle de serveur, respecte les limitations fonctionnelles, elle est évidemment exigible en plein, théoriquement depuis toujours.

(...) »

Le Dr N_____ confirme par ailleurs les limitations fonctionnelles retenues par le Dr L_____.

20. Le 21 septembre 2011, l'intimé informe la Cour de céans qu'il a soumis le dossier du recourant à la division de la réadaptation professionnelle, laquelle propose de convoquer le recourant en entretien, afin d'envisager la possibilité de mettre en place une mesure d'orientation/observation visant à le mettre en situation. Cette mesure permettrait d'évaluer concrètement le rendement dans une activité de type tertiaire en lien avec les compétences acquises par le recourant. L'intimé conclut ainsi à ce que la cause lui soit renvoyée pour instruction complémentaire.
21. Le 17 octobre 2011, le recourant persiste dans ses conclusions principales. Subsidiairement, il conclut à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimé, afin qu'il détermine, au moyen d'un examen de réadaptation et d'une expertise menée par un médecin externe à l'assurance, sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il relève que l'avis du Dr N_____ heurte le bon sens, en ce qu'il a déclaré qu'il était possible d'adapter la profession de commis administratif ou celle de serveur à ses limitations fonctionnelles, alors qu'il ne peut pas rester debout plus de 30 minutes, ni monter, ni descendre, ni porter plus de cinq kilos. Cet avis est ainsi dénué de toute crédibilité, de sorte qu'il y a lieu de constater que son incapacité de travail est totale dans les précédentes activités. Il conteste par ailleurs que le Dr L_____ ait déclaré, dans son rapport du 8 octobre 2010, qu'il pourrait travailler dans une activité adaptée à 100 %. Au contraire, ce médecin a répondu négativement à la question de savoir si l'on peut s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle,

en précisant « pas actuellement ». Subsidiairement, il fait valoir qu'il devrait faire l'objet non pas d'un stage de réadaptation, mais d'un examen médical, pour déterminer sa capacité de travail dans une activité adaptée. Toutefois, il accepte, par gain de paix, de se soumettre dans un premier temps à l'examen préconisé par l'intimé.

22. Sur ce, la cause est 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; 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).

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

2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable.
3. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si le recourant présente une invalidité lui ouvrant le droit à une rente.
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). Aux termes de l'art. 7 al. 1er 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. L'al. 2 de cette disposition, entré en vigueur le 1er janvier 2008, précise que 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. L'art. 7 al. 2 LPGA n'a cependant pas modifié la notion d'incapacité de gain, mais correspond à l'inscription dans la loi de la jurisprudence dégagée jusqu'alors sur la notion d'invalidité (ATF 135 V 215 consid. 7 p. 229 ss.). Enfin, selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2).
5. a) Selon 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 rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement

exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins .

b) En vertu de l'art. 28 al. 1 aLAI, dans sa teneur valable jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Selon art. 28 al. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007 et l'art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1^{er} janvier 2008 , l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

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 que le médecin, éventuellement aussi 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 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 261 consid. 4).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1).

c) Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur

le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 20 consid. 2b; SVR 2006 IV no 10 p. 39 [arrêt Z. du 26 octobre 2004, I 457/04] consid. 4.1, 2001 IV no 10 p. 27 [arrêt S. du 8 février 2000, I 362/99]; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, p. 228).

7. En l'espèce, les médecins traitants ont certifié une incapacité totale de travailler dans une activité adaptée depuis septembre 2009. Il est à cet égard inexact que le L_____ ait retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée dans son rapport du 8 octobre 2010, comme l'a retenu la Dresse R_____ dans son avis médical du 22 août 2011. Toutefois, les médecins traitants n'expliquent pas pourquoi le recourant ne pourrait pas travailler dans une activité légère qui permet le changement des positions assise et debout, alors même qu'il ne présente une atteinte invalidante qu'au genou. Il y a également lieu de relever que le Dr L_____ a indiqué, dans son courrier du 5 mai 2010, que l'état inflammatoire du genou et l'arthrite du genou droit avaient disparu. Partant, l'appréciation selon laquelle la capacité de travail est nulle, même dans une activité adaptée, n'est pas convaincante, du moins pas sans autres explications.

Il convient par ailleurs de relever que le recourant a obtenu, en mars 2006, un diplôme d'aide-comptable et, en mars 2007, un diplôme de comptable. A noter également qu'il a reçu, le 21 juin 2000, un certificat pour avoir suivi avec succès un cours de formation en accueil téléphonique. Cela étant, il semble que le recourant dispose déjà d'une formation dans une activité adaptée légère n'impliquant pas de port de lourdes charges. Il est vrai qu'un travail de comptable s'exerce essentiellement en position assise. Toutefois, on devrait éventuellement pouvoir aménager son poste de travail, afin que le recourant puisse travailler également en position debout.

Dès lors qu'il n'a pas encore été élucidé pourquoi les médecins traitants estiment que l'incapacité de travail est totale même dans une activité adaptée, et que le recourant n'a encore jamais travaillé dans le nouveau métier appris, la mesure d'instruction proposée par l'intimé paraît effectivement nécessaire pour déterminer la capacité de travail précise du recourant dans une activité correspondant à sa

formation nouvellement acquise et pour l'aider à trouver un employeur, ce qui pourrait objectivement être plus difficile du fait de son handicap au genou droit. Le cas échéant, il conviendrait également de procéder à des investigations supplémentaires sur le plan médical.

Au vu de ce qui précède, la Cour de céans estime avec l'intimé qu'il y a lieu de compléter l'instruction de la cause.

8. Le recours sera donc partiellement admis, la décision annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire sous forme d'une mesure d'orientation/observation, ainsi que d'exams ou d'expertises médicaux, si nécessaire, et, ceci fait, nouvelle décision.
9. Dans la mesure où le recourant obtient partiellement gain de cause, l'intimé sera condamné à lui verser une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens.
10. L'émolument de justice, fixé à 200 fr., est mis à la charge de l'intimé.

**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 du 14 juin 2011.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et, ceci fait, nouvelle décision.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens.
6. L'émolument de justice, fixé à 200 fr., est mis à charge de l'intimé.
7. 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

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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