

## **GE\_GERICHTE A/3572/2008 vom 8. April 2009**

GE Cour de justice, 2009-04-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3572\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3572_2008)

FR: GE\_GERICHTE A/3572/2008 du 8 avril 2009

IT: GE\_GERICHTE A/3572/2008 del 8 aprile 2009

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 08.04.2009  
A/3572/2008

A/3572/2008 ATAS/426/2009 du 08.04.2009 ( AI ) , PARTIELMNT ADMIS En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3572/2008 ATAS/426/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 5 du 8 avril 2009 En la cause Monsieur H\_\_\_\_\_, domicilié à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître METZGER David recourant contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Monsieur H\_\_\_\_\_, né en 1954, est horticulteur-paysagiste de formation. Il est né en France et y a travaillé comme gardien, magasinier-vendeur, ambulancier et maître-monteur. Depuis son arrivée en Suisse, en 1997, il a travaillé en tant que contrôleur-monteur commercial de 1997 à 1999. Dès octobre 2000, il était employé en tant que travailleur temporaire dans le bâtiment. En dernier lieu, il était employé municipal temporaire à la voirie. En 2003, son salaire était de 32 fr. 50 l'heure, avec une durée de travail de 40 heures par semaine. Le 16 juillet 2003, il est victime d'un accident de travail qui lui occasionne une déchirure méniscale gauche traitée par arthroscopies le 14 août 2003 et le 9 mars 2004. Les suites de cet accident sont prises en charge par la Caisse nationale suisse en cas d'accident (SUVA). Du 7 au 29 octobre 2004, il suit un stage aux ateliers professionnels de la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR). Selon le rapport du 7 octobre 2004 de M. I\_\_\_\_\_, maître socio-professionnel dans cette clinique, l'assuré a très bien fonctionné en atelier durant la première période. Au fur et à mesure, il est cependant devenu de plus en plus plaintif et ne pouvait plus réaliser les travaux. Selon le rapport du 22 novembre 2004 de la CRR relatif au séjour de l'assuré du 5 octobre au 3 novembre 2004 dans cette clinique, l'assuré présente des gonalgies gauches, une déchirure du ménisque interne gauche traitée par arthroscopie et une chondropathie. A titre de comorbidités, les médecins de la CRR mentionnent une plaie de la main droite avec section tendineuse, une fracture du pied gauche en 1972, une cardiopathie hypertrophique avec troubles du rythme à type de tachycardie supra-ventriculaire, une épilepsie essentielle et des discopathies C3-C4, L4-L5. Dans le cadre de son séjour, l'assuré fait également l'objet d'une évaluation psychiatrique par le Dr L\_\_\_\_\_, lequel évoque un trouble de la personnalité avec une certaine instabilité professionnelle et une notion de toxicomanie au travail. Il y a des antécédents d'états dépressifs. L'assuré ne présente cependant pas de trouble de la personnalité à proprement parler, au vu de l'absence de souffrance et d'un fonctionnement psychosocial satisfaisant. Selon les conclusions des médecins de la CRR, l'examen clinique est rassurant, les importantes limitations fonctionnelles restent difficiles à expliquer par les seules constatations objectives et ne semblent plus avoir une grande relation avec l'accident initial. Les douleurs évoquées sont le principal obstacle à la reprise d'activités. La capacité de travail est de 50 % dans la profession d'employé de voirie. Par

demande reçue le 30 novembre 2004, l'assuré requiert des prestations de l'assurance-invalidité, en vue d'une orientation professionnelle. Dans son rapport du 22 décembre 2004, la Dresse M\_\_\_\_\_, généraliste et médecin traitant, pose les diagnostics de distorsion du genou gauche avec lésion méniscale et de chondropathie. Elle diagnostique également une tendinopathie chronique du sus-épineux droit depuis un an. La capacité de travail est nulle depuis la survenance de l'accident. L'activité exercée jusqu'ici est encore exigible à 50 %. On peut exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité en position assise et sans port de charges. Selon le rapport médical du 18 février 2005 du Dr N\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'Office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE), l'assuré présente une incapacité de travail totale dans l'activité exercée jusqu'alors. Dans une activité adaptée, sans manutention lourde avec le bras droit, sa capacité de travail est de 50%. Le 3 mai 2005, l'assuré est victime d'un accident de la circulation avec un coup du lapin. Le diagnostic d'entorse cervicale est émis. Suite à cet accident, il se plaint de cervicalgies, de vertiges et de céphalées. L'IRM pratiqué le 27 juin 2005 met en évidence une spondylarthrose au niveau du canal rachidien cervical avec un aspect inflammatoire de la discopathie C5-C6, un rétrécissement du canal rachidien cervical compris entre la troisième et la sixième vertèbre cervicale, ainsi qu'une réduction considérable de la lumière du trou de conjugaison C5-C6 par une importante uncarthrose. Le 26 septembre 2005, l'assuré est examiné par le médecin d'arrondissement de la SUVA. Il se plaint de problèmes au niveau de l'épaule droite avec troubles de la mobilité en élévation. Ce problème ne concerne cependant pas l'assurance-accidents. Concernant son genou gauche, il se plaint de douleurs à la marche, en position debout ou assise prolongée avec difficultés de monter ou descendre les escaliers et l'impossibilité de marcher en terrain inégal. Il suit un traitement médicamenteux pour un problème épileptique datant de l'adolescence. Il se plaint également de douleurs cervicales basses, sans irradiation vers le membre supérieur, qui lui occasionne des maux de tête. Le Dr O\_\_\_\_\_, chirurgien à la SUVA, constate que l'assuré a une mobilité de la tête et de la colonne cervicale sans aucune restriction, alors que l'autolimitation est évidente pendant l'examen. Dans son appréciation, ce médecin indique que l'examen clinique est pauvre et en discordance avec les plaintes algiques. Les examens radiologiques ne mettent en évidence qu'une discrète arthrose débutante au niveau du compartiment interne des deux genoux (étant précisé que seul le genou gauche intéresse l'assurance-accidents). Au niveau cervical, il fait remarquer qu'il s'agit d'une contusion bénigne. Les examens complémentaires n'ont montré aucune lésion de type traumatique. Les plaintes au niveau de l'épaule droite et du rachis dorso-lombaire ne concernent pas la SUVA. Quant au traumatisme cervical subi le 3 mai 2005, on peut considérer que les conséquences délétères de l'accident sont éteintes. Les limitations pour le genou gauche sont les suivantes : pas de surcharge, ni de position debout ou assise prolongée, ni de marche sur de longues distances, ni monter ou descendre fréquemment les escaliers, ni d'activité en terrain inégal. Dans une activité respectant ces restrictions, privilégiant les changements de position et la position assise, l'assuré pourrait travailler à plein temps avec un plein rendement, compte tenu des seules séquelles au genou gauche. Par décision du 29 septembre 2005, la SUVA met fin aux prestations avec effet au 31 octobre 2005. Dans son rapport du 28 décembre 2005, la Dresse M\_\_\_\_\_ déclare que l'état de son patient s'est aggravé, à la suite de l'accident de voiture du 3 mai 2005. Elle diagnostique des cervicalgies post-traumatiques chroniques et une exacerbation des autres douleurs, surtout de l'épaule droite et du genou gauche. Dans les limitations fonctionnelles, elle observe des difficultés pour tourner la tête, des vertiges et des céphalées fréquentes. On ne peut pas envisager un

retour au travail ultérieurement, en raison des problèmes chroniques, notamment cervicaux. Dans son rapport du 28 février 2006, la Dresse M \_\_\_\_\_ confirme les diagnostics précédents. A titre de mesures thérapeutiques, elle mentionne des infiltrations, la physiothérapie et un bilan neurochirurgical. Son patient a des difficultés pour tourner la tête, présente des vertiges après une longue position debout, des lombalgies et des gonalgies gauches chroniques en augmentation. Il y a une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. Selon l'avis médical du 10 mai 2006 du médecin-conseil de l'OCE, l'assuré présente une incapacité de travail définitive aux motifs suivants : "Tenant compte de nombreux facteurs, avec surtout un manque de motivation évident, il me semble que ce patient ne pourrait plus travailler." A la demande de l'Office cantonal de l'assurance invalidité (ci-après : OCAI), l'assuré est soumis, en novembre 2006, à une expertise multidisciplinaire au Centre d'expertises médicales de la Policlinique médicale universitaire de Lausanne, fonctionnant en tant que Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI). Dans leur rapport du 6 mars 2007, les Drs P \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, Q \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, et R \_\_\_\_\_, psychiatre, mentionnent que l'expertisé se plaint de gonalgies gauches permanentes, présentes dès le réveil, augmentant à la marche de plus de 300 mètres, à la descente et en manœuvre d'accroupissement. Il rapporte également des lâchages du genou. Il ne peut se mettre à genoux ni rester assis ou immobile et doit se lever régulièrement, après 10 minutes à une heure. Il souffre aussi de douleurs quotidiennes de l'épaule droite, depuis 2003, et augmentant à la mobilisation et lors du port de charge de plus de 5 kilos. Il se plaint aussi de douleurs à l'épaule gauche depuis l'accident de mai 2005, quotidiennes, de caractère mécanique, mais d'intensité moins importante qu'à droite. A cela s'ajoutent des cervicalgies, des vertiges et des céphalées. Il n'a cependant pas de troubles de la concentration ni de la mémoire. Il dit également avoir des lombalgies basses occasionnelles et des douleurs à la main droite. La consultation de psychiatrie effectuée par la Dresse D. R \_\_\_\_\_ ne met pas en évidence un diagnostic psychiatrique ni des éléments en faveur d'un trouble de la personnalité. Ce médecin mentionne une trajectoire de vie caractérisée par une enfance carencée sur le plan affectif, une entrée précoce dans le monde du travail, des événements de vie douloureux (divorce de sa première épouse et séparation de la seconde deux jours après son licenciement, étant précisé qu'il travaillait dans l'entreprise de cette dernière). Blessé sur le plan narcissique, il puise dans ses ressources, retrouve du travail et poursuit son activité professionnelle. Après son accident de juillet 2003, il parvient à effectuer différents stages dans le cadre du chômage en puisant dans ses ressources. L'accident de voiture de mai 2005 provoque la rupture d'un équilibre déjà très fragilisé. La Dresse R \_\_\_\_\_ n'exclut pas une composante somatoforme au tableau clinique présenté par l'expertisé. Le Dr S \_\_\_\_\_, neurologue, retient, dans le cadre de la consultation de neurologie, un examen clinique révélant une nuque de mobilité difficilement appréciable, une possible petite atteinte radiculaire S1 gauche séquellaire, mais sans élément en direction d'une atteinte médullaire et d'éléments en direction d'une atteinte vestibulo-cérébelleuse. Un ENMG met en évidence une atteinte bilatérale des nerfs médians au niveau du canal carpien. Le bilan myographique des deux membres supérieurs ne révèlent pas de signes d'atteinte neurogène périphérique significatifs et notamment pas d'atteintes radiculaires dans l'ensemble des muscles examinés. Il n'y a pas une atteinte structurelle significative du système nerveux. Ainsi, le Dr S \_\_\_\_\_ estime, en ce qui concerne les sensations vertigineuses, que les facteurs psychologiques peuvent jouer un rôle dans cette composante de symptomatologie, même s'il est tout à fait envisageable que

celle-ci soit apparue dans les suites du whiplash. En consilium, les experts retiennent, avec influence essentielle sur la capacité de travail, des gonalgies gauches chroniques mécaniques avec chondropathie rotulienne et status après arthroscopies, des cervicalgies chroniques non spécifiques dans le cadre de troubles dégénératifs et d'un status après entorse cervicale, une tendinopathie chronique de l'épaule droite et des lombalgies intermittentes non spécifiques dans le cadre de troubles dégénératifs. Dans l'appréciation globale, les experts retiennent une diminution importante de la capacité de travail dans une activité lourde, comme celle d'horticulteur ou d'employé à la voirie. La capacité de travail est cependant probablement complète dans une activité adaptée, ne comportant pas de port de charges lourdes ni de charges légères à répétition, privilégiant les changements de position et la position assise, en évitant les surcharges du genou gauche, le maintien des positions debout ou assises prolongées, la marche de longue distance, la montée ou la descente fréquente des escaliers et la marche en terrain inégal. Au vu de l'épuisement progressif des ressources psychiques, les experts retiennent une diminution de rendement de 20 à 30 %. Le pronostic est réservé, vu la composante somatoforme. Enfin, un reclassement professionnel est judicieux. Dans son avis médical du 17 avril 2007, la Dresse T\_\_\_\_\_ du SMR retient une capacité de travail de 100% avec une baisse de rendement de 20 % dans une activité adaptée, dès le 26 septembre 2005. Depuis décembre 2004, l'assuré est apte à être réadapté à 50 %, selon ce médecin. Le 16 novembre 2007, la Division de réadaptation professionnelle de l'OCAI procède à une comparaison de salaires. Selon son calcul, le degré d'invalidité est de 64% pour un taux d'incapacité de travail de 50% et de 41,9 % pour un taux de capacité de 100% avec une diminution de rendement de 20 %, en tenant compte d'une réduction de 15 % des salaires statistiques retenus à titre de salaire avec invalidité. Dans son rapport du 19 novembre 2007, cette Division fait état d'une rencontre avec l'assuré en date du 15 octobre 2007. Il l'informe qu'il devra se faire opérer d'un tunnel carpien bilatéral et qu'il doit se renseigner pour une prothèse du genou gauche, dans la mesure où l'atteinte à ce genou lui provoque une déformation au pied. Il se plaint de fortes douleurs aux cervicales qui génèrent des migraines, des tournoisements de tête, ainsi que des vertiges. Il déclare en outre vouloir travailler, mais ne croit pas pouvoir occuper un poste à 100 % en raison de son état de santé. Il craint être un danger pour les autres, ainsi que pour lui-même. Compte tenu de l'attitude ambiguë de l'assuré face à la reprise d'une activité professionnelle adaptée, la Division de réadaptation professionnelle estime qu'une mise en place d'une mesure professionnelle n'est pas envisageable. Dans la comparaison de salaires annexée à ce rapport, elle retient un degré d'invalidité de 42,2 % pour une capacité de travail à 100% avec une diminution de rendement de 20%. Selon le rapport du 21 novembre 2007 du Dr U\_\_\_\_\_, "L'examen ENMG des membres supérieurs montre des signes d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral modéré, à peine plus marqué à gauche qu'à droite. L'examen montre surtout, élément nouveau semble-t-il par rapport à l'examen de novembre 2006, une neuropathie cubitale au coude, bilatérale, avec un bloc de conduction partielle modérément important, de l'ordre de 35 % à gauche et de 25 % à droite. Il y a une petite composante axonale associée au bloc de conduction comme l'attestent de rares signes de dénervation à l'ENMG du premier intersosseux dorsal. L'examen ne permet pas de dater le bloc de conduction, mais anamnestiquement il dépasse nettement la période habituelle de trois mois. L'ensemble de ces éléments avec un syndrome du tunnel carpien bilatéral et une neuropathie bilatérale au coude par bloc de conduction qui pourrait être persistant, oblige à rechercher une fragilité nerveuse héréditaire (...)." Le 22 novembre 2007, l'OCAI informe l'assuré qu'il a l'intention de lui octroyer une rente d'invalidité limitée dans le temps, à

savoir une rente entière dès le 16 juillet 2004, un trois-quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> mars 2005 et un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> décembre 2005. Le 11 décembre 2007, l'assuré subit une cure de tunnel carpien gauche et une neurolyse ulnaire au coude gauche. Le 19 décembre 2007, l'assuré s'oppose au projet de décision précité. Il fait notamment valoir qu'il continue à percevoir des indemnités journalières à 50 % de la SUVA pour la seule partie de son invalidité qui peut être mise en relation de causalité naturelle et adéquate avec son accident. Par ailleurs, le 20 novembre 2007, le Dr U\_\_\_\_\_ a procédé à un examen neurologique, lequel a démontré une aggravation de l'état. Enfin, il a été opéré le 11 décembre 2007. Dans son avis médical du 18 mars 2008, la Dresse V\_\_\_\_\_ du SMR relève qu'une opération telle que l'a subie l'assuré le 11 décembre 2007, entraîne une incapacité de travail totale d'une durée de trois à quatre semaines. Par ailleurs, la SUVA a repoussé la fin des prestations au 24 novembre 2006, par décision du 10 juillet 2007. Selon cette praticienne, il n'y a pas d'élément nouveau depuis l'expertise multidisciplinaire, de sorte que les conclusions de celle-ci restent toujours valables. Le 29 juillet 2008, l'assuré consulte le Dr W\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie. Dans son rapport de la même date, ce médecin fait état de ce que l'assuré se plaint d'une accentuation d'une douleur cervico-brachiale gauche depuis la fin mars. Il fait état d'un bilan génétique à la recherche d'une neuropathie héréditaire. Il semble que ce bilan soit resté négatif. Après l'opération du tunnel carpien gauche et du nerf ulnaire au coude, l'évolution initialement favorable s'est modifiée suite à des efforts inhabituels fin mars. Le patient se plaint depuis lors d'une douleur cervicale plus importante avec une irradiation douloureuse vers le 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> rayon et l'accentuation des acroparesthésies à gauche. Après quatre mois de repos et de prise d'anti-inflammatoires, il y a peu d'amélioration. Le patient rapporte également quelques épisodes de lâchage. Un nouvel EMG effectué en juillet 2008, montre une amélioration aux niveaux opérés. Une atteinte radiculaire cervicale est soupçonnée. A l'examen clinique, le Dr W\_\_\_\_\_ constate un discret syndrome cervical avec limitation de la mobilité, sans franc signe de compression radiculaire. L'IRM du 21 juillet 2008 montre une hernie discale C6-C7 gauche qui était à peine visible en 2005, ainsi que la présence d'une discopathie C3-C4 et C5-C6 peu modifiée. La corrélation avec l'imagerie, l'anamnèse et la clinique semble bonne. Le Dr W\_\_\_\_\_ juge raisonnable de procéder à une décompression chirurgicale. Le 21 août 2008, l'assuré est vu en consultation au Service de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). Dans leur courrier du 27 août 2008, les Drs A\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_ de ce service proposent d'effectuer d'abord une infiltration locale pour s'assurer de la corrélation clinico-radiologique avant de procéder éventuellement à une opération. Par décision du 3 septembre 2008, l'OCAI confirme son projet de décision précité. Par décision du 23 septembre 2008, la SUVA met fin aux prestations au 31 octobre 2008, l'assuré disposant d'une capacité de travail entière dans un poste adapté, selon son médecin d'arrondissement. Il n'y a pas non plus d'aggravation au niveau des genoux gauches. Quant aux suites de l'accident de 2005, elles ont été réglées définitivement par la suppression totale des prestations au 24 novembre 2006 et la SUVA ne reviendra pas sur cette décision passée en force. Dans son certificat médical du 1<sup>er</sup> octobre 2008, la Dresse M\_\_\_\_\_ atteste notamment ce qui suit : "Au vu de l'arthrose évolutive du genou gauche, de la nécessité de prendre des médicaments antalgiques forts de façon chronique, avec fatigue et somnolence, dès sa prochaine opération neurochirurgicale, qui est délicate et avec une probable restriction de la mobilité de la nuque, M. H\_\_\_\_\_ ne pourra pas reprendre le travail dans l'avenir à mon avis et je le soutiens dans son recours afin d'obtenir une rente AI à 100 %." Par acte du 2 octobre 2008, l'assuré recourt contre la décision du 3 septembre

2008 de l'OCAI, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière non limitée dans le temps, sous suite de dépens. A titre préalable, il conclut à ce qu'une comparution personnelle et une expertise médicale judiciaire soient ordonnées. Il relève qu'il souffre de nombreuses atteintes à la santé, chroniques et durables, dont le cumul entraîne une diminution totale de sa capacité de travail. Les deux accidents qu'il a subis ont gravement péjoré son état de santé et d'autres troubles dégénératifs sont venus se greffer sur ce terrain grandement fragilisé, probablement également des troubles somatoformes, ce que l'intimé n'a pas investigué. Par ailleurs, son état s'est aggravé depuis l'expertise effectuée en novembre 2006. Il doit aller d'opération en opération et a de nombreux rendez-vous médicaux concernant notamment le bras, la nuque et le genou. Le 21 octobre 2008, le Dr A\_\_\_\_\_ revoit le patient après un épisode d'infiltration. Dans son courrier du 22 octobre 2008 à la Dresse M\_\_\_\_\_ BUCHS, il mentionne que, selon le patient, la douleur dans le bras gauche ne s'est pas améliorée et qu'il présente également des lâchages et une faiblesse de la main droite de manière assez répétitive. Au vu de l'échec des traitements d'infiltration et de la corrélation assez nette entre une hernie discale C6-C7 assez volumineuse comprimant la racine C7 et une cervico-rachialgie gauche, ce médecin estime indiqué un traitement chirurgical par discectomie C6-C7 et la mise en place d'une cage. Dans son avis médical du 7 novembre 2008, la Dresse V\_\_\_\_\_ se détermine sur le recours et les nouvelles pièces déposées. Elle relève qu'elle n'a pas reçu le rapport de consultation du Service de neurochirurgie des HUG concernant une éventuelle opération. Par ailleurs, elle admet que l'état de santé du recourant n'est pas totalement stabilisé. Dans sa détermination du 21 novembre 2008, l'intimé déclare ne pas pouvoir se prononcer sur le recours interjeté, les rapports de la consultation du Service de neurologie des HUG faisant défaut, et invite le Tribunal de céans à faire le nécessaire auprès du recourant afin de les obtenir. Invité par le Tribunal de céans à lui transmettre les rapports de consultation du service précité, le recourant les produit le 28 novembre 2008. Il transmet également au Tribunal de céans copie de son opposition du 23 octobre 2008 à la décision de la SUVA du 23 septembre 2008. Le 6 janvier 2009, la Dresse V\_\_\_\_\_ se détermine sur les nouvelles pièces médicales transmises par le recourant. Elle constate que la situation n'est pas stabilisée et que l'assuré devra certainement subir une intervention neurochirurgicale. Dans ces circonstances, elle estime ne pas pouvoir se déterminer quant à l'évolution durable de la capacité de travail, en présence d'une aggravation de l'état de santé depuis mars 2008. Sur la base de cet avis médical, l'intimé conclut, par écritures du 15 janvier 2009, à la confirmation de sa décision jusqu'à mars 2008 et au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dès cette date. Par écritures du 2 février 2009, le recourant constate avec satisfaction que l'intimé reconnaît que l'état s'est aggravé. Cependant, cette aggravation ne date pas de mars 2008 mais est bien plus ancienne, selon les allégués du recourant. Il relève à cet égard que l'intimé n'a pas instruit le dossier depuis novembre 2006. Le recourant souligne en outre qu'il n'a jamais cessé de se plaindre notamment d'importantes cervicalgies, paresthésies et douleurs dans le bras gauche. Le Dr A\_\_\_\_\_ a en outre confirmé que l'hernie discale existait déjà en 2005, ce qui démontre que les troubles dont il souffre datent bien avant mars 2008. Partant, le recourant persiste dans ses conclusions. Il joint à son recours une nouvelle IRM cervicale du 28 novembre 2008, ainsi que sa convocation à la Clinique de neurochirurgie pour le 28 janvier 2009, en vue d'une intervention chirurgicale. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 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) 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. Le 1<sup>er</sup> janvier 2008 sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision de la LAI) Elles sont à prendre en considération pour déterminer les prestations dès cette date, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment de la réalisation de l'état de fait dont les conséquences juridiques font l'objet de la décision (ATF 129 V 1 consid. 1.2 p. 4 et les arrêts cités). Avant cette date, les dispositions légales s'appliquent dans leur ancienne teneur. Cela étant, s'agissant de l'évaluation de l'invalidité et de l'échelonnement des rentes, cette nouvelle n'a pas apporté de modifications substantielles (cf. Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5<sup>ème</sup> révision], du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4322). Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA). 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. 17 LPGA (ATF 125 V 417 ss consid. 2 et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Conformément à cette disposition, lorsque l'invalidité d'un bénéficiaire de rente subit une modification de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence (ATFA non publié du 30 août 2005, I 362/04, consid. 2.2). Selon la jurisprudence, 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 et que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver la révision de celle-ci. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2d; RCC 1984 p. 137). Selon cette disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, 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. 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, mentale 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 (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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité

l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4<sup>ème</sup> révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, valable jusqu'au 31 décembre 2007, est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.».

a) En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a). 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. A 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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3). b) Lorsque, 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 353 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. Etant 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 du 13 mars 2000,

I 592/99, 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. 3b/bb et cc). En l'occurrence, le recourant a fait l'objet d'une expertise multidisciplinaire par le Centre d'expertises médicales, fonctionnant en tant que COMAI, en novembre 2006. Les experts étaient alors arrivés à la conclusion que le recourant pourrait travailler à 100 % avec une diminution de rendement de 20 à 30 %. L'incapacité de travail était survenue le 16 juillet 2003, avec le premier accident, et avait été transitoirement diminuée suite à l'accident de la circulation du 3 mai 2005. Puis, elle était restée stable. Sur la base de cette expertise, la Dresse T\_\_\_\_\_ du SMR a considéré que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail, avec baisse de rendement de 20 % dès le 26 septembre 2005, dans une activité adaptée. Il était apte à être réadapté à 50 % depuis décembre 2004. Par la suite, un nouvel ENMG effectué en novembre 2007 a montré, en plus des signes d'un tunnel carpien bilatéral, une neuropathie cubitale bilatérale avec une prédominance gauche. Par ailleurs, le recourant a été opéré le 11 mars 2007 au tunnel carpien gauche et du nerf ulnaire au coude. L'évolution était initialement favorable, mais s'est aggravée fin mars, les douleurs cervicales devenant de plus en plus importantes avec une irradiation douloureuse vers les 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> rayons et l'accentuation des acroparesthésies à gauche. A cela s'ajoutaient des épisodes de lâchage, selon les dires du patient, aux termes du rapport du Dr W\_\_\_\_\_ du 29 juillet 2008. Par ailleurs, une hernie discale C6-C7 assez volumineuse comprimant la racine C7 a été mise en évidence, affection qui a donné lieu à une intervention chirurgicale en janvier 2009. Le résultat de cette opération, ainsi que son évolution, ne sont pas connus. Des éléments qui précèdent, il ressort que l'état de santé du recourant s'est aggravé, du moins à partir de novembre 2007, date à laquelle une neuropathie cubitale bilatérale, en plus du tunnel carpien bilatéral, a été mise en évidence. L'opération effectuée en mars 2008 n'a pas apporté une amélioration durable. Or, cette aggravation, ainsi que celle se rapportant à la hernie discale C6-C7 n'ont pas été instruites par l'intimé. Cela étant, il y a lieu de lui renvoyer le dossier pour instruction complémentaire, sous forme d'une expertise par des médecins indépendants, et, ceci fait, nouvelle décision sur le droit à la rente. Dans la mesure où une nouvelle expertise est de toute façon nécessaire, le Tribunal de céans laissera ouverte la question de savoir si la capacité de travail du recourant s'était déjà améliorée à 50 % en décembre 2004, puis à 100 % à partir de septembre 2005, avec une diminution de rendement de 20 %, comme l'a retenu le SMR dans son rapport d'examen du 17 avril 2007. Il ne peut en effet être exclu que les nouveaux éléments médicaux conduisent également à une appréciation rétroactive différente de la capacité de travail. Il appartiendra donc à l'intimé de demander expressément aux experts s'il peut être médicalement admis que l'état de santé du recourant s'est amélioré à partir de décembre 2004 et de septembre 2005, compte tenu des nouveaux éléments médicaux figurant dans le dossier. Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans ne juge pas nécessaire d'ordonner une comparution personnelle des parties, l'appréciation de la situation devant être fondée sur des documents médicaux. Cela étant, le recours sera partiellement admis, la décision annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour nouvelle instruction par une expertise médicale et, ceci fait, nouvelle décision sur le droit aux prestations à partir du 1<sup>er</sup> mars 2005. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 2'000 fr. lui est octroyée à titre de dépens. L'émolument de justice, fixé à 200 fr., est mis à la charge de l'intimé. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la

forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement. Annule la décision du 3 septembre 2008, en ce qu'elle a refusé une rente d'invalidité entière au recourant à compter du 1<sup>er</sup> mars 2005. La confirme pour le surplus. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et, ceci fait, nouvelle décision sur le droit aux prestations à compter du 1<sup>er</sup> mars 2005. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens. Met un émolument de justice de 200 fr. à la charge de l'intimé. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Claire CHAVANNES La présidente Maya CRAMER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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