

## **GE\_GERICHTE ATAS/257/2009 vom 3. März 2009**

GE Cour de justice, 2009-03-03, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_257\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_257_2009)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/257/2009 du 3 mars 2009

IT: GE\_GERICHTE ATAS/257/2009 del 3 marzo 2009

### **Erwägungen**

#### **E. 21**

Par réponse du 27 octobre 2008, l'OCAI a proposé le rejet du recours et la confirmation de sa décision du 26 août 2008. Il a notamment précisé que les attestations des Drs S\_\_\_\_\_ et V\_\_\_\_\_ ne constituaient pas des avis médicaux portant un jugement sur l'état de santé de l'assuré ou indiquant dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci était incapable de travailler ou quels travaux étaient encore exigibles, de sorte que ces attestations n'étaient pas décisives pour l'issue du litige et pour justifier la mise en œuvre d'une expertise.

#### **E. 22**

Suite à la transmission de l'écriture de l'OCAI à l'assuré, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. En vertu de l'art. 58 al. 1 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours.

A/3487/2008 - 7/12 - 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 loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. 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; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce. 3. Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA). 4. Sont litigieux, en l'espèce, la capacité de travail de l'assuré, son degré d'invalidité et son droit à une mesure d'ordre professionnel. 5. Il convient tout d'abord d'examiner si l'OCAI était fondée à supprimer la rente d'invalidité à partir du 1er décembre 2006, soit singulièrement, d'examiner si une amélioration de l'état de santé de l'assuré est intervenue à partir du 1er septembre 2006 et si une mesure d'instruction complémentaire est nécessaire pour établir sa capacité résiduelle de travail. 6. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou

l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 41 LAI (ATF 125 V 417ss consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2), respectivement 17 LPGA. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, Arrêt du TF non publié du 28 décembre 2006, I 520/05, consid. 3.2).

A/3487/2008 - 8/12 - Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA et 4 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 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 sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 7. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. 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 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C\_773/2007, consid. 2.1). 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. 3b/bb et cc). 8. Par ailleurs, selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction,

A/3487/2008 - 9/12 - soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de

simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87) 9. En l'espèce, l'OCAI a, dans sa décision du 26 août 2008, octroyé à l'assuré une rente d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1er août 2005 au 1er décembre 2006, en se fondant sur les rapports du Dr R\_\_\_\_\_. Dans ses rapports de novembre 2006, le Dr R\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de lombo-pygalgies gauches chroniques dans un contexte de discopathie L4-L5 et L5-S1. L'état de santé s'améliorait et la capacité de travail de l'assuré était totale dès le 1er septembre 2006 dans une activité adaptée, soit par exemple en tant que concierge professionnel. Ce médecin a, en revanche, exclu qu'il puisse encore exercer la profession d'électricien. Ses limitations fonctionnelles concernaient les positions debout ou assise prolongées, le port de charges de plus de vingt kilogrammes, le travail en hauteur ou sur sol irrégulier et en pente ainsi que les mouvements des membres ou du dos répétitifs. Enfin, le Dr R\_\_\_\_\_ a joint à son rapport deux courriers de juillet et septembre 2006 adressés au Dr S\_\_\_\_\_, desquels il ressort d'une part, que son état de santé s'était amélioré, en raison d'une augmentation de la force et de l'endurance et d'autre part, qu'il était apte à exercer une activité lucrative depuis le mois de septembre 2006 et qu'il effectuait activement des recherches d'emploi. Certes le Dr R\_\_\_\_\_ se fonde-t-il, dans son rapport, sur une courte anamnèse, tient compte des plaintes de l'assuré, expose ses constatations objectives, soit notamment les résultats de ses examens et pose des conclusions claires en ce qui concerne tant la capacité de travail dans une activité adaptée que les limitations fonctionnelles. Il faut également constater que les déclarations de l'assuré vont dans le même sens que les conclusions du médecin. En effet, il avait, à la fin de l'année 2006, senti une réelle amélioration de son état de santé, ayant même décidé, en février 2007, de louer un stand de gaufres lui permettant de se réinsérer professionnellement. Cependant, le Dr R\_\_\_\_\_ n'explique pas pour quelles raisons il retient le diagnostic de lombo-pygalgies gauches chroniques dans un contexte de discopathie L4-L5 et L5-S1 et passe sous silence la possible existence d'une hernie discale L4-

A/3487/2008 - 10/12 - L5, alors même qu'il mentionne les IRM ayant mis en lumière cette hernie discale. On ne comprend ainsi pas si cette hernie discale, qui a été constatée dans les IRM des Drs L\_\_\_\_\_ et W\_\_\_\_\_ et diagnostiquée par la quasi-totalité des médecins traitants, dont le neurologue P\_\_\_\_\_, a disparu ou si elle était toujours présente, mais sans répercussion actuellement sur la capacité de travail de l'assuré. De plus, dans un contexte de lombalgies chroniques et de discopathie, le Dr R\_\_\_\_\_ préconise la reprise d'une activité en tant que concierge professionnel, bien qu'il atteste que l'assuré ne devrait notamment ni porter de charges de plus de vingt kilogrammes ni effectuer des mouvements des membres ou du dos répétitifs ou encore maintenir la position debout de manière prolongée. On ne conçoit ainsi pas de quelle manière l'assuré pourrait assumer un travail de concierge avec de telles limitations fonctionnelles, étant précisé qu'il n'a pas pu exercer de manière prolongée son activité au stand de gaufres, en raison précisément de ses lombalgies. L'assuré ne saurait ainsi, de façon vraisemblable, exercer l'activité de concierge, et ce d'autant moins si son hernie discale ne devait pas avoir disparu. Il apparaît

dès lors que le rapport du Dr R\_\_\_\_\_ n'a pas pleine valeur probante au sens de la jurisprudence, et ce dans la mesure où un point important de l'état de santé de l'assuré n'a pas été traité et en raison des contradictions contenues dans ses conclusions. 10. D'après la 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. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). En l'espèce, l'assuré a allégué avoir subi un violent blocage du dos en décembre 2007 et avoir été alité pendant un mois. Il s'agit là d'un fait qui doit être pris en considération, attendu que la décision de l'OCAI a été rendue en date du 26 août 2008. Il doit certes être constaté que dans le cadre de son recours, l'assuré ne produit aucun rapport de médecins attestant d'une éventuelle aggravation de son état de santé. Les certificats des Drs S\_\_\_\_\_ et V\_\_\_\_\_ ne permettent ni d'établir son état de santé, ni de connaître le facteur déclenchant de son blocage du dos, ni d'ailleurs de déterminer quels travaux seraient exigibles de lui. En revanche, ils mettent en exergue que l'assuré était en totale incapacité de travail pendant une période de deux mois. Quant à la Dresse N\_\_\_\_\_, elle avait déjà, dans son rapport d'expertise du 17 novembre 2004, retenu que le pronostic de l'état de santé de l'assuré était à long terme réservé, en raison des troubles dégénératifs et des possibles récurrences

A/3487/2008 - 11/12 - douloureuses, ce qui pourrait expliquer son blocage du dos. De plus, tous les médecins traitants de l'assuré, hormis le Dr R\_\_\_\_\_, avaient mis en évidence une hernie discale L4-L5 qui pourrait être également à l'origine de ce blocage. Force est toutefois de constater que le dossier ne contient aucun document médical étant susceptible de venir confirmer ou infirmer telle ou telle hypothèse. 11. Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OCAI s'est limité à suivre les conclusions du rapport du Dr R\_\_\_\_\_, sans instruire la question de la hernie discale L4-L5 dont souffrait l'assuré, atteinte qui pourrait expliquer son blocage du dos et qui doit être prise en considération pour déterminer son état de santé ainsi que les activités pouvant être effectuées. Au vu de ce qui précède, la cause n'est pas en l'état d'être jugée et devra ainsi être renvoyée à l'OCAI pour instruction complémentaire concernant l'état de santé de l'assuré, son éventuelle aggravation, pour fixation de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles, et nouvelle décision. 12. L'assuré obtenant partiellement gain de cause, une indemnité fixée en l'espèce à 1'000 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA en corrélation avec l'art. 89H al. 3 de la procédure administrative du 12 septembre 1985).

A/3487/2008 - 12/12 -

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