

GE_GERICHTE A/4540/2008 vom 18. November 2009

GE Cour de justice, 2009-11-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4540_2008

FR: GE_GERICHTE A/4540/2008 du 18 novembre 2009

IT: GE_GERICHTE A/4540/2008 del 18 novembre 2009

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 18.11.2009
A/4540/2008

A/4540/2008 ATAS/1422/2009 du 18.11.2009 (AI) , PARTIELMNT ADMIS En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/4540/2008 ATAS/1422/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 4 du 18 novembre 2009 En la cause Monsieur R_____, à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre GABUS recourant contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Monsieur R_____, (ci-après l'assuré), né en 1958, d'origine portugaise, arrivé en Suisse en 2001, sans formation professionnelle et au bénéfice d'un permis B, a travaillé en tant que maçon auprès de X_____ S.A. dès avril 2001. En octobre 2004, en saisissant une poutrelle de 40 kg, l'assuré a ressenti des douleurs au niveau de l'épaule gauche (côté dominant). Dès le 26 octobre 2004, l'assuré a été en incapacité de travail totale. Par rapports des 24 juin et 1 er juillet 2005, le Dr A_____, spécialiste FMH en radiologie, a constaté à l'épaule gauche une tendinopathie du sus-épineux avec une déchirure longitudinale entièrement intra-tendineuse sans signe de perforation. L'assuré présentait également une discopathie dégénérative de L3-L4 avec protrusion discale extra-foraminale droite en contact avec la racine émergente droite, ainsi qu'une hernie discale paramédiane droite à large base, de type sous-ligamentaire, avec protrusion discale foraminale et extra-foraminale droite, de L3-L4. Par rapport du 3 octobre 2005, le Dr B_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie et médecin conseil de CMBB (assureur perte de gain maladie de l'employeur), a rappelé les conclusions des examens radiologiques précités. Selon ce médecin, l'arrêt de travail était encore justifié et il préconisait une prise en charge par un médecin rhumatologue. Par rapport du 8 novembre 2005, le Dr C_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, a indiqué que cliniquement, il avait retenu des limitations fonctionnelles claires en abduction, élévation et rotation interne du bras gauche. L'examen radiologique effectué en juin 2005 avait montré une déchirure longitudinale intra-tendineuse, plutôt inhabituelle. Selon le Dr C_____, cette constatation pouvait expliquer les symptômes chez ce travailleur de force. Il proposait que l'assuré soit examiné par le Dr D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Le 29 novembre 2005, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI). A la demande de l'OCAI, le Dr E_____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant, a diagnostiqué, par rapport du 22 janvier 2006, une tendinopathie du sus-épineux avec une déchirure longitudinale intra-tendineuse ainsi qu'une discopathie dégénérative et inflammatoire L3-L4 avec hernie discale paramédiane droite. L'incapacité de travail était totale depuis le 26 octobre 2004. L'assuré, gaucher, avait été adressé au Dr D_____, lequel proposait une intervention chirurgicale, à savoir une

acromioplastie avec révision de la coiffe. S'agissant de la capacité de travail résiduelle, il était encore trop tôt pour se prononcer. A la demande de l'assureur perte de gain maladie, l'assuré a été soumis à une expertise effectuée par le Dr F_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie. Dans son rapport du 23 janvier 2006, l'expert a diagnostiqué des douleurs chroniques de l'épaule gauche sur tendinite du sus-épineux sans rupture transfixiante, des gonalgies antérieures gauches et des lombalgies mécaniques sur discopathie L4-L5. A l'examen des épaules, l'expert a constaté une abduction de 180° des deux côtés, une antepulsion de 180° des deux côtés ainsi qu'une rotation externe de 45° des deux côtés. Selon l'expert, il existait des éléments cliniques en faveur d'un conflit sous-acromial de l'épaule gauche corroborant les douleurs annoncées par l'assuré. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle. Dans une activité adaptée, l'expert pensait que la capacité de travail pourrait être complète. Enfin, une intervention orthopédique avait été proposée, mais l'expert formulait toutefois quelques doutes quant à l'opportunité de cette dernière au vu du status relativement satisfaisant de l'assuré et des suites parfois difficiles après ce genre d'intervention. Par rapport du 10 février 2006 adressé à l'OCAI, le Dr D_____, a posé le diagnostic de conflit sous-acromial et arthrose acromio-claviculaire gauche. Il proposait une acromioplastie, laquelle avait de bonnes chances de succès. Selon ce médecin, la capacité de travail de l'assuré était totale dans l'activité habituelle ainsi que dans toute activité. Par rapport du 1^{er} avril 2006, le Dr C_____ a confirmé les diagnostics de conflit acromio-claviculaire de l'épaule gauche et de déchirure partielle du tendon sus-épineux gauche. En raison des limitations fonctionnelles de l'épaule gauche, l'activité habituelle n'était plus exigible. Après l'opération prévue aux HUG, on pouvait cependant exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité. Le 10 août 2006, l'assuré a subi une acromioplastie et une suture de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. Par rapport du 8 octobre 2006, le Dr E_____ a indiqué que l'assuré faisait de la physiothérapie de manière intensive pour récupérer une bonne mobilité et prenait des anti-inflammatoires. Dans un avenir proche, l'assuré pourrait certainement envisager un retour au travail. Par rapport du 9 décembre 2006, le Dr E_____ a indiqué que l'état de santé était stationnaire. Depuis l'opération, il n'y avait aucune amélioration. L'assuré continuait à faire de la physiothérapie et à prendre des anti-inflammatoires. Il présentait encore des douleurs lors de l'abduction, l'antéflexion et les rotations. L'incapacité de travail était totale dans toute activité et il était encore trop tôt pour se prononcer sur la capacité de travail résiduelle. Par avis du 8 janvier 2007, le Dr G_____, spécialiste FMH en médecine générale auprès du Service médical régional AI (ci-après : SMR) a indiqué qu'en général, une convalescence de trois à quatre mois après l'opération est nécessaire. Il proposait d'interroger le médecin traitant sur les possibilités de réadaptation dans une activité épargnant l'épaule gauche. A la demande de l'OCAI, le Dr E_____ a indiqué qu'une réadaptation pouvait être tentée, mais il signalait que l'assuré souffrait toujours de douleurs à l'épaule gauche, même après son opération. Dans un avis du 20 mars 2007, le Dr G_____ a préconisé la mise en œuvre de mesures d'orientation professionnelles dès le 1^{er} décembre 2006, même si l'assuré souffrait encore de son épaule, étant précisé qu'il convenait d'épargner l'épaule gauche (les charges et les mouvements) chez un gaucher. Lors d'un entretien le 25 octobre 2007 avec le service de la réadaptation professionnelle de l'OCAI, l'assuré a annoncé qu'il était suivi depuis deux mois par un psychiatre. Il était très sceptique quant à la reprise d'une activité adaptée, considérant qu'il ne pouvait plus utiliser son bras gauche (dominant) et qu'il ne pouvait rien faire non plus de sa main droite pour cause de maladresse. Par rapport du 4 novembre 2007, le Dr E_____

a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire, aucune amélioration n'était observée et l'assuré avait fait d'innombrables séances de physiothérapie sans succès. Le médecin constatait des limitations à l'épaule et il ne voyait pas quelle activité adaptée pouvait être proposée à un assuré souffrant de douleurs à l'épaule gauche, qui n'était pas instruit et qui parlait et comprenait mal le français. Un examen médical complémentaire était suggéré. Selon un rapport du 5 décembre 2007 du Dr H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et psychiatre traitant, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail étaient une arthrose acromio-claviculaire gauche (tendinopathie du sus-épineux), des lombalgies sur discopathie L4-L5, des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de l'alcool (utilisation continue), avec aggravation en 2004, ainsi que des gonalgies gauches. Sans répercussion sur la capacité de travail, l'assuré présentait un tabagisme chronique ainsi qu'une dysthymie dépressive depuis plusieurs années. Ce médecin a indiqué suivre l'assuré depuis le 3 septembre 2007. Il présentait des signes et des symptômes dépressifs sans que cela soit suffisant pour évoquer un état dépressif. Actuellement, l'assuré buvait deux bouteilles de vin rouge par jour. Selon ce médecin, la capacité de travail était totale, avec une diminution de rendement de 50% dans une activité n'exigeant pas le port de charges trop lourdes. Dans son avis du 15 janvier 2008, le Dr G_____ a relevé que l'alcoolisme et la dysthymie ne sont pas reconnus comme maladie invalidante dans le cas de l'assuré. C'est donc l'atteinte à l'épaule gauche qui est l'élément déterminant avec un usage limité (côté dominant). Par conséquent, la capacité de travail dépendait du poste occupé (l'assuré pouvait par exemple déboucher deux bouteilles par jour). Selon ce médecin, le taux de la capacité de travail du recourant allait de 25 à 100%. Par avis du 16 janvier 2008, le service de la réadaptation professionnelle de l'OCAI a retenu une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Il résultait de la comparaison des gains avec et sans invalidité que le degré d'invalidité se montait à 14%, taux insuffisant pour des mesures professionnelles sous forme de reclassement ou pour une rente. Par projet de décision du 3 mars 2008, l'OCAI a octroyé à l'assuré une rente entière limitée d'octobre 2005 à novembre 2006. Dès décembre 2006, suite à une amélioration de son état de santé, l'assuré avait récupéré une capacité de travail entière dans une activité adaptée, de sorte que le degré d'invalidité qui en découlait s'élevait à 14%. Suite à la contestation de l'assuré, l'OCAI a requis l'avis du SMR quant à la capacité de travail résiduelle. Dans un rapport du 30 avril 2008, le Dr G_____ a relevé qu'aucun médecin n'avait fait état de limitations au niveau lombaire. Par ailleurs, une expertise pluridisciplinaire lui semblait inutile dès lors que les affections dont souffre l'assuré étaient bien définies. De plus, l'expertise du Dr F_____ restait d'actualité puisque selon le Dr E_____, l'état de santé de son patient ne s'était pas modifié. En outre, le Dr H_____ avait fait état d'une diminution de rendement pour des raisons physiques. Enfin, le Dr G_____ a expliqué que s'agissant du taux de capacité de travail, il avait noté entre 25 et 100% en fonction du poste occupé : si l'épaule gauche est régulièrement sollicitée, on se rapproche du taux inférieur, par contre si elle est peu sollicitée, alors c'est le taux supérieur qui s'applique. L'OCAI a alors procédé à un nouveau calcul du degré d'invalidité, en prenant en compte une capacité résiduelle de travail de 63%, correspondant à la médiane de 25 et 100%. Il résultait de la comparaison des gains avec et sans invalidité en 2007 que le degré d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2006 était de 46%. Par nouveau projet de décision du 4 juin 2008, l'OCAI a annulé son projet du 3 mars 2008 et a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière du 27 octobre 2005 au 30 novembre 2006, puis à un quart de rente en vertu d'une invalidité de 46%. Il a expliqué que dès le 1^{er} décembre 2006, l'état de santé de

l'assuré s'était amélioré de sorte qu'il avait récupéré une capacité de travail de 63% dans une activité adaptée. Par courrier du 7 juillet 2008, l'assuré a contesté le projet et requis l'octroi d'une rente entière illimitée. Par courrier du 24 juillet 2008, l'assuré a fait parvenir à l'OCAI un avis établi le 18 août 2008 par le Dr E_____. Ce médecin a indiqué que malgré l'opération et les nombreuses séances de physiothérapie, le patient souffrait encore des douleurs au niveau de son épaule gauche. Les amplitudes articulaires restaient limitées : l'abduction à 90°, l'antéflexion à 140° et les rotations antérieures et postérieures étaient très limitées. De plus, le patient souffrait toujours de lombalgies basses chroniques provoquées par une hernie discale paramédiane droite L3-L4. Il ne voyait donc pas l'assuré retourner travailler sur un chantier, même pour y conduire des véhicules. Par décision du 13 novembre 2008, l'OCAI a persisté dans les termes de son projet. Par acte du 11 décembre 2008, l'assuré, représenté par Maître Pierre GABUS et au bénéfice de l'assistance juridique, interjette recours contre la décision, concluant sous suite de frais et dépens à son annulation et au versement d'une rente entière au-delà du 30 novembre 2006. Le recourant reproche à l'OCAI de s'être basé sur une appréciation des faits ne reflétant pas la réalité et de s'être livré à un calcul arbitraire de son degré d'invalidité. Il fait valoir que la capacité de travail résiduelle estimée par le Dr G_____ entre 25 et 100% ne se base sur aucun élément objectif, ce qui serait démontré par cet intervalle démesuré. Selon le recourant, ce médecin n'aurait pas tenu compte dans son appréciation de ce qu'il est gaucher. En outre, le Dr E_____ avait exclu toute reprise d'activité de chantier. En conclusion, le recourant maintient que son incapacité de travail est toujours totale, de sorte que le versement de la rente entière doit perdurer au-delà du 30 novembre 2006. Par réponse du 23 janvier 2009, l'intimé conclut au rejet du recours. Il considère que le rapport établi par le Dr F_____ à titre d'expert a pleine valeur probante. Or, ce médecin a considéré que le recourant peut reprendre une activité professionnelle à plein temps. En outre, le Dr E_____ est également d'avis, en février 2007, qu'une réadaptation peut être tentée, ce qui, selon l'intimé, atteste d'une capacité de travail. L'intimé ajoute que selon les pièces médicales du dossier, le recourant a une capacité de travail de 25% si l'épaule gauche est très sollicitée et de 100% si l'épaule gauche est préservée. Afin d'être favorable au recourant, la valeur médiane avait été retenue, étant précisé qu'une capacité entière dans une activité adaptée aurait également pu être appliquée. Le 22 avril 2009, le Tribunal de céans a entendu les parties. Le recourant explique que suite à l'opération de l'épaule gauche, la situation est pire qu'auparavant. Il avait dû cesser la physiothérapie intensive, sur conseil de son médecin, car son état de santé s'aggravait. Suite à l'intervention, la mobilité s'était réduite. Il avait tenté de travailler en été 2008 pendant deux ou trois semaines à raison de deux ou trois heures par jour dans un restaurant en tant qu'aide de cuisine, mais cela fut un échec. Le recourant persiste dans ses conclusions et demande subsidiairement un complément d'instruction, soit du point de vue médical, soit dans le cadre d'un stage professionnel. A cet égard, il s'est dit d'accord avec un stage d'observation professionnelle ou en entreprise afin de vérifier quelle activité il peut faire et à quel pourcentage. Enfin, il précise avoir été suivi pendant plusieurs mois par le service d'alcoologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG) en 2008, mais estime ne plus être handicapé par ces questions dans sa vie quotidienne. Quant à l'intimé, ce dernier confirme qu'à part l'expertise du Dr F_____ de janvier 2006, aucune expertise n'a été mise en œuvre. L'intimé ajoute que selon le Dr E_____, l'état de santé du recourant était stationnaire après l'opération, de sorte que le dossier est, selon l'intimé, suffisamment instruit. S'agissant de la mise en œuvre d'un stage d'observation professionnelle, l'intimé souhaite au préalable vérifier si le problème d'alcool

est résolu et sollicite à cet égard que le recourant produise un rapport du service d'alcoologie l'ayant suivi. Le 27 mai 2009, le recourant a versé à la procédure une attestation établie le 12 mai 2009 par le Dr I_____, médecin interne auprès du département de psychiatrie des HUG, selon laquelle le recourant avait été suivi du 4 février 2008 au 13 janvier 2009 à raison d'une séance par mois. Il avait bénéficié d'un traitement psychiatrique intégré avec une prise en charge pour un traitement pharmaceutique arrêté le 11 août 2008. Le recourant était complètement dans le déni et ne voyait pas la nécessité de continuer le suivi. Par courrier du 11 juin 2009, l'intimé persiste dans ses conclusions prises le 23 janvier 2009, ajoutant que l'attestation précitée ne permet nullement de remettre en cause sa position. Par courrier du 1^{er} juillet 2009, le recourant rappelle que la question de la consommation d'alcool n'est pas l'objet du litige. Il ajoute par ailleurs qu'il a fait montre de sa motivation dans ce dossier, en tentant de reprendre une activité professionnelle en été 2008 et ayant accepté, au cours de l'audience qui s'est tenue le 22 avril 2009, de se soumettre à un stage d'observation professionnelle. 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 sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), 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 ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} 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 litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsqu'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 13 novembre 2008, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision) et à celle du 1^{er} janvier 2008 relative aux modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives aux 4^{ème} et 5^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Interjeté dans la forme et le délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA). Il n'est pas contesté que le recourant a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité du 27 octobre 2005 au 30 novembre 2006. Le litige porte sur le point de savoir si l'invalidité du recourant s'est modifiée de telle manière à réduire son droit à un quart de rente à compter du 1^{er} décembre 2006. 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 417 ss. consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2), respectivement 17 LPGA. Selon cette disposition, tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. 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, ATFA non publié du 28 décembre 2006, I 520/05, consid 3.2). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1). 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). C'est le lieu de rappeler l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage, principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). Il en résulte que le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un 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, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). a) 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3). b) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs pour

autant 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). S'agissant de la valeur probante 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Enfin, en vertu de la maxime d'office, l'administration et le juge doivent veiller d'office à l'établissement exact et complet des faits pertinents. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention. Dans ce contexte, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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 l'espèce, le recourant est d'avis qu'en raison de son atteinte à l'épaule gauche, son incapacité de travail totale perdure au-delà du 30 novembre 2006. L'intimé considère quant à lui que dès le 1^{er} décembre 2006, l'état de santé du recourant lui permet d'exercer une activité adaptée à 63%. Il ressort des avis médicaux recueillis par l'intimé que le recourant, gaucher, a présenté à l'épaule gauche un conflit sous-acromial et une arthrose acromio-claviculaire, qui ont entraîné une incapacité de travail totale dès le 26 octobre 2004. Sur les conseils du Dr D_____, médecin spécialisé en chirurgie orthopédique, le recourant a subi le 10 août 2006, une acromioplastie et une suture de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. S'agissant des questions - déterminantes en l'espèce - des troubles à l'épaule que présente encore le recourant après l'intervention chirurgicale du 10 août 2006, des éventuelles limitations fonctionnelles que ces troubles entraînent ainsi que de leurs répercussions sur la capacité de travail du recourant, le Tribunal de céans constate l'absence de rapport médical probant portant sur ces points. On ne saurait en effet accorder un poids décisif, comme le fait l'intimé, au rapport d'expertise établi 23 janvier 2006 par le Dr F_____, dès lors que ce médecin a apprécié l'état de santé présenté par le recourant avant qu'il ne subisse l'opération précitée. Selon l'intimé, l'avis du Dr F_____ serait cependant toujours d'actualité dans la mesure où le Dr E_____ n'a constaté, après l'opération, aucune amélioration de l'état de santé du recourant. Or, le Tribunal de céans constate que les amplitudes articulaires semblent s'être fortement péjorées après l'opération (abduction à 90°, antéflexion à 140°, rotations antérieures et postérieures très limitées, courrier du 24 juillet 2008 du Dr E_____), au vu de celles relevées avant l'intervention chirurgicale (abduction à 180°, antépulsion 180°, rotation externe 45° des deux côtés, rapport du 23 janvier 2006 du Dr F_____). Le Tribunal de céans ne saurait donc, sans autre, retenir

que les conclusions du Dr F _____ sont valables également pour la période postérieure à l'intervention chirurgicale. Par ailleurs, on ne saurait, non plus, se fonder sur les seuls rapports établis par le Dr E _____, dont l'appréciation, émise en qualité de médecin traitant, doit être abordée avec précaution. Qui plus est, le Dr E _____, qui n'est au demeurant pas spécialisé en orthopédie, se contente d'attester brièvement qu'une reprise d'activité professionnelle n'est pas envisageable, sans apporter une véritable motivation à cet égard. En outre, les conclusions émanant du Dr H _____, psychiatre traitant, ne sont pas déterminantes en l'espèce dès lors que ce médecin se prononce sur des affections d'ordre somatique, lesquelles ne relèvent pas de sa spécialisation. Enfin, l'avis du médecin conseil de l'intimé, le Dr G _____, ne saurait-il valablement fonder l'exigibilité de la mise en valeur de la capacité de travail résiduelle du recourant suite à l'intervention chirurgicale, dès lors que ce médecin, qui n'a pas examiné le recourant, se fonde sur un dossier dans lequel ne figure aucun élément utile permettant une appréciation adéquate de la situation médicale du recourant. A défaut d'informations fiables et suffisantes sur les troubles que présente encore le recourant après l'intervention chirurgicale, sur sa capacité de travail ainsi que sur la mesure dans laquelle une activité est exigible de sa part, dans quelles conditions et à quel taux, il convient de renvoyer le dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et mise en œuvre d'une expertise orthopédique, qui sera confiée à un spécialiste externe chargé de répondre à ces questions. Par ailleurs, on rappellera à l'intimé qu'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). L'article 88bis al. 2 RAI n'est en effet pas applicable dans cette éventualité, du moment que l'on n'est pas en présence d'une révision de la rente au sens strict (VSI 2001 p. 158 consid. 3c; RCC 1983 p. 489 consid. 2b; ATF 106 V 16). Selon l'art. 88a al. 1 RAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} mars 2004, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. En l'occurrence, dans la mesure où le recourant a subi une intervention chirurgicale le 10 août 2006 et qu'une convalescence d'en tout cas trois à quatre mois est nécessaire (Dr G _____, avis du 8 janvier 2007), une éventuelle amélioration quant à sa capacité de gain n'a pas pu débuter avant décembre 2006. Il s'ensuit qu'une réduction éventuelle de la rente ne pourrait prendre effet, quoi qu'il en soit, avant le mois de mars 2007. Compte tenu de ce qui précède, l'intimé a réduit à tort la rente entière dès le mois de décembre 2006 et le recourant doit se voir accorder une rente entière jusqu'à fin février 2007. Le recours sera par conséquent partiellement admis, la décision du 13 novembre 2008 sera annulée en tant qu'elle limite le droit de la rente à un quart de rente dès le 1^{er} décembre 2006 et la cause renvoyée à l'intimé qui complètera l'instruction, en mettant en œuvre une expertise orthopédique, et qui, cela fait, rendra une nouvelle décision dans les meilleurs délais. Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que le Tribunal fixe en l'espèce à 2'500 fr. (art. 61 let. g LPGa ; art. 89H al. 3 LPA). L'intimé sera par ailleurs condamné à un émolument de 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). 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 13 novembre 2008 en tant qu'elle réduit le droit du recourant à un quart de rente dès décembre 2006. Dit que le recourant a droit au versement d'une rente entière d'invalidité de décembre 2006 à février 2007. Renvoie le dossier à l'OCAI pour instruction médicale complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision. Condamne l'OCAI à payer au recourant la somme de 2'500 fr. à titre de participation à ses frais et dépens. Met un émolument de 1'000 fr. à la charge de l'OCAI. 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 ; RS 173.110); 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 Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE La secrétaire-juriste : Amélia PASTOR 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.