

GE_GERICHTE ATAS/449/2023 vom 16. Juni 2023

GE Cour de justice, 2023-06-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_449_2023

FR: GE_GERICHTE ATAS/449/2023 du 16 juin 2023

IT: GE_GERICHTE ATAS/449/2023 del 16 giugno 2023

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation

E. 1.1

judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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). Selon l'art. 69 al. 1 let. a LAI, 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. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à

E. 1.2

l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du

E. 1.3

19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du

E. 1.4

sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier une rente d'invalidité et/ou des mesures professionnelles.

E. 3

A/1538/2022 - 8/18 - Aux termes des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité

E. 3.1

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. Conformément à 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, mentale ou psychique 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). Selon l'art. 6 LPGA, 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 raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique ou psychique. 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. 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). Par ailleurs, 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). S'agissant de la notion d'incapacité de travail, il sied de préciser qu'est également incapable de travailler toute personne qui ne peut exercer son activité qu'en risquant d'aggraver son état de santé (Ulrich MEYER/ Marc REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 4ème éd. 2022, n. 3 ad art. 4 LAI et les références). En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au

E. 3.2

plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la

A/1538/2022 - 9/18 - date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. L'art. 28 al. 2 LAI, dans sa version, applicable en l'occurrence, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, prévoit que 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. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance. Selon la jurisprudence constante, seule l'incapacité de travail a de l'importance pour le délai d'attente. Il faut entendre par là - en tout cas dans le cadre de l'art. 29 al. 1 LAI - la perte de capacité fonctionnelle dans la profession ou le domaine de tâches exercé jusqu'alors, due à l'atteinte à la santé, tandis que les conséquences financières d'une telle perte sont en principe sans importance pour son évaluation pendant le délai d'attente (ATF 105 V 156 consid. 2.a ; 97 V 231 consid. 2 ; Michel VALTERIO, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, n. 9 ad art. 28 LAI). L'incapacité de travail au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI correspond donc, chez les personnes qui exercent une activité lucrative, aux empêchements médicalement constatés dans la profession ou l'activité qu'elles exerçaient jusqu'alors (ATF 130 V 97 consid. 3.2 ; voir aussi l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_174/2013, 8C_178/2013 du 21 octobre 2013, consid. 3.1) et chez celles qui n'exercent pas, à la diminution – attestée médicalement – du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97 consid. 3.3). Cela étant, la jurisprudence a précisé que la diminution sensible du rendement ne doit pas nécessairement coïncider avec la cessation ou la réduction de l'activité. Il se peut en effet que l'assuré puisse, malgré une contre-indication médicale, continuer à travailler grâce à des aménagements du poste de travail (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I

238/05 du 2 novembre 2005 consid. 2.2). Le délai d'attente pourra en revanche commencer lorsque l'assuré continue de travailler au-delà de ce qui est raisonnablement exigible, c'est-à-dire au risque d'aggraver son état de santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_724/2011 du 24 juillet 2012 consid. 4.3 ; VALTERIO, op. cit., n. 9 ad art. 28 LAI). En outre, s'il y a incapacité de travail, le délai d'attente peut également commencer à courir lorsque l'assuré se trouve notamment au bénéfice d'un salaire social (arrêt du Tribunal fédéral 9C_685/2008 du 26 novembre 2008 consid. 2.2.1). Il peut en aller de même lorsque l'employeur continue à verser le salaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_395/2014 du 2 septembre 2014 consid. 4.3 ; VALTERIO, op. cit., n. 11 ad art. 28 LAI). Selon l'art. 29ter RAI, il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail

A/1538/2022 - 10/18 - pendant 30 jours consécutifs au moins. Par contre, le délai ne sera pas interrompu lorsque l'activité exercée met manifestement à trop lourde contribution les forces de l'assuré (Recueil officiel des arrêts du Tribunal fédéral des assurances 1963 p. 260 consid. 3 p. 293 ; VALTERIO, op. cit., n. 15 ad art. 28 LAI). Dans l'assurance-invalidité, l'invalidité est survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. S'agissant de la détermination du droit à une rente d'invalidité, il faut ainsi examiner si les conditions de l'art. 28 al. 1 LAI sont remplies. Contrairement à l'assurance-invalidité, l'assurance-accidents est, quant à elle, chargée du traitement de l'atteinte à la santé (cf. art. 10 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981; RS 832.20) et le droit à une rente de cette assurance ne dépend pas de la durée de l'incapacité de travail, mais du moment à partir duquel il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et du terme d'éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité. Les offices AI n'ont, quant à eux, pas à attendre l'issue des mesures thérapeutiques, ni la stabilisation du cas, mais sont tenus d'évaluer la capacité de gain des assurés bien avant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 8.2). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y

E. 3.3

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. À 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

A/1538/2022 - 11/18 - (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). 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. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). 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/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires

E. 3.4

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).

A/1538/2022 - 12/18 - Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des

assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des

E. 3.5

décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

E. 4

En l'espèce, l'intimé estime que l'incapacité de travail du recourant n'a duré qu'entre les mois de décembre 2020 et juin 2021, soit moins d'une année, de sorte que les conditions permettant l'octroi d'une rente ne seraient pas remplies. Par ailleurs, il considère que, s'il y a eu une potentielle aggravation, celle-ci est intervenue postérieurement à la décision litigieuse et qu'en conséquence la demande de prestations du recourant est prématurée. Le recourant se réfère, quant à lui, aux avis de ses médecins traitants, les Drs E_____, D_____ et C_____, pour faire valoir que son état de santé s'est fortement aggravé. Il ressort du dossier que le recourant présente des cervico-brachialgies, pour lesquelles il est suivi depuis 2014 et a été opéré en 2019 par le Dr C_____ avec pose de cage C5-C6 et C6-C7 (cf. rapport du 15 avril 2021 du Dr I_____, rapports des 30 avril et 2 août 2021 du Dr D_____, rapport du 17 mai 2021 du Dr E_____).

A/1538/2022 - 13/18 - En raison de ces cervico-brachialgies – qui le faisaient à nouveau souffrir depuis 2020 –, le recourant s'est soumis, entre avril et mai 2021, à plusieurs examens cervicaux (clinique, ENMG et IRM), lesquels montrent des signes de canal carpien modéré (sans aggravation depuis 2014 ; cf. rapport du 15 avril 2021 du Dr I_____) mais surtout une accentuation de la compression située en C4-C5, avec compression plus marquée des racines C5 droites (cf. rapport du 15 avril 2021 du Dr I_____, rapports des 18 mai et 2 août 2021 du Dr D_____). En outre, depuis 2020, le recourant souffre de lombalgies (rapport du 30 avril 2021 du Dr D_____ et rapport du 17 mai 2021 du Dr E_____). Une première IRM lombaire réalisée le 13 avril 2021 met en évidence une sténose canalaire sévère en L3-L4, « de score Schizas C » et d'étiologie mixte (débord discal, arthrose postérieure et lipomatose épидurale), ainsi qu'une sténose foraminale sévère en L4-L5 bilatérale, possiblement conflictuelle avec les racines L4 (cf. rapport du 13 avril 2021 du Dr J_____). Le 31 mars 2022, le recourant a passé une nouvelle IRM lombaire, laquelle met en évidence une sténose foraminale significative, « grade C selon Schizas », en L3-L4 et L4-L5 mais également une sténose foraminale significative en L5-S1 bilatérale pouvant être à l'origine d'une irritation à l'émergence de L5, ainsi que de l'arthrose

facettaire postérieure pluri- étagée avec une discrète poussée congestive en L4-L5 bilatérale (cf. rapport du 31 mars 2022 du Dr G_____). Le 4 avril 2022, le recourant a bénéficié d'une infiltration lombaire en L4-L5 (cf. rapport du 4 avril 2022 du Dr H_____). En mai 2022, le Dr C_____ relevait que le recourant se plaignait d'une symptomatologie lombaire, irradiant dans les deux membres inférieurs, surtout à droite, accentuée par la mise en charge et certains mouvements (tels que celui de se redresser à partir d'une flexion) et que si la position assise était plutôt bien tolérée, le recourant déplorait également des troubles de la sensibilité de la cuisse droite et des douleurs irradiant dans l'aîne. Selon ce neurologue, ces atteintes avaient un impact majeur sur la capacité de travail. En outre, se référant à l'IRM du 31 mars 2022 (mettant en évidence une sténose sévère L4-L5, une sténose plus discrète L3-L4 et une sténose des récessus L5-S1), il proposait de réaliser une laminectomie décompressive. Il estimait que « ces éléments » devaient conduire l'intimé à reconsidérer sa décision de refus de prestations (cf. rapport du 11 mai 2022). Il retenait les diagnostics, avec effets sur la capacité de travail, de canal lombaire étroit et de parésie C7 persistante à droite – le recourant n'ayant jamais vraiment récupéré après son opération de 2019 – et de lombosciatalgies en relation avec un canal lombaire étroit sévère. Il estimait que la capacité de travail était nulle dans sa profession antérieure mais qu'elle serait de trois à quatre heures de travail par jour dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, qui concernaient les travaux avec les bras au-dessus des épaules, ainsi que les travaux debout et les piétinements sur place (cf. rapport du 19 mai 2022). Selon le Dr E_____, en juillet 2021, la capacité de travail du recourant était de 50% dans son activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée

A/1538/2022 - 14/18 - (cf. questionnaire rempli le 7 juillet 2021). En 2022, ce médecin retenait des atteintes articulaires dégénératives (de type arthrose) et sévères, qui se cumulaient et s'aggravaient, au niveau de la nuque, des lombaires et de l'épaule droite, résultant notamment d'une usure dans le contexte de l'exercice d'un métier manuel avec port de charges lourdes, mouvements répétitifs et usage des bras en l'air. Il mentionne que malgré les mises en garde de ses médecins (les Drs C_____, D_____ et lui-même), le recourant a voulu reprendre son emploi. Par ailleurs, le Dr E_____ considérait que l'atteinte lombaire résultait des mêmes causes que l'atteinte cervicale qui avait motivé le recourant à déposer sa demande AI (cf. rapport du 27 septembre 2022 du Dr E_____). En mai 2021, le Dr D_____ relevait, en comparant l'IRM cervicale réalisée entre avril et mai 2021 aux examens réalisés antérieurement, une accentuation de la compression située en relation avec le segment C4-C5 avec une compression plus marquée qu'en 2019 de la racine C5 droite. Il estimait que la poursuite de son activité professionnelle, physiquement exigeante, était à risque dans le contexte d'une décompression étagée de la situation au niveau cervical ou d'une aggravation de la problématique lombaire (cf. rapport du 18 mai 2021). En août 2021, ce neurologue mentionnait que le recourant présentait des cervico-brachialgies persistantes depuis 2020 et toujours présentes en 2021, se caractérisant par des douleurs et des paresthésies du membre supérieur droit. Il estimait que les examens réalisés en 2021 avaient confirmé une aggravation de la cervico-discarthrose située en C4-C5 avec compression plus marquée des racines C5 droites. En tenant uniquement compte de la pathologie cervicale, il réitérait les risques d'aggravation de l'état de santé sans adaptation professionnelle, relevant que s'ajoutaient en plus des cervico-brachialgies, des lombalgies. Selon le Dr D_____, il fallait envisager, pour autant qu'il n'y ait pas d'aggravation de la situation au niveau cervical, un reclassement professionnel dans une activité dépourvue totalement de port de charges et évitant le maintien prolongé d'une

position. Si la situation s'aggravait, il estimait que la possibilité d'une rente devrait même être envisagée. Interrogé par la chambre de céans en 2023, le Dr D _____ a rappelé qu'il suivait depuis longtemps le recourant dans le contexte des cervico-brachialgies et que cette situation nécessitait de longue date une adaptation de l'activité professionnelle, en raison des risques d'aggravation, voire de décompensation aiguë, liés au port de charges et aux mouvements répétés. Il estimait que le recourant avait toujours été extrêmement volontaire et avait souhaité poursuivre son activité malgré les déficits et les risques discutés. Il estimait que la survenance des problèmes lombaires ne faisait que renforcer sa conviction. Il n'avait jamais rédigé personnellement d'arrêt de travail en faveur du recourant, lequel était, selon lui, victime de son volontarisme mais il considérait que chez un patient normal, un arrêt de travail à 100% dans l'activité exigeante physiquement de concierge/jardinier aurait déjà été rédigé de longue date.

A/1538/2022 - 15/18 - Quant au SMR, il s'est référé en particulier au rapport du 19 mai 2022 du Dr C _____ pour retenir que la capacité de travail dans une activité adaptée est de 50% dès le 27 mars 2021, puis de 100% dès le 1er juillet 2021 et que, en raison d'une aggravation de l'état de santé du recourant objectivée lors de l'IRM lombaire du 31 mars 2022, elle est d'au maximum 50% dès cette date. Selon le SMR, l'activité adaptée doit respecter les limitations fonctionnelles d'épargne du rachis cervical, lombaire et de l'épaule droite et l'activité de concierge/jardinier n'est plus exigible si elle ne respecte pas ces limitations. La chambre de céans constate d'abord que si le SMR retient dans une activité

E. 4.1

adaptée une capacité de travail de 50% dès le 27 mars 2021, de 100% dès le 1er juillet 2021 et de 50% maximum dès le 31 mars 2022, il indique ne pas pouvoir se prononcer sur la capacité de travail dans l'activité habituelle du recourant, ne connaissant pas avec précision la répartition du cahier des charges du poste de travail. Or, le Dr E _____ estimait déjà en juillet 2021 que le recourant présentait des limitations fonctionnelles du type port de charges, mouvements répétitifs, travail avec les bras en l'air et que la capacité de travail était de 50% seulement dans l'activité habituelle. En outre, interrogé par la chambre de céans sur la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle de concierge/jardinier durant la période du 1er janvier 2021 au 31 mars 2022, le Dr D _____ a expliqué qu'il n'avait personnellement jamais rédigé d'arrêt de travail mais qu'il estimait que le recourant était victime de son volontarisme et que chez un patient normal, un arrêt de travail à 100% dans l'activité exigeante physiquement de concierge/jardinier aurait déjà été rédigé de longue date. La position de ces deux médecins est parfaitement crédible, ce d'autant plus que, selon les renseignements transmis par l'employeuse, l'activité habituelle du recourant nécessite une grande endurance et comporte notamment des tâches d'entretien du jardin extérieur, de marche et de station debout, de port de charges légères à lourdes, d'entretien et de réparation des machines, d'assistance des propriétaires et locataires, de passage de l'aspirateur et nettoyage en montées et de balayage des garages et parking. Cette activité ne respectait dès lors plus les limitations fonctionnelles du recourant déjà présentes en 2021. Par ailleurs, bien que le recourant ait officiellement repris son poste de travail à 100% dès juillet 2021 auprès de son employeuse, il explique à plusieurs reprises avoir dû insister auprès de ses médecins pour reprendre le travail, par peur de perdre son emploi, mais ne plus honorer tout son cahier des charges en raison de ses atteintes. Quoi qu'il en soit, il sied de rappeler qu'est également incapable de travailler au sens de l'art. 4 LAI, toute personne qui ne peut exercer son activité qu'en risquant d'aggraver son état de santé (cf.

supra consid. 3.1).

A/1538/2022 - 16/18 - Or, force est de constater que l'état de santé du recourant s'est encore aggravé, ce qui vient confirmer la position des médecins traitants, en particulier du Dr D_____, qui a répété à plusieurs reprises que la poursuite d'une activité professionnelle, physiquement exigeante comme l'activité habituelle du recourant, était à risque d'une aggravation des problèmes cervicaux et/ou lombaires. D'ailleurs, les Drs C_____, et E_____, de même que le SMR, retiennent tous une aggravation de l'état de santé du recourant qui serait intervenue antérieurement à la décision litigieuse du 2 mai 2022. Le SMR a estimé que cette aggravation est objectivée par l'IRM du 31 mars 2022. Cette IRM met effectivement en évidence une nouvelle atteinte lombaire en L5-S1 qui n'apparaissait pas à l'IRM du 13 avril 2021 et en raison de laquelle, d'ailleurs, une infiltration a été effectuée le 4 avril 2022. Certes, les derniers rapports des médecins traitants, faisant notamment état de cette aggravation (cf. rapports des 11 et 19 mai 2022 du Dr C_____, et du 27 septembre 2022 du Dr E_____) ont été établis postérieurement à la décision entreprise, cela étant ils se réfèrent au même état de santé révélé par l'IRM du 31 mars 2022. Il convient ainsi également de reconnaître qu'une aggravation, avec des conséquences sur la capacité de travail du recourant, est bien intervenue avant que l'intimé ne rende sa décision du 2 mai 2022. Au vu de tous ces éléments et des atteintes attestées par les médecins traitants et reconnues par le SMR, il apparaît, au degré de la vraisemblance prépondérante, que depuis le début de son incapacité de travail en décembre 2020, le recourant n'a jamais récupéré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de concierge/jardinier. Tout au plus, a-t-il recouvert une capacité de travail de 50% maximum dans son activité habituelle. Il sied dès lors de retenir que depuis décembre 2020, la capacité de travail dans l'activité habituelle n'a jamais été supérieure à 50% et ce jusqu'à l'aggravation de l'état de santé du recourant, laquelle, selon le SMR, a causé une incapacité totale de travailler dans l'activité habituelle. Dès lors, la condition d'incapacité de travail de 40% au minimum en moyenne durant le délai d'attente d'une année était remplie et l'intimé ne pouvait pas rejeter la demande du recourant sur cette base. Le fait que le recourant ait repris son poste de travail à 100% dès juillet 2021 et continué à percevoir son salaire n'a, à ce stade, pas d'importance. Cependant, il convient de rappeler qu'il occupait ce poste auprès de la même employeuse depuis plus de 20 ans et que plusieurs éléments au dossier tendent à dire qu'il ne remplissait vraisemblablement plus tout son cahier des charges de concierge/jardinier. Aussi pourrait-on se poser la question d'un éventuel salaire social, que l'intimé devra instruire auprès de l'employeuse.

E. 5

Partant, la décision querellée sera annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.

A/1538/2022 - 17/18 - L'assuré n'étant pas représenté, aucune indemnité ne lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 200.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).

A/1538/2022 - 18/18 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant À la forme :

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