

GE_GERICHTE ATAS/1365/2008 vom 26. November 2008

GE Cour de justice, 2008-11-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1365_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/1365/2008 du 26 novembre 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/1365/2008 del 26 novembre 2008

Erwägungen

E. 5

Le dossier de l'assuré a été soumis à la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI qui, dans un rapport du 11 mai 2007 a constaté que les diagnostics posés suite à des radiographies, par le Dr B _____ étaient les suivantes : status après fracture du cinquième métacarpien parfaitement consolidée et absence d'arthropathie significative objectivable de la main droite, ébauche d'arthrose métatarso-phalangienne du troisième rayon, ainsi qu'à un moindre degré, au niveau de la première articulation métatarso-phalangienne du pied droit, et attitude scoliotique dorsolombaire à convexité droite. L'assuré a été reçu en date du 11 mai 2007 dans le cadre d'un entretien préliminaire au cours duquel il a déclaré ne pas voir d'autre solution, dans sa situation, que l'octroi d'une rente entière. Il a expliqué avoir "mal partout", aux genoux, aux hanches, au dos, à la main droite et à une cheville. Il a indiqué avoir des difficultés pour écrire et pour effectuer tous les mouvements rotatifs et ne plus utiliser d'ordinateur. Il a expliqué que dès qu'il entreprenait une activité, il devait ensuite être mis en arrêt de travail après trois jours pour se reposer. Dans ces conditions, la division de réadaptation a considéré qu'elle ne pouvait l'accepter dans le cadre d'un processus de réadaptation (pièce 25 OCAI)

E. 6

Dans un rapport daté du 13 juin 2007, le Dr C _____, spécialiste FMH en médecine générale (pièce 32 OCAI), a posé les diagnostics de séquelle de fracture du cinquième métacarpien ostéosynthésée depuis 2002, syndromes dorso-lombo- vertébraux, polyarthralgies à répétition depuis l'enfance, asthme d'origine mixte depuis l'enfance, état anxio-dépressif lors des poussées algiques depuis 2002, status après de multiples récidives d'entorses des deux chevilles et hyperlaxité consécutive depuis 1999, ostéopénie radiologique aux chevilles depuis 1999, fracture de D3 en 1996, psoriasis en plaque et en goutte aux membres supérieurs et inférieurs depuis

A/2344/2008 - 5/13 - l'enfance. Il a ajouté à titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail : une hernie ombilicale et une gonarthrite. Le médecin a décrit l'état de son patient comme stationnaire. Il a expliqué le suivre depuis août 1999. L'assuré l'avait alors consulté pour de multiples épisodes de dorso-lombalgies s'alternant ou s'associant à des arthralgies aux deux hanches, aux deux genoux et aux chevilles. Ces épisodes étaient d'intensité très aiguë et son patient s'est trouvé à maintes reprises obligé d'appeler les urgences ou SOS Médecins, surtout la nuit. Cependant, les investigations de laboratoire et radiologiques n'ont jamais révélé de pathologie inflammatoire ou mécanique, telle qu'une hernie discale par exemple. Le médecin a ajouté avoir également revu le patient pour de multiples décompensations de son asthme mixte, allergique et irritatif, compensé relativement bien sous traitement, bien qu'il subsiste toujours un BPCO résiduel chronique. En juillet 2002, son patient s'est cassé le cinquième métacarpien droit. Par la suite, cette

main a toujours posé des problèmes, malgré de multiples consultations auprès de divers spécialistes. Ces ennuis se manifestent par une tuméfaction douloureuse qui apparaît sur le quatrième et le cinquième métacarpien droit au moindre effort, même à la simple écriture au stylo ou à l'utilisation du clavier d'ordinateur, ce qui oblige le patient à porter une attelle pendant quelques jours à chaque épisode. Une tentative de reprise du travail au Centre ornithologique s'est soldée par un échec en novembre 2003, la main droite du patient devenant algique et tuméfiée lorsqu'elle était soumise à des sollicitations mécaniques et/ou au froid. Le médecin a ajouté que des états anxio-dépressifs consécutifs aux arthralgies et dorso-lombalgies, aux décès successifs du père et de la mère de l'assuré, en 2003 et 2004, et à la perte de son travail en 2002, se sont manifestés. Vu la répétition des épisodes algiques, aussi bien dorso-lombaires qu'articulaires et des douleurs post-traumatiques de la main droite, auxquelles il fallait ajouter la fragilité psychologique que cela induisait, le médecin a émis l'opinion qu'une reprise du travail était tout à fait improbable, quelle que soit l'activité envisagée.

E. 7

L'assuré a été soumis à un examen clinique rhumatologique en date du 2 avril 2008 par le Dr D _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie auprès du Service médical régional AI (SMR; pièce 50 OCAI). De l'anamnèse générale, il ressort que l'assuré affirme avoir présenté des douleurs ostéo-articulaires, notamment au niveau des genoux et des hanches, quasiment depuis son enfance. Suite à un accident de la route en 1996, des douleurs rachidiennes à caractère mécanique se sont installées, d'intensité croissante avec le temps, s'accompagnant d'épisodes toujours plus répétés de blocages lombaires aigus survenant de manière imprévisible et spontanée. Suite à un épisode de lombalgies

A/2344/2008 - 6/13 - particulièrement violentes au mois de mars 2007, des investigations ont eu lieu, qui n'ont rien démontré. Depuis lors, le patient souffre de douleurs lombaires basses intermittentes, météo-dépendantes, diurnes et parfois nocturnes, s'accompagnant parfois d'exacerbations violentes. En parallèle à ces douleurs lombaires, il se plaint de fréquentes et importantes douleurs de la région cervicale, augmentant lors des mouvements de la nuque elle-même, mais également lors des mouvements sollicitant la racine des membres supérieurs. Il signale de plus des douleurs au niveau de l'épaule gauche, s'accompagnant parfois de déboîtements, des douleurs au niveau des coudes, surtout à droite, dans la région de l'épicondyle, survenant essentiellement lors des travaux sollicitant les membres supérieurs et un déploiement de force ou des mouvements de pro-supination. Mais l'assuré se dit avant tout surtout gêné par sa main droite, sur laquelle il persiste toujours une sensibilité excessive dans la région du cinquième rayon, ainsi qu'une intolérance lors des efforts manuels. Apparaissent alors rapidement d'importantes douleurs de la région du bord cubital de la main avec une nette enflure qui peut intéresser l'ensemble de la main. Il signale aussi un défaut d'enroulement du cinquième doigt, avec manque de force, entraînant le lâchage d'objets itératif. Le Dr D _____ a retenu à titre de diagnostics : des rachialgies communes, des douleurs et déficits fonctionnels post-traumatiques au niveau de la main, une probable lésion méniscale interne récente du genou droit, une épicondylite à droite, ainsi qu'un discret conflit sous-acromial de l'épaule gauche. Il a également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail, un psoriasis et un asthme bronchique. L'examen clinique a montré des troubles de la statique modestes au niveau du rachis et une limitation modeste également de la mobilité à tous les niveaux et dans tous les plans, même si la palpation du rachis, tant

cervical que dorsolombaire, a été annoncée comme douloureuse. Une discrète, mais incontestable amyotrophie de tout le moignon de l'épaule gauche a été constatée, ainsi qu'une mobilité légèrement limitée pour les mouvements extrêmes, avec des signes évocateurs d'un conflit sous-acromial. Au niveau du coude droit, quelques signes évocateurs d'une épicondylite ont été relevés. La main droite s'est montrée douloureuse à la palpation de la région dorsale du cinquième rayon et un discret défaut d'enroulement de ce cinquième rayon, d'importance fonctionnelle certainement modeste, a été mentionné. Un problème traumatique récent au niveau du genou droit a été relevé, mais il a été précisé que la mobilité de ce genou était toutefois nettement meilleure que ce qui avait été enregistré aux HUG en mars 2008. Il a été indiqué qu'il persisterait sans doute une fragilité biomécanique du genou droit dont il faudrait tenir compte dans la description des limitations fonctionnelles par la suite. En définitive, le médecin a considéré que même si l'assuré se considérait comme définitivement incapable de travailler, l'objectivité forçait à admettre qu'il existait une discordance entre les plaintes douloureuses majeures annoncées et les

A/2344/2008 - 7/13 - constatations objectives qui étaient en définitive modestes. Le médecin a relevé que figuraient au dossier différents rapports confirmant l'absence de lésions ostéo- articulaires objectives sévères. Il a conclu qu'il était légitime d'admettre, tout comme le médecin d'arrondissement de la SUVA, que dans une activité respectueuse des limitations fonctionnelles précises, l'assuré présentait une capacité de travail normale. Ces limitations fonctionnelles ont été décrites de la façon suivante : nécessité de pouvoir alterner régulièrement la position assise et la position debout (au moins deux fois par heure), éviter le soulèvement ou le port de charges, le déploiement de forces répétitives des membres supérieurs (tant en ce qui concernait les épaules au niveau de l'épicondyle de la main ou de l'épaule), le travail imposant des genuflexions répétées, les déplacements en terrain accidenté ou le franchissement régulier d'escaliers ou d'escabeaux. Le médecin a relevé que selon le Dr C _____, l'incapacité de travail était totale depuis le 1er juillet 2002. Se référant aux indications médicales précises fournies par le Dr A _____, le Dr D _____ a conclu que depuis le 1er décembre 2004, soit au moment où la SUVA avait décidé de suspendre ses prestations, l'assuré était apte à exercer à 100 % une activité respectueuse des limitations fonctionnelles rappelées précédemment. Le Dr D _____ s'est écarté de l'avis du médecin traitant, dont il a relevé qu'il se référait à la situation socioprofessionnelle difficile de l'assuré. Rappelant que l'assuré a indiqué avoir une formation commerciale complète, ainsi qu'une formation de psychothérapeute, et avoir travaillé durant plusieurs années comme sous-directeur d'un EMS, il a considéré que toutes les activités pour lesquelles il présentait des compétences étaient respectueuses des limitations fonctionnelles requises.

E. 8

Par décision du 26 mai 2008, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Se référant à l'examen rhumatologique, l'OCAI a considéré que la capacité de travail de l'assuré était préservée dans son activité habituelle de sous-directeur, ainsi que dans toute autre activité. Il a constaté au surplus que toutes les activités pour lesquelles l'assuré présentait des compétences (activités administratives vu son certificat fédéral de capacité d'employé de commerce) respectaient les limitations fonctionnelles qui étaient les siennes.

E. 9

Par courrier du 24 juin 2008, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il allègue que son état de santé ne s'améliore pas, bien au contraire, il s'aggrave de jour en jour. Il en veut pour preuve les opérations multiples qu'il sera amené à subir prochainement.

E. 10

Par courrier du 7 août 2008, l'assuré a produit un bref certificat médical émanant du Dr E_____, spécialiste FMH en médecine générale, daté du 27 juillet 2008, certifiant que l'assuré n'a plus la capacité de travailler à plus de 50 %.

A/2344/2008 - 8/13 -

E. 11

Invité à se déterminer, l'OCAI, dans sa réponse du 13 août 2008, a conclu au rejet du recours. Il fait remarquer que le Dr E_____ se contente d'attester que son patient n'a plus la capacité de travailler à plus de 50 %, sans apporter la moindre explication à cet égard, de sorte qu'il est impossible d'apprécier si l'état de santé de l'assuré a évolué depuis le dernier avis du SMR, rendu le 16 avril 2008.

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'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde, en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). En l'espèce, la décision litigieuse, du 26 mai 2008, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

A/2344/2008 - 9/13 - Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance- invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du

E. 16

décembre 2005). 3. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable. 4. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si le recourant peut prétendre une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement quel est le taux d'invalidité qu'il présente. 5. a) 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). 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 (art. 7 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 275 consid. 4a; 105 V 207 consid. 2). b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu 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 et les références). c) 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 est que les

A/2344/2008 - 10/13 - 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in *Revue Suisse des assurances sociales* [RSAS] 32/1988 p. 332ss.). d) Au sujet 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 (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son

patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant. e) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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 I 592/99 non publié du 13 mars 2000, consid. b/ee).

A/2344/2008 - 11/13 - 6. Le recourant conteste pouvoir travailler à plus de 50%; il allègue que son état de santé s'aggrave de jour en jour et qu'il sera bientôt amené à subir de multiples opérations. L'intimé considère quant à lui que la capacité de travail de l'assuré est préservée dans son activité habituelle de sous-directeur, ainsi que dans toute autre activité. Il a constaté au surplus que toutes les activités pour lesquelles l'assuré présentait des compétences (activités administratives vu son certificat fédéral de capacité d'employé de commerce) respectaient les limitations fonctionnelles qui étaient les siennes. L'OCAI base ses conclusions sur le rapport du Dr D_____. Ce rapport d'examen se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique du recourant et tient compte des plaintes rapportées par ce dernier. Il a été établi en pleine connaissance du dossier et ses conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradiction. Il y a donc lieu de lui reconnaître pleine valeur probante ce, d'autant plus que les conclusions du médecin examinateur rejoignent celles du Dr A_____, tant en ce qui concerne la capacité de travail de l'assuré que les limitations fonctionnelles à retenir. Le rapport du docteur D_____ n'est dès lors pas un avis isolé. Certes, le Dr C_____, médecin-traitant, a émis l'avis que son patient était désormais dans l'incapacité d'exercer la moindre activité lucrative. Mais il convient de relever qu'il argumente cet avis par le fait que la tentative de reprise de travail au centre ornithologique s'est soldée par un échec - ce qui est logique dans la mesure où cette activité ne respectait pas les limitations fonctionnelles précédemment énumérées et exposait l'assuré au froid. Par ailleurs, il invoque des éléments qui, ainsi que le fait remarquer le Dr D_____, se rapportent plutôt de la situation socio-professionnelle difficile de l'assuré. Quant à l'avis du Dr E_____, force est de constater qu'il n'est aucunement motivé, de sorte qu'il ne saurait suffire à jeter le doute sur les conclusions du Dr D_____. Il y a lieu d'ajouter, pour conclure, qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise (cf. arrêt du Tribunal fédéral du 5 janvier 2003, I 701/05, consid. 2 et les références, en particulier l'ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire : il n'en va autrement que si lesdits médecins traitants font

état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de cette dernière. Cette hypothèse n'est cependant pas réalisée en l'espèce.

A/2344/2008 - 12/13 - On retiendra donc que, sur le plan somatique, le recourant a recouvré une capacité de travail partielle de 50% dès le 1er janvier 2003, ainsi que l'a jugé la SUVA sur la base de l'avis du Dr A_____, puis de 100% dès le mois de mars 2004 (cf. avis du Dr A_____ du 23 mars 2004. La SUVA a d'ailleurs mis un terme à ses prestations dès le 1er avril 2004. Or, ainsi que le Tribunal fédéral des assurances l'a déclaré à maintes reprises, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. En l'occurrence, il convient donc d'admettre une incapacité de travail de 100% du 1er juillet au 31 décembre 2002 puis de 50% du 1er janvier 2003 au 31 mars 2004. Force est de constater que si l'assuré n'a pas droit aux prestations à l'heure actuelle dans la mesure où sa capacité de travail est théoriquement entière, il y a eu droit par le passé, à compter du 1er juillet 2003, soit à l'échéance du délai de carence d'une année, car sa capacité de travail était alors réduite - ainsi que l'a admis la SUVA sur la base des rapports du Dr A_____ - à 50%. Le taux de capacité de travail se confond en l'occurrence avec le degré d'invalidité. Le recours sera donc partiellement admis en ce sens que le recourant se voit reconnaître le droit à une demi-rente d'invalidité du 1er juillet 2003 au 30 juin 2004, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé (art. 88a du règlement du

E. 17

janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI]). Quant à l'allégation selon laquelle l'état du recourant s'aggraverait, elle ne peut être prise ici en compte dans la mesure où le pouvoir d'examen du Tribunal de céans se limite aux faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision litigieuse. En revanche, si cette aggravation devait se confirmer, il sera loisible à l'assuré de déposer auprès de l'OCAI une nouvelle demande de prestations. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est partiellement admis.

A/2344/2008 - 13/13 -

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