

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/399/2006

ATAS/1155/2006

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 13 décembre 2006

En la cause

Monsieur S_____, domicilié , à MEYRIN - GENEVE

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Jean-Louis BERARDI, Juge suppléant; Karine STECK et Maya CRAMER,
Juges**

EN FAIT

1. Le 16 août 2004, Monsieur S _____ (né le 1932) a requis de l'Office cantonal genevois de l'assurance-invalidité (OCAI) qu'il constate rétroactivement son taux d'invalidité au moment de sa retraite (novembre 1997), afin de « clarifier » sa position auprès de l'Office cantonal genevois des personnes âgées (OCPA).
2. A l'appui de sa demande, il a en particulier déposé un certificat médical de son cardiologue traitant, le docteur A _____, du 3 avril 1998, attestant qu'il suivait régulièrement le patient depuis juin 1989 pour une maladie coronarienne avec triple pontage aorto-coronarien en 1988, PTCA (percutaneous transluminal coronary angioplasty) en 1993, et PTCA et Stent sur le pont veineux de la circonflexe en août 1996. Pour ces raisons, le praticien a prescrit un arrêt de travail à 100% de septembre 1996 à juillet 1997, puis à 50% d'août à décembre 1997. Dans sa demande, l'assuré a également indiqué qu'il avait exercé une activité lucrative pour X _____ SA (FDS), de 1978 à 1997, et qu'il avait subi une incapacité de travail de 100% d'août 1996 à août 1997, puis de 50%, de septembre 1997 jusqu'à la retraite. ELVIA Assurances lui a versé les indemnités journalières correspondantes (p. 5, § 6.4.1 et 6.6.2).
3. Dans un rapport destiné à ELVIA Assurances, du 2 septembre 1996, le docteur A _____ a posé le diagnostic de maladie sévère des trois vaisseaux coronaires. Il a également indiqué que le patient subissait une incapacité de travail à 100% dès le 20 août 1996, et cela pour une durée indéterminée.
4. Dans une note du 25 septembre 2004, le médecin-conseil de l'OCAI a retenu que, vu le contexte cardiaque, il convenait d'admettre que la capacité de travail de l'assuré ne dépassait pas 50% dès août 1997 et qu'auparavant celle-ci était nulle d'août 1996 à juillet 1997. Il estimait en outre que la reprise à 50%, dès août 1997, était « *plutôt tardive sans raison claire* ».
5. Selon les renseignements téléphoniques obtenus par l'OCAI du service juridique de l'Office cantonal des personnes âgées (OCPA), les prestations complémentaires cantonales étaient plus élevées pour une personne invalide. En outre, la question de savoir si l'assuré concerné pouvait effectivement recevoir de telles prestations, alors même que l'assurance-invalidité ne lui aura pas versé de rente, serait étudiée au moment où celui-ci présenterait sa demande à l'OCPA (note d'entretien téléphonique du 27 septembre 2004).
6. Par décision du 14 décembre 2004, l'OCAI, après avoir procédé à une « *évaluation médico-théorique* » du cas, a retenu que l'assuré présentait un taux d'invalidité de 50% d'août à fin novembre 1997. Il a toutefois constaté que le droit à des prestations correspondantes était éteint en vertu de l'art. 24 LPGA.

7. Dans un courrier à l'OCAI du 29 (décembre) 2004, l'assuré a expliqué que le certificat du docteur A_____ du 3 avril 1998 ne reflétait pas sa situation médicale en 1997 et qu'il serait étonné que son cardiologue traitant lui eût permis de travailler cette année-là (« *I would be surprised if Dr Noble would have allowed me work in 1997* »), étant donné que, durant, l'hiver 1997/1998, il avait été incapable de traverser une rue sans avoir préalablement absorbé une "*nitroglycérine pill*" (dilatateur des artères), alors qu'en sa qualité de directeur de FDS, il devait fréquemment se rendre en Allemagne. L'assuré a d'autre part exposé que ce certificat du 3 avril 1998 avait été « *important* » pour ELVIA Assurances (avec laquelle il avait pu négocier le maintien d'indemnités journalières à 50%, de septembre à décembre 1997), ainsi que pour l'administration fiscale cantonale.
8. Par pli du 26 janvier 2005 (reçu le 28 janvier suivant), l'assuré a formé opposition à ladite décision. Il a allégué en substance qu'entre août et novembre 1997 son incapacité de travail était en réalité de 100%, et non de 50% seulement. Il avait demandé au docteur A_____ d'indiquer ce taux réduit (50%) dans son attestation du 3 avril 1998, afin de justifier, le cas échéant, auprès de l'administration fiscale cantonale le montant de l'indemnité pour perte de gain correspondante allouée par ELVIA Assurances durant cette période. Selon lui, en effet, cette assurance l'avait menacé, en août 1997, de résilier le contrat liant les parties si le taux d'incapacité de travail de 100% devait être maintenu au-delà de cette date. Il a encore rappelé que son état de santé durant la période en cause nécessitait la prise fréquente de nitroglycérine, ce qui rendait impossible l'exercice de son activité professionnelle, dans laquelle il était amené à voyager régulièrement.

A l'appui de son opposition, l'assuré a produit une scintigraphie myocardique, du 6 janvier 1997, révélant une ischémie importante.
9. Dans une note complémentaire du 28 février 2005, le médecin-conseil de l'OCAI a estimé que cet élément ne permettait pas de remettre en cause l'attestation du docteur A_____ du 3 avril 1998 (incapacité de travail à 50% d'août à novembre 1997), mais confirmait uniquement l'incapacité totale de travail en janvier 1997.
10. Par décision du 10 janvier 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition.
11. Par acte posté le 3 février 2006, l'assuré a saisi le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après : le Tribunal). Concluant implicitement à l'annulation de la décision litigieuse, il a exposé que le « *motif de (son) recours était que l'OCPA me reconnaisse un degré d'invalidité de 70% lors de mon entrée en 1997* ».
12. A l'appui de son recours, il a produit un compte-rendu opératoire du 19 mars 1988, ainsi que deux rapports des "établissement hospitalier" (clinique de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique et clinique de médecine), des 3 septembre et 27

novembre 1996, diagnostiquant en particulier une cardiomyopathie ischémique et un angor instable.

13. Dans sa prise de position du 1^{er} mars 2006, l'OCAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition. Renvoyant à son argumentation antérieure, cet Office a par ailleurs souligné que les documents médicaux présentés – attestant de problèmes déjà connus et pris en compte - ne permettaient pas de faire une appréciation différente du cas.
14. Interpellé par le Tribunal par actes des 18 juillet et 20 septembre 2006 au sujet du degré d'incapacité de travail de son patient entre août et décembre 1997 (50% selon le certificat du 3 avril 1998 ou 100% selon les déclarations de son patient ?), le docteur A_____, dans un courrier du 21 septembre 2006, a précisé avoir établi, le 15 janvier 1998, un certificat « *précisant que l'incapacité de Monsieur Schuller était de 100% de septembre 1996 à juillet 1997, puis une nouvelle période d'incapacité à 100% avait été décidée du 1^{er} août 1997 au 31 décembre 1997, en raison d'une aggravation de son angine de poitrine* ». A son avis, en considérant les examens spécialisés par coronographie effectués en particulier les 21 août et 18 novembre 1996, le patient était alors clairement et sévèrement handicapé par une angine de poitrine à l'effort. De ce point de vue, l'incapacité professionnelle était estimée à 100% pour la période du 1^{er} août au 31 décembre 1997. Le praticien ajoutait enfin que si ce patient lui avait précisé d'emblée qu'il était salarié (et non indépendant), il aurait bénéficié d'un certificat médical mensuel qui aurait apporté une clarté indiscutable à son dossier.
15. Dans un courrier spontané adressé au Tribunal le 20 juillet 2006, le recourant a expliqué en particulier qu'il n'avait pas eu de raison (en avril 1998) de s'inquiéter sur son état de santé passé, car il avait déjà pris la décision d'arrêter de travailler (« *In fact I had no reason (at that time April 1998) to worry about my past health condition as I had already taken the decision to stop working (...)* »).
16. Dans un avis complémentaire du 24 octobre 2006, le médecin-conseil de l'OCAI a estimé que s'agissant d'une angine de poitrine à l'effort, une activité de type sédentaire (bureau par exemple) pouvait être encore compatible à mi-temps en 1997, mais que s'il s'agissait d'un travail de force, l'incapacité était totale. Selon lui, le fait que l'assuré était encore en vie neuf ans plus tard tendait à démontrer que les traitements effectués jusqu'en 1996 (et aussi ceux suivis ultérieurement) avaient été efficaces, si bien que « *les performances physiques en 1997 ne devaient pas être trop altérées et donc compatibles avec un travail léger à 50%* ».
17. Par acte du 14 novembre 2006, l'OCAI a relevé que, dans le cas d'espèce, vu le temps écoulé depuis la survenance des faits, seule une évaluation médico-théorique lui paraissait raisonnablement possible. Pour le surplus, l'Office intimé s'en est remis à justice quant à la solution du litige.

18. Les autres faits et moyens de la cause seront examinés, en tant que de besoin, dans les considérants qui suivent.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

Par ailleurs, l'objet du recours vise à faire constater par le Tribunal de céans que l'assuré subissait, à la naissance de son droit à une rente de vieillesse (1^{er} décembre 1932 : art. 21 al. 2 LAVS), un taux d'invalidité supérieur à 50%, singulièrement de 70% (art. 55 al. 1 LPGA et 25 PA).

3. Interjeté en temps utile auprès de l'autorité compétente et dans les formes prescrites, par un assuré directement touché dans ses intérêts juridiquement protégés par la décision querellée, le présent recours est ainsi recevable.
4. A teneur de l'art. 25 PA (applicable par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA), l'autorité compétente sur le fond a qualité pour constater par une décision, d'office ou sur demande, l'existence, l'inexistence ou l'étendue de droits ou d'obligations fondés sur le droit public (al. 1). Elle donne suite à une demande en constatation si le requérant prouve qu'il a un intérêt digne de protection (al. 2) (cf. ATF 120 V 302 ; ATF 119 V 13 ; ATF 115 V 418). Cet intérêt doit être particulier, direct et actuel. L'intérêt digne de protection consiste donc en l'utilité pratique que l'admission de la demande apporterait à l'auteur de celle-ci. A défaut, l'autorité sera habilitée à ne pas entrer en matière sur la demande (ATF 120 1b 351 consid. 3a).

En l'espèce, l'assuré a un intérêt à faire constater que le degré de son invalidité, au moment d'atteindre l'âge de sa retraite (novembre 1997), était supérieur à celui retenu par l'OCAI dans sa décision sur opposition du 10 janvier 2006 (50%) et plus particulièrement que ledit taux était de 70% au moins. En effet, à teneur de la loi

sur les prestations cantonales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité, du 25 octobre 1968 (LPCC), ont droit aux prestations complémentaires cantonales les personnes qui sont au bénéfice d'une rente de l'assurance vieillesse et survivants ou d'une rente de l'assurance invalidité (art. 2 al. 1 let. b LPCC), ou qui ont droit à des prestations complémentaires fédérales sans être au bénéfice d'une rente de l'assurance-vieillesse et survivants ou de l'assurance-invalidité (art. 2 al. 1 let. c LPCC).

Par ailleurs, la décision de l'assurance-invalidité fédérale lie l'OCPA en ce qui concerne la cause de l'invalidité, le degré de l'incapacité de gain et la date de survenance de l'invalidité (art. 32 LPCC). Lorsque le bénéficiaire d'une prestation d'invalidité atteint l'âge lui permettant d'obtenir une prestation de personne âgée, celle-ci est calculée selon les normes prévues pour les invalides, conformément à l'art. 3, alinéa 2, lettre c. LPCC (art. 35 LPCC). En particulier, son revenu minimum cantonal d'aide sociale est calculé avec les montants prévus pour la couverture des besoins vitaux des invalides. Or, ce montant varie selon qu'il s'agit d'un invalide dont le taux d'invalidité est inférieur ou supérieur à 70% (art. 3 al. 1 let. d et let. e et al. 2 du Règlement d'application de la loi sur les prestations cantonales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité, du 29 juin 1999) (RLPCC), ce dernier taux correspondant à une rente entière (art. 28 LAI). Ainsi, le revenu minimum cantonal d'aide sociale garanti à un invalide dont le taux d'invalidité est inférieur à 70% s'élevait – au 1^{er} janvier 2005 - à 23'477 fr. (à l'instar d'une personne célibataire valide : art. 3 al. 1 let. a RLPCC), respectivement à 26 999 fr., s'il s'agit d'un invalide dont le taux d'invalidité est de 70% ou plus.

Au moment d'atteindre l'âge légal de la retraite, le recourant ne percevait *effectivement* aucune rente d'invalidité - faute d'en avoir réclamé le versement dans le délai quinquennal prévu à l'art. 24 LPGA. La question se pose dès lors de savoir si celui-ci réalise bien les conditions d'application de l'art. 2 al. 1 let. b LPCC, qui lie a priori l'octroi de prestations cantonales complémentaires au versement préalable d'une rente de l'assurance invalidité à l'assuré (« *au bénéfice d'une rente de l'assurance invalidité* »). En effet, à défaut pour l'intéressé de pouvoir prétendre à de telles prestations complémentaires, l'admission éventuelle de la présente action en constatation ne lui serait d'aucune utilité pratique.

Pareille question souffre, toutefois, de rester indécise en l'espèce, dans la mesure où, interpellé à ce sujet par la gestionnaire du dossier AI, l'OCPA n'a pas d'emblée exclu l'octroi de prestations complémentaires dans cette hypothèse (cf. note de la gestionnaire du dossier AI, du 27 septembre 2004).

Cela étant, il y a lieu de considérer que c'est à juste titre que l'Office intimé est entré en matière sur la demande en constatation de l'assuré (comp. ATFA du 21 août 2006, C/69/05, consid. 1 ; ATF 129 V 289 consid. 3.4).

5. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, le juge des assurances sociales 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).

D'autre part, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références).

En l'occurrence, dans son avis médical du 21 septembre 2006, le docteur A_____ a attesté que son patient avait été totalement incapable de travailler en particulier entre août et décembre 1997. En revanche, dans son certificat du 3 avril 1998, ce praticien a attesté que, durant cette même période, l'incapacité de l'assuré était de 50% seulement. Interpellé sur ce point par le Tribunal de céans, le docteur A_____ n'a fourni aucune explication satisfaisante permettant de lever pareille contradiction, se limitant à relever à cet égard que si l'assuré lui avait d'emblée exposé qu'il était salarié (et non indépendant), un certificat médical mensuel aurait apporté une clarté « *indiscutable à ce dossier* ». A cela s'ajoute que le docteur A_____ – qui ne se détermine d'ailleurs pas sur l'aptitude de son patient à exercer une activité de substitution adaptée à son état de santé - est le médecin traitant du recourant, ce qui justifie d'évaluer son avis avec circonspection, celui-ci étant 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 (ATF 125 V 351, consid. 3b).

On ne peut dès lors tenir pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante (cf. ATF 126 V 360, consid. 5b), que le recourant subissait une incapacité de travailler – respectivement de gain - supérieure à 50% durant la période litigieuse.

Au reste, au vu du laps de temps important écoulé depuis lors (dix années), une appréciation rétroactive de la capacité de travail et de gain de l'assuré, entre août et décembre 1997, s'avère pour le moins difficile, sinon vaine, si bien qu'il n'apparaît pas justifié d'ordonner une expertise médicale en l'espèce.

Au vu des considérations qui précèdent, le recours doit être rejeté.

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

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière

Le Juge suppléant

Marie-Louise QUELOZ

Jean-Louis BERARDI

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