

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/393/2018

ATAS/548/2018

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 juin 2018

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENEVE

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ 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 _____ 1955, de nationalité portugaise, a effectué sa scolarité primaire jusqu'à l'âge de 13 ans au Portugal. Il a travaillé ensuite comme maçon, avant d'émigrer en Suisse en 1977. Il est titulaire d'une autorisation d'établissement C. Il a travaillé notamment en tant que nettoyeur, en dernier lieu pour l'entreprise B_____ Sàrl en 2010 et 2011 comme remplaçant, puis selon un contrat de durée déterminée en 2012, soit du 11 au 31 juillet 2012 à 100 % ; son salaire horaire s'élevait à CHF 25.35 brut en 2012. Il a été en incapacité de travail totale depuis lors.
2. L'assuré a présenté en 2002 une maladie coronarienne, sous forme d'une angine de poitrine diagnostiquée par le docteur C_____, pour laquelle il a été hospitalisé aux hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Une coronographie a été pratiquée, suivie d'une dilatation de l'une des trois artères du cœur et la mise en place d'un stent.
3. Suite à une récurrence d'angine de poitrine en juin 2012, l'assuré a été hospitalisé aux HUG. Il présente une incapacité de travail depuis lors.
4. L'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé) en date du 13 février 2013.
5. Par décision du 20 novembre 2013, l'OAI a rejeté la demande de prestations en relevant que le degré d'invalidité de l'assuré était de 9 %, celui-ci disposant d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès janvier 2013.
6. Par arrêt du 5 novembre 2014 (ATAS/1135/2014), la chambre de céans a, sur recours de l'assuré, annulé la décision précitée et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction médicale et nouvelle décision.
7. Le 3 mai 2017, la Policlinique médicale universitaire (PMU) a rendu un rapport d'expertise comprenant un volet médecine générale (Dresse D_____), cardiologie (Dr E_____), psychiatrie (Dresse F_____), rhumatologie (Dr G_____) et angiologie (Drs H_____ et I_____). Une appréciation multidisciplinaire a eu lieu sous forme d'un colloque le 16 mai 2017 avec les Drs J_____, K_____ et F_____).

L'assuré se plaignait de douleurs thoraciques à l'effort, de lombosciatalgies gauches et de tristesse. Du point de vue psychiatrique, l'assuré présentait des diagnostics d'épisode dépressif sans symptôme psychiatrique F32.2 suite à des infarctus sur cardiopathie ischémique, épisode traité depuis mars 2014 et totalement incapacitant depuis cette date. Du point de vue rhumatologique, l'assuré présentait un diagnostic de lombalgies chroniques non spécifiques avec trouble statique et dégénératifs autorisant une activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles. Du point de vue cardiologique, l'assuré présentait un diagnostic principal de cardiopathie ischémique ; pour l'instant la capacité de travail n'était pas évaluable, en raison des douleurs ; une coronarographie était nécessaire. Du

point de vue angiologique, l'assuré présentait un diagnostic principal d'insuffisance veineuse et incontinence ostiale de la GVS ; il n'était pas possible de se prononcer sur une invalidité.

Il existait, avec répercussion sur la capacité de travail, un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique et un angor résiduel.

Les symptômes que présentait l'assuré depuis 3 ans étaient probablement secondaires à une ischémie myocardique. Le rapport médical du Dr C_____, premier cardiologue traitant, de septembre 2013 décrivait un patient asymptomatique. Le diagnostic d'angor d'effort était alors retenu depuis au moins la consultation aux HUG de février 2014, au cours de laquelle il était décrit des douleurs thoraciques sensibles à la trinitrine. Une coronographie était indispensable pour pouvoir se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré depuis la survenue de l'angor ; pour ce qui était de la période antérieure au diagnostic d'angor, l'expert cardiologue rejoignait l'évaluation de la capacité de travail faite par le SMR, à savoir que l'assuré avait été en incapacité de travail totale du 16 juin 2012 au 31 décembre 2012. On pouvait considérer ensuite que du 1^{er} janvier 2013 à février 2014, sa capacité de travail avait été entière dans une activité légère et sédentaire. A partir de février 2014, l'expert n'était plus en mesure de se prononcer.

Les experts ont relevé que depuis le 16 juin 2012, l'assuré était totalement incapable d'exercer son activité de nettoyeur. Le 1^{er} janvier 2013, l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité sédentaire jusqu'en février 2014 où le diagnostic d'angor était suspecté. A partir de mars 2014, se surajoutait la pathologie psychiatrique qui justifiait une incapacité de travail totale depuis lors.

8. Le 18 juillet 2015, le Dr L_____ du SMR a estimé que la capacité de travail était nulle du 16 juin au 31 décembre 2012, de 100 % dans une activité adaptée du 1^{er} janvier 2013 au 28 février 2014 et nulle dès le 1^{er} mars 2014. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : activité de type sédentaire sans port de charge, pas de travail accroupi ou à genoux, et à partir de mars 2014, ralentissement psychomoteur, idées noires, retrait social, fatigabilité.
9. Le 24 août 2017, l'OAI a fixé à 10 % le degré d'invalidité du recourant, pour la période du 1^{er} janvier 2013 au 28 février 2014.
10. Par projet du 25 août 2017, l'OAI a alloué au recourant une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 2015, fondée sur une nouvelle atteinte à la santé survenue le 1^{er} mars 2014.
11. Le 21 septembre 2017, l'assuré, représenté par Monsieur M_____, Bureau N_____, (N_____) a écrit à l'OAI que la rente d'invalidité devait lui être allouée depuis le dépôt de sa demande le 13 février 2013, sa capacité de travail étant nulle depuis le 16 juin 2012 de façon définitive ; il n'était pas capable d'exercer une activité adaptée du 1^{er} janvier 2013 au 28 février 2014. Il a joint la procuration du 11 septembre 2017 en faveur du N_____ pour « le présenter, l'assister dans le

cadre suivant : Caisse de compensation AVS-AI et Tribunal des assurances sociales de Genève.

12. Par décision du 19 décembre 2017, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} mars 2015 et, notamment, opéré une compensation de CHF 2'778.- en faveur de la caisse de compensation AVS.
13. Le 27 janvier 2018, l'assuré, représenté par le N_____, a écrit à l'OAI en réclamant l'octroi d'une rente d'invalidité dès le 13 février 2013, en relevant qu'il gagnait un salaire de CHF 4'500.- durant son activité et non pas de CHF 2'778.-. L'assuré a cosigné ce courrier.
14. Le 31 janvier 2018, l'OAI a transmis ce courrier à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice.
15. Le 2 février 2018, la chambre de céans a enregistré un recours.
16. Le 1^{er} mars 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours en relevant que, selon l'expertise de la PMU, le recourant ne pouvait plus exercer son activité habituelle dès le 16 juin 2012 mais avait une capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1^{er} janvier 2013 ; à l'échéance du délai d'un an, le 16 juin 2013, le recourant présentait un degré d'invalidité de 10 %, lequel n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité ; dès mars 2014, le recourant présentait une nouvelle pathologie psychiatrique, totalement incapacitante, de sorte que le droit à la rente ne pouvait débuter qu'une année plus tard, soit le 1^{er} mars 2015.
17. Le recourant n'a pas répliqué dans le délai qui lui a été imparti.
18. Le 24 mai 2018, la chambre de céans a demandé à M. M_____ de justifier de sa qualité de mandataire professionnellement qualifié.
19. Le 30 mai 2018, M. M_____ a indiqué qu'il annulait sa représentation dans ce dossier.
20. 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 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 en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).
3. L'objet du litige porte sur le départ du droit à la rente d'invalidité entière allouée au recourant par l'intimé.

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^{er} janvier 2008).
5. En vertu de l'art. 28 al. 1 et 2 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 (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable ; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (al. 1). L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un 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 (al. 2).

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 et art. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que 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 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré.

6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. 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. A cet égard, il importe 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

En principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

7. 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).
8. 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 ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - 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 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

-
9. a. En l'occurrence, l'intimé a alloué au recourant une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 2015 ; il s'est fondé sur les conclusions du rapport d'expertise de la PMU du 3 mai 2017 selon lesquelles le recourant était totalement incapable d'assumer son activité de nettoyeur depuis le 16 juin 2012, puis avait recouvré une capacité de travail dans une activité sédentaire du 1^{er} janvier 2013 jusqu'en février 2014 et était en incapacité de travail totale depuis le 1^{er} mars 2014.

Il a considéré qu'au 16 juin 2013, soit à l'échéance du délai de carence d'une année (art. 28 al. 1 let b LAI) depuis le début de l'incapacité de travail, le 16 juin 2012, le degré d'invalidité du recourant était de 10 %, calculé sur la base d'un revenu sans invalidité de CHF 65'654.- et d'un revenu avec invalidité de CHF 59'088.-. Or, ce degré était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Dès le 1^{er} mars 2014, le recourant avait présenté une nouvelle atteinte à la santé, totalement incapacitante, de sorte qu'à l'échéance du délai de carence d'une année, le 1^{er} mars 2015, il avait droit à une rente entière d'invalidité.

b. Le recourant conteste sa capacité de travail totale dans une activité adaptée reconnue par l'intimé du 1^{er} janvier 2013 au 28 février 2014 ; il invoque une incapacité de travail totale depuis le 16 juin 2012, de façon continue. A cet égard, le recourant n'apporte aucun élément médical susceptible de remettre en cause l'expertise de la PMU, dont les conclusions quant à la capacité de travail du recourant sont motivées, de sorte qu'elles ne peuvent qu'être confirmées. Le recourant prétend ensuite à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 13 février 2013, date de sa demande de prestations. Cette conclusion est cependant clairement contraire aux dispositions précitées régissant l'ouverture du droit à la rente (art. 28 al. 1 let b et 29 al. 1 LAI). En particulier, c'est à juste titre que l'intimé a considéré que le délai de carence d'une année commençait à courir depuis le 1^{er} mars 2014, date de la nouvelle incapacité de travail totale du recourant pour motif psychiatrique (ATF 136 V 369 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C 294/2013 du 20 août 2013 et 9C 697/2015 du 9 mai 2016).

Enfin, le recourant semble contester le calcul de sa rente d'invalidité, en relevant que son salaire de base n'est pas de CHF 2'778.- mais de plus de CHF 4'500.-. A cet égard, le montant de CHF 2'778.- mentionné dans la décision litigieuse ne correspond pas au salaire sans invalidité du recourant mais à une retenue effectuée par l'intimé en faveur de la caisse de compensation AVS, comme rappelé ci-avant. Le salaire sans invalidité du recourant, admis par l'intimé en 2013 est de CHF 65'654.-, soit CHF 5'471.- par mois. Partant, le grief du recourant n'est pas pertinent.

10. Au vu de ce qui précède, le recours ne peut qu'être rejeté.
11. Étant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- 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 - 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

Julia BARRY

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