

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2475/2013

ATAS/884/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 10 septembre 2013

2ème Chambre

En la cause

Monsieur R_____, domicilié à GENEVE

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et
Evelyne BOUCHAARA, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur R_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1958, de nationalité espagnole, est arrivé en Suisse à l'âge de 8 ans et il y a suivi ses écoles.
2. Il a travaillé en qualité de technicien-dentiste de 1976 à 1989 et de facteur pour X_____ depuis 1989. Marié et père d'un enfant né en 1988, il a divorcé en 2000.
3. Il a déposé une demande de prestations d'invalidité le 3 août 2004, en raison d'un état dépressivo-anxieux, de troubles de la vue et de l'estomac, l'empêchant de travailler à plus de 50%.
4. Ses médecins-traitants ont attesté d'une haute myopie bilatérale (-21,5 à droite et -17,5 à gauche) sans répercussion sur sa capacité de travail; d'une maladie ulcéreuse récidivante, avec des gastrites chroniques, efficacement soignée et d'un état anxio-dépressif, impliquant une incapacité de travail partielle en raison de la fatigabilité accrue.
5. L'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après l'OAI ou l'intimé) l'a soumis à l'expertise du Dr A_____, psychiatre. Selon son rapport du 4 octobre 2005, l'assuré est incapable de travailler à 50% depuis le 4 mars 2004, en majeure partie pour des raisons psychiatriques. L'assuré souffre d'un trouble dépressif majeur, de troubles de la somatisation, d'une phobie sociale, d'une anxiété généralisée, d'un trouble panique avec agoraphobie, d'un trouble d'abus d'alcool ainsi que d'une personnalité borderline et de traits évitant et dépendants. L'assuré travaille actuellement à 50% dans un cadre presque protégé, avec d'autres personnes en arrêt maladie et sous la responsabilité d'un supérieur compréhensif et à l'écoute. Compte tenu de l'ampleur des symptômes et de la forte comorbidité, une augmentation du taux de travail n'est pas indiquée et la priorité doit être mise sur le maintien de la capacité actuelle.
6. Le SMR a alors estimé ce rapport d'expertise probant. Il permet d'admettre une exigibilité médicale limitée à 50%. L'assuré présente différents troubles psychiatriques depuis de nombreuses années, péjorés avec l'augmentation des exigences professionnelles qui le font décompenser. Il convient de relever la souffrance de l'assuré, son désir de prise en charge psychiatrique et sa bonne compliance médicamenteuse.
7. Par décision du 2 mai 2006, l'assuré a été mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité dès le 4 mars 2005, sur la base d'un taux d'invalidité de 50%.
8. Lors de la révision entreprise en mars 2008, le taux d'invalidité et la demi-rente ont été maintenus sans changement.

9. L'assuré s'est remarié en 2007, son épouse étant la mère de deux garçons avec lesquels il vit depuis 2008. Lors d'une bagarre à domicile, l'assuré a reçu un coup de couteau à la gorge asséné par l'un des fils de son épouse le 24 septembre 2008. Il a été hospitalisé jusqu'au 2 décembre 2008, souffrant d'une plaie cervicale gauche traumatique avec atteinte de l'artère vertébrale gauche, d'un hématome cervical, d'une pneumonie compliquée d'un ARDS, de cytolysse et cholestase hépatiques, d'hypertension artérielle. En raison d'une myopathie des soins intensifs, l'assuré a été pris en charge au Département de réhabilitation, présentant une quadri-parésie avec force 4/5.
10. L'assuré a déposé une nouvelle demande le 9 avril 2009. Il est totalement incapable de travailler depuis l'agression de septembre 2008.
11. Son médecin-traitant, le Dr B _____ et ses psychiatres, le CTB puis la Dresse C _____, attestent de troubles psychiatriques et des suites de l'hématome cervical invalidants, puis d'une lente amélioration, avec reprise du travail à 50% dès le 1^{er} juin 2009.
12. Par communication du 5 février 2010, l'OAI a maintenu le droit à une demi-rente d'invalidité sans changement.
13. Le Dr D _____, ophtalmologue, atteste le 12 juillet 2012 d'une diminution de l'acuité visuelle bilatérale, avec -23 à droite et -19 à gauche. Après correction, la vision est de 20% à droite et de 40% à gauche, limitation également due à une cataracte et d'une choroïdose myopique. La cataracte a été opérée à l'œil gauche le 27 juin 2012 et est prévu à l'œil droit pour le 19 septembre 2012. Il précise, le 22 février 2013, que les atteintes à la vue sont sans conséquence sur la capacité de travail, sous réserve de la conduite nocturne et du port de charges lourdes.
14. L'assuré a déposé une nouvelle demande le 27 juillet 2012. Il est totalement incapable de travailler depuis le 14 mai 2012.
15. Par projet du 4 juin 2013, confirmé par décision du 23 juillet 2013, l'OAI a refusé d'augmenter la rente d'invalidité, au motif que le Dr D _____ ne retient aucune incapacité de travail.
16. L'assuré a été licencié le 10 juillet 2013 avec effet au 31 mai 2014.
17. L'assuré a formé un recours le 31 juillet 2013. Il rappelle qu'il souffre depuis longtemps de problèmes de vue, de douleurs à l'estomac et d'anxiété. Tous ses problèmes lui ont coûté un premier divorce puis un deuxième ainsi que son travail. Il est miraculé suite à une agression au couteau qui lui a laissé des séquelles, notamment au niveau de son état dépressif. Il produit plusieurs rapports médicaux. Les radiographies et l'IRM du genou droit du 8 octobre 2010 mentionnent une déchirure complète, antéro-postérieure du ménisque interne avec luxation d'une

large anse de seau sous le ligament croisé postérieur, une discrète chondromalacie fémoro-tibiale interne, des séquelles de déchirure partielle étendue du ligament croisé antérieur et de déchirure proximale du ligament collatéral interne au stade fibro-cicatriciel. Le Dr E_____ ; chirurgien orthopédique, atteste le 22 octobre 2010 à l'intention de la SUVA, qu'au vu de sa profession d'employé de poste, l'assuré devrait bénéficier d'une stabilisation chirurgicale (plastie du ligament croisé antérieur et révision du ménisque interne), le médecin estimant qu'il s'agit de séquelles de l'accident dont il a été victime en 2008. Le CT du massif facial et du cou du 18 octobre 2011 conclut, dans les suites du trauma cervical et cérébral avec état comateux prolongé en 2008, à la présence, notamment, d'un volumineux kyste arachnoïdien de la fosse postérieure avec discret effet de masse sur les hémisphères cérébelleux. L'assuré produit encore la liste des médicaments qu'il prend quotidiennement pour traiter la dépression, l'ulcère, l'hypertension, l'anxiété, le cholestérol et les maux de tête.

18. Par préavis du 19 août 2013, l'OAI conclut au renvoi du dossier pour instruction complémentaire. Le SMR estime en effet que certains éléments médicaux datant de 2008 ainsi que les séquelles de l'accident de 2008 étaient inconnus de l'OAI lors de la décision. Ces derniers doivent être analysés pour déterminer si une activité de 50% de facteur est toujours exigible.
19. Un délai a été fixé à l'assuré pour se déterminer.
20. La cause a été gardée à juger le 30 août 2013.

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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

3. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).
4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
5. Le litige porte sur l'aggravation de l'état de santé et l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré comme facteur ainsi que sur son degré d'invalidité.
6. 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 1er janvier 2008).
7. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a tout d'abord besoin de documents que le médecin ou 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 256, consid. 4; ATF 115 V 133, consid. 2).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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 (ATF 125 V 351, consid. 3; ATF 122 V 157, consid. 1c).

8. a) 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).

b) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. 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. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (ATF non publié 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

9. En l'espèce, lors de la décision du 23 juillet 2013, l'OAI n'avait pas eu connaissance des divers rapports médicaux produits par l'assuré à l'appui de son recours et qui attestent, d'une part, d'atteintes au genou et d'autre part, de séquelles consécutives à l'agression de 2008. Ainsi, en se fondant sur le seul rapport médical en sa possession, indiquant que l'aggravation de la myopie restait sans influence sur la capacité de travail de l'assuré, l'OAI n'a pas statué en toute connaissance de cause. C'est ainsi à juste titre que l'intimé conclut au renvoi du dossier pour procéder à une

instruction médicale complémentaire, qui devra porter sur les aspects somatiques et psychiatriques. A noter que lors de l'octroi d'une demi-rente d'invalidité, le SMR avait relevé que la capacité de travail était au maximum de 50% compte tenu du fait que l'assuré pouvait travailler dans un milieu très compréhensif, qualifié de quasi protégé par l'expert psychiatre. Or, cet employeur a fini par licencier l'assuré après une année de totale incapacité de travail depuis mai 2012. Le renvoi de la cause, plutôt qu'une instruction médicale effectuée par la Cour de céans, se justifie aussi du fait qu'en fonction du caractère invalidant ou non des diverses atteintes à la santé, en plus de l'atteinte psychiatrique déjà retenue en 2006, l'OAI devra aussi se prononcer sur la capacité résiduelle dans l'activité habituelle et, à défaut, fixer la capacité dans une activité adaptée et déterminer le taux d'invalidité en tenant compte de toutes les circonstances du cas d'espèce.

10. Le recours est ainsi partiellement admis, la décision du 23 juillet 2013 est annulée et la cause est renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants. Par contre, dans la mesure où l'OAI a statué sur la base des renseignements fournis et que l'on ne peut pas lui faire grief de ne pas avoir tenu compte de rapports inconnus, il sera renoncé à la perception d'un émolument.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement, annule la décision du 23 juillet 2013 et renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants.
3. Renonce à la perception d'un émolument.
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

La présidente

Irène PONCET

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