

# **GE\_GERICHTE ATAS/1128/2012 vom 18. September 2012**

GE Cour de justice, 2012-09-18, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1128\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1128_2012)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1128/2012 du 18 septembre 2012

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1128/2012 del 18 settembre 2012

## **Erwägungen**

### **E. 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 1er 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.

### **E. 2**

Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; ATF 130 V 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2). 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; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la LPGA est applicable puisque la demande de prestations est postérieure à son entrée en vigueur le 1er janvier 2003. Sur le plan matériel, au vu des faits pertinents, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1er janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

### **E. 3**

Le recourant a été mis au bénéfice d'une rente limitée dans le temps, du 1er avril au 30 novembre 2010. L'objet du litige porte sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité au-delà de cette date.

### **E. 4**

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1er LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1er LPGA). 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

A/1020/2012 - 8/15 - 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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

### **E. 5**

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins, mais 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 LPGGA.

### **E. 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). 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). 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 LPGGA), 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 (ATF 125 V 351 consid. 3). Au sujet de la valeur probante d'un rapport médical, le Tribunal a rappelé dans un arrêt du 2 février 2010 (9C\_603/2009) que 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

A/1020/2012 - 9/15 - exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que les descriptions 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 351 consid. 3a p. 353 ; 122 V 157 consid. 1c p. 160 et les références).

» Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee; ATFA non publié I 592/99 du 13 mars 2000, consid. b/ee). En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. cc). 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). Ce principe s'applique tant au médecin de famille généraliste qu'au médecin spécialiste traitant, et tout particulièrement au médecin traitant les douleurs du fait de son rapport de confiance tout particulier et de la nécessité d'accepter d'emblée et sans conditions les douleurs dont se plaint le patient (ATFA non publié I 803/05 du 6 avril 2006, consid. 5.5).

A/1020/2012 - 10/15 - Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2).

## **E. 7**

En l'espèce, l'intimé a conclu que l'incapacité de travail du recourant avait pris fin le 31 août 2010. Pour ce faire, il s'est fondé sur le rapport d'expertise de la Dresse F\_\_\_\_\_, concluant que le recourant pouvait reprendre son activité à 50% dès le mois d'avril 2010 - avec une diminution de rendement de 10-20%, puis à 100% dès le mois de mai 2010 - avec une diminution de rendement de 10-20% lui permettant de modifier ses positions de travail avec passage de la position assise à debout le plus souvent possible, puis à 100% dès le mois de juin 2010 sans diminution de rendement, et en évitant tout travail nécessitant un porte de charge et une position du buste en porte-à-faux -, et le rapport du Dr. G\_\_\_\_\_, établi suite à une fracture du 5ème doigt de la main droite du recourant, selon lequel ce dernier pouvait reprendre son activité professionnelle à 100% dès le 1er septembre 2010. Le

recourant quant à lui estime que l'intimé n'avait pas à limiter ses prestations dans le temps, vu qu'aucune amélioration suffisante de son état de santé permettant une reprise d'une activité professionnelle ne s'était produite, et que son hernie et ses douleurs ayant ouvert un droit à une rente AI étaient toujours présentes au moment de la cessation du versement de la rente en novembre 2010. Il invoque à cet effet les certificats établis par son médecin traitant les 10 octobre 2011 et 16 mars 2012 selon lesquels les problèmes qui avaient conduit à la prise en charge de l'assuré par l'AI du 5 février au 1er septembre 2010 persistaient actuellement et allaient probablement persister dans le futur. Le recourant indiquait par ailleurs qu'il avait quoi qu'il en soit subi, dès septembre-octobre 2010, une péjoration de son état de santé. A cet argument, l'intimé rétorque que les documents susmentionnés n'amènent aucun élément médical permettant d'attester d'une aggravation de son état de santé, et que le certificat du 16 mars 2012 est identique à celui déjà produit par le recourant en octobre 2012 (soit préalablement au prononcé de la décision litigieuse le 7 mars 2012). Il s'agit donc de déterminer si c'est à bon droit que l'intimé a conclu à une capacité de travail totale dès le 1er septembre 2010, respectivement, si le recourant rend vraisemblable une persistance de ses problèmes de santé, respectivement, une

A/1020/2012 - 11/15 - aggravation de son état de santé dès les mois de septembre-octobre 2010, susceptibles d'influencer durablement la capacité de travail du recourant.

## **E. 8**

S'agissant tout d'abord des conclusions du Dr. G \_\_\_\_\_, il ressort des courriers du recourant qu'elles ne sont pas remises en question, la question litigieuse selon ses dires se situant au niveau de la persistance de la hernie discale et des douleurs qui y sont associées. Par conséquent, les conclusions du médecin seront également considérées comme probantes. En ce qui concerne le rapport d'expertise de la Dresse. F \_\_\_\_\_, on peut constater que l'expert a pris en compte le dossier médical du recourant et tous les rapports médicaux y relatifs, l'anamnèse personnelle et professionnelle de ce dernier ainsi que l'anamnèse de l'appareil locomoteur, l'anamnèse dirigée sur les lombalgies et l'anamnèse systématique, les antécédents médicaux, les plaintes (y compris une auto-évaluation de ces dernières et leur retentissement) et données subjectives du recourant, et l'examen clinique de ce dernier. Le diagnostic a été posé clairement, l'appréciation médicale du cas et les conclusions y relatives sont détaillées et motivées. On peut donc considérer que ce rapport doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. Cependant, ce qui est surtout déterminant en l'espèce, c'est que les médecins traitants du recourant sont parvenus aux mêmes conclusions que l'expert. Il est vrai que le Dr. A \_\_\_\_\_ a mentionné, dans son rapport du 28 mai 2010 - postérieur à l'expertise -, que le patient décrivait une persistance des douleurs dans le dos et dans la jambe. Il a toutefois expliqué qu'une première infiltration radiculaire avait bien soulagé la symptomatologie et que la récurrence de hernie discale paraissait peu importante du point de vue clinique. Plus important encore, le Dr. B \_\_\_\_\_ a constaté lui-même, dans ses rapports des 4 octobre 2010 et 22 mars 2011, que l'état de son patient était stationnaire depuis juillet 2010, et s'était progressivement amélioré depuis l'automne 2010 avec une diminution des douleurs, et plus aucune limitation fonctionnelle, rejoignant en cela les conclusions des Drs. F \_\_\_\_\_ et G \_\_\_\_\_. Les certificats postérieurs des 10 octobre 2011 et 16 mars 2012, établis par le Dr. B \_\_\_\_\_ ne permettent pas de renverser lesdites conclusions. En effet, si la Dr. B \_\_\_\_\_ a attesté dans ces documents d'une incapacité de travail perdurant au-delà de celle reconnue par l'expert et le Dr. G \_\_\_\_\_, il n'a nullement motivé cette incapacité. Il s'est ainsi contenté

d'indiquer en une phrase, sans formuler de diagnostic précis, que les problèmes qui avaient conduit à la prise en charge par l'AI du recourant du 5 février 2009 au 1er septembre 2010 persistaient actuellement et allaient probablement persister dans le futur. Il n'a donc nullement fait état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les

A/1020/2012 - 12/15 - conclusions de l'expert, ni précisé si cette incapacité de travail concernait l'activité habituelle du recourant, une activité adaptée, ou les deux, et surtout, il n'a expliqué en rien comment les problèmes de santé de son patient pouvaient perdurer depuis septembre 2010, alors que quelques mois plus tôt, il indiquait lui-même que les douleurs avaient progressivement disparu depuis l'automne 2010 et qu'il n'y avait plus aucune limitation fonctionnelle en mars 2011. Cela est d'autant plus étonnant qu'à l'appui de son certificat du 10 octobre 2011, le médecin traitant a produit un rapport d'IRM du 6 octobre 2011 qui indiquait que les données IRM lombaires étaient stables par rapport à celles du dernier examen postopératoire du 29 octobre 2009, avec une régression des petites zones d'œdème focal latéralisées à droite des plateaux vertébraux sus- et sous-jacents à l'espace intersomatique L3-L4 qui apparaissaient à l'examen précédent, et le reste du status lombaire inchangé par rapport à l'examen postopératoire. A cet égard, on peut d'autant plus mettre en doute la valeur probante du certificat médical du 10 octobre 2011, attestant d'une incapacité de travail totale dès le 26 septembre 2011 qu'il a été établi peu après l'envoi par l'intimé au recourant, le 19 septembre 2011, du premier projet de décision fixant un pleine capacité de travail du recourant dès le 1er septembre 2010 et la fin du versement de la rente le 30 novembre de la même année. Force est dès lors de constater que les certificats du Dr. B\_\_\_\_\_ ne permettent pas de mettre en doute ou renverser les conclusions des F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_, ainsi que les siennes propres des 4 octobre 2010 et 22 mars 2011 du reste. En ce qui concerne plus particulièrement le certificat du 16 mars 2012, on peut rappeler que même si cela avait été le cas, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 116 V 248 consid. 1a et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 287, consid. 4). L'incapacité de travail établie le Dr. B\_\_\_\_\_ le 16 mars 2012 (1er avril 2012 au 30 avril 2012) étant postérieure à la décision querellée, elle devrait ainsi faire l'objet d'une nouvelle demande de prestations si elle devait perdurer. Quant au recourant, il s'est contenté d'alléguer une péjoration de son état de santé dès octobre 2010, sans donner la moindre information sur sa capacité de travail ni produire le moindre rapport ou autre document médical appuyant ses déclarations. La Cour constate que cela ne permet pas de conclure à une aggravation de l'état de santé susceptible d'influencer durablement la capacité de travail du recourant postérieurement à l'expertise. C'est donc à bon droit que l'intimé a conclu à une capacité de travail totale dès le 1er septembre 2010.

A/1020/2012 - 13/15 - On peut encore relever qu'en réservant ses prétentions, le recourant semble craindre une péjoration de son état de santé à l'avenir. Si tel devait malheureusement être le cas, le recourant pourra déposer une nouvelle demande de prestations.

## **E. 9**

Reste à examiner la durée de versement de la rente. L'intimé a considéré qu'une incapacité de gain entière devait être admise durant la période comprise entre le 25 février 2009 et le 1er septembre 2010. Le recourant avait ainsi droit à une rente entière à l'issue de la période

de carence légale, soit le 1er février 2010 et la rente était supprimée trois mois après la fin de l'incapacité de travail, soit le 30 novembre 2010. Par ailleurs, la demande déposée le 1er octobre 2009 était tardive si bien que le versement de la rente ne débutait que le 1er avril 2010. S'agissant du début de l'incapacité de travail, la Cour de céans constate que les conclusions de l'intimé sont erronées. En effet, sur la base des éléments du dossier, l'incapacité de travail du recourant a débuté le 13 mars 2009, et non le 25 février de la même année. Cependant, les conclusions de l'intimé sur la date du début du versement de la rente sont exactes. En effet, l'art. 29 al. 3 LAI prévoit que la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance et que l'alinéa 1 de la même disposition prescrit que le droit à la rente ne peut naître, au plus tôt, que six mois après le dépôt de la demande à l'AI. Si une personne dépose à demande plus de six mois après le début de son incapacité de travail, il s'agit d'une demande tardive. Elle perd alors son droit à la rente pour tous les mois de retard (Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, nos 2025 et 2027). En l'espèce, le délai de six mois échet le 13 septembre 2009. Or, le recourant a déposé sa demande le 1er octobre 2009. Sa demande était par conséquent bel et bien tardive. De ce fait, la rente, qui aurait dû être versée dès le 1er mars 2009 si le recourant avait déposé sa demande avant le 13 septembre 2009, ne pouvait commencer à être versée que dès le 1er avril 2009, comme mentionné dans la décision de l'intimé. S'agissant enfin de la date de la fin de l'incapacité de travail, elle n'est pas critiquable, comme cela a été expliqué plus haut. Quant à la fin du versement de la rente, l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) prescrit que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Partant, ce n'est que trois mois après l'amélioration constatée que s'éteint le droit à la rente. Le recourant ayant recouvré une pleine capacité de travail dès le 1er septembre

A/1020/2012 - 14/15 - 2010, c'est donc à bon droit que l'intimé a fixé la fin du versement de la rente au 30 novembre 2010. Au vu de ce qui précède, la décision de l'intimée doit être confirmée. L'émolument, que la Cour de céans fixe à 200 fr., est mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

A/1020/2012 - 15/15 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.