

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/347/2009

ATAS/736/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 2

du 16 juin 2009

En la cause

Monsieur H_____, domicilié à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître François GILLIOZ

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, Genève

intimé

Siégeant : Isabelle DUBOIS, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Bertrand REICH, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur H_____ (ci-après le recourant), né en 1963, domicilié au Maroc jusqu'en 1994, sans profession, a travaillé en qualité de couturier et de verrier. Il est en totale incapacité de travail depuis le mois de mars 2007, en raison d'arthrose.
2. Il a déposé une demande de prestations d'assurance invalidité auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) au mois de février 2008, visant l'octroi d'une rente.
3. Selon le Dr L_____, médecin FMH en médecine générale et médecin traitant du recourant, celui-ci souffre de douleurs musculaires au niveau lombaire et cervical, résultant de sa position au travail (cf. rapport du 28 mars 2007), doit s'abstenir de porter des charges lourdes et éviter les travaux pénibles physiquement (cf. rapport du 25 janvier 2008), mais peut travailler en position assise ou debout ou dans différentes positions, marcher, se pencher, être en position accroupie ou à genoux, il n'est pas limité dans sa capacité de concentration, de compréhension et d'adaptation, peut monter des escaliers, une échelle ou un échafaudage, mais ne peut pas travailler avec les bras au-dessus de la tête (cf. rapport sur les capacités professionnelles, du 18 mars 2008). Les diagnostics posés sont une dépression réactionnelle, des troubles somatoformes douloureux, une névrose d'assurance potentielle, des cervicalgies avec lésions dégénératives et pincement. L'incapacité de travail est totale dans le métier de couturier chez Elit, mais complète dans une activité respectant les limitations fonctionnelles (cf. rapport médical du 18 mars 2008).
4. L'OCAI a mis en œuvre des mesures d'évaluation professionnelle, en lien avec la cellule MAMAC de l'OFFICE CANTONAL DE L' EMPLOI (ci-après OCE). Dans son rapport du 22 février 2008, mentionne que le recourant ne pense pas pouvoir travailler à plus de 50 % dans un poste adapté, mais reste dans l'attente de toute proposition, sans toutefois avoir de propositions ou de projet professionnel
5. Selon le rapport médical du 26 février 2008 du Dr M_____, médecine interne, la capacité de travail est de 100 % dans une activité sans contraintes de position sédentaire ni de mobilisation du tronc ni de travail au-dessus des épaules. Le rendement est toutefois réduit de 50 % en raison de douleurs apparaissant après des activités prolongées.
6. Il ressort du dossier que le recourant a été accepté à l'assurance-chômage raison de 50 %, depuis le 1er février 2008, sur la base d'un certificat médical de son médecin traitant. Une mesure visant à déterminer un projet professionnel adapté aux limitations fonctionnelles du recourant a été mise en œuvre par l'OCE.

7. Dans un rapport médical du 29 avril 2008, le CHUV atteste d'une capacité de travail maximum de 50 %, en raison d'un épisode dépressif majeur sévère sans symptômes psychotiques, présent depuis le début 2007. Il est mentionné toutefois le souhait du recourant de reprendre une activité professionnelle dans laquelle il puisse être reconnu. Un soutien dans ce sens est préconisé. Au jour de l'examen, le rendement est réduit de 100 % en raison du symptôme dépressif, apparu dans un contexte de mobbing et de harcèlement.
8. Dans un avis médical du 22 mai 2008, le SMR ne retient pas un degré sévère à l'épisode dépressif, mais léger à moyen au vu des critères diagnostiques présents. L'instruction est incomplète sur le plan médical.
9. Un stage auprès de la fondation PRO a été mis en place. Les aptitudes manuelles du recourant sont bonnes. L'état de santé ne paraît toutefois pas stabilisé.
10. Par conséquent, un examen clinique rhumatologique et psychiatrique a été effectué par le SMR, en date du 28 juillet 2008. Au vu de l'ensemble du dossier et du status clinique, le SMR retient des rachialgies communes, ainsi qu'une dysthymie qui n'est toutefois pas incapacitante. Une totale capacité de travail est reconnue au recourant, dans une activité adaptée qui permette d'alterner les positions, de ne pas soulever régulièrement des charges de plus de 8 kilos, de ne pas porter régulièrement des charges de plus de 15 kilos, de ne pas travailler en position de porte-à-faux statique prolongée du tronc ni de rotation statique prolongée du tronc.
11. Vu ces conclusions, l'OCE retient qu'un travail dans le domaine de l'industrie de production textile (couture cuir, maroquinerie légère, atelier de production) et même de matelas, avec aménagement ergonomique de la place de travail, est possible. Il est mis fin à la mesure de la cellule MAMAC le 5 novembre 2008.
12. Par projet de décision du 5 novembre 2008, l'OCAI a refusé toute prestation au recourant. Une décision a confirmé ce projet le 6 janvier 2009.
13. Dans son recours du 2 février 2009, le recourant conteste la décision litigieuse, car son état physique et psychique est suffisamment altéré pour empêcher toute activité professionnelle. Il conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il sollicite un délai pour compléter son recours.
14. Dans sa réponse du 3 mars 2009, l'OCAI conclut au rejet du recours, au vu des pièces figurant au dossier.
15. Le 16 mars 2009, un délai a été accordé au recourant pour compléter son recours et joindre toutes pièces utiles, au 15 avril 2009. Ce délai a toutefois été reporté à sa demande, au 4 mai 2009. Par courrier du 12 mai 2009, la juridiction a constaté que le recourant n'avait pas utilisé le délai qui lui avait été accordé, et n'avait produit aucune pièce. La cause était dès lors gardée à juger en l'état. Par courrier du 14 mai

2009, le recourant a sollicité un délai au 21 mai 2009. À la date du 29 mai 2009, aucun document n'avait été produit.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 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 fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.
3. Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA).
4. Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins, selon l'art. 28 al. 1 LAI. Quant au droit à la rente, il prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins, ou a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (art. 29 al. 1 LAI).

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art.16 LPGA). L'invalidité des assurés qui n'exercent pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une être évalué, en dérogation à l'article 16 LPGA, en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels (art. 28 al. 2 bis LAI).

Afin de 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, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

Par ailleurs, les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1^{er} LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine*).

5. 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 enfin que 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 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

6. Enfin, dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par la maxime inquisitoire, selon laquelle les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (art. 61 let. c LPGA). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 I 183 consid. 3.2). Le devoir du juge de constater les faits pertinents ne dispense donc pas les parties de collaborer à l'administration des preuves en donnant des indications sur les faits de la cause ou en désignant des moyens de preuve (ATF 130 I 184 consid. 3.2, 128 III 411 consid. 3.2). Autrement dit, si la maxime inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, elle ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un

fait peut être imputée à son adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3). Au demeurant, il n'existe 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 322, consid. 5a). En présence d'un refus de collaborer, le juge est fondé à procéder à une appréciation des preuves sur la base des éléments du dossier (KIESER, ATSG-Kommentar, Zürich 2003, n. 59 *ad* art. 61). Il ne peut toutefois se contenter d'examiner la décision attaquée sous l'angle du refus de collaborer de l'intéressé et s'abstenir de tout examen matériel de ladite décision sous l'angle des faits médicaux retenus par l'assureur (ATFA non publié du 6 mai 2004, I 90/04, consid. 4 ; voir aussi RCC 1985 p. 322).

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).

Les questions qui – bien qu'elles soient visées par la décision administrative, et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation – ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroite entre les points non contestés et l'objet du litige (ATF 122 V 244 consid. 2a, 117 V 295 consid. 2a ; voir aussi ATF 122 V 36 consid. 2a). Par ailleurs, l'autorité de recours n'examine les questions formant l'objet du litige, mais qui ne sont pas contestées, que s'il existe des motifs suffisants de le faire au regard des allégations des parties ou d'indices ressortant du dossier (ATF 125 V 417 consid. 2c).

7. En l'espèce, le Tribunal constate que l'état de santé de la recourante a fait l'objet d'une appréciation globale et complète par le SMR. Le rapport d'examen a toute valeur probante, selon les critères susmentionnés, de sorte que ses conclusions doivent être suivies. Le recourant ne le critique d'ailleurs pas, se contentant d'alléguer que son état de santé ne lui permet pas de travailler, ce qui est même contesté par son médecin traitant, la capacité de travail étant effectivement entière dans une activité qui respecte les limitations fonctionnelles du recourant. Malgré les longs délais accordés au recourant à sa demande, il n'a produit aucun document médical susceptible de remettre en cause l'appréciation du SMR. Le recourant a par

ailleurs de bonnes compétences manuelles et de l'expérience devant lui permettre d'exercer une activité de petite manutention. Une aide au placement pourrait lui être profitable, mais devra faire l'objet d'une demande motivée auprès de l'OCAI (cf. ATF 9C_28/2009). S'agissant de l'aspect psychique, le diagnostic, et par conséquent l'incapacité de travail, retenus par le CHUV, n'ont pas été confirmés par le SMR, au motif que les éléments diagnostiques présents ne permettraient pas de diagnostiquer autre chose qu'une dysthymie. De même un trouble somatoforme douloureux a été écarté. Vu ce qui précède, la décision litigieuse ne prête pas le flanc à la critique. Le recours sera par conséquent rejeté.

8. 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), de sorte qu'il sera perçu un émolument, fixé en l'espèce à 200 F.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.
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); 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

Isabelle DUBOIS

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