

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1919/2012

ATAS/1337/2012

**ORDONNANCE D'EXPERTISE  
DE LA COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**du 7 novembre 2012**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur C\_\_\_\_\_, domicilié à Genève, représenté par le  
CENTRE DE CONTACT SUISSES-IMMIGRES

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue des Gares 12, 1201 Genève

intimé

---

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente.**

---

**Attendu en fait** que Monsieur C. \_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1982, originaire de Colombie, a été victime d'un accident de travail en date du 16 décembre 2006, pris en charge par la SUVA ;

Que cet accident a provoqué une hernie discale L5-S1 gauche, opérée le 2 février 2007 ;

Qu'en raison de la persistance des douleurs, un stimulateur médullaire a été implanté en janvier 2008 ;

Qu'en date du 12 novembre 2007, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OAI ou l'intimé) ;

Que par décision du 24 juillet 2008, l'OAI, se fondant sur le dossier médical de la SUVA, a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 18 décembre 2007 au 30 juin 2008, au motif que selon le médecin d'arrondissement de la SUVA, depuis avril 2008, il avait retrouvé une pleine capacité de travail dans toute activité professionnelle qui respecte ses limitations fonctionnelles ; que pour le surplus, des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, car elles ne seraient pas de nature à améliorer sa capacité de gain ;

Que l'assuré avait contesté cette décision, dans la mesure où l'OAI lui refusait l'octroi de mesures professionnelles :

Que l'arrêt du 31 mars 2009 du Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après TCAS), alors compétent, admettant partiellement le recours de l'assuré en ce sens qu'une aide au placement lui était accordée a été annulé par le Tribunal fédéral (Arrêt 9C\_416/2009) ;

Que l'assuré a déposé, en date du 19 janvier 2010, une demande de révision, alléguant une aggravation de son état de santé, avec récurrence de l'hernie discale, opérée au service de neurochirurgie des HUG en date du 13 novembre 2009 ;

Qu'en raison de la persistance des douleurs, une IRM lombaire a été effectuée le 31 mars 2010, mettant en évidence un processus cicatriciel péri-dural paramédian ;

Que l'assuré a séjourné du 1<sup>er</sup> mars 2011 au 30 mars 2011 à la Clinique romande de réadaptation (CRR) où les médecins ont relevé que le patient sous-estimait des aptitudes fonctionnelles, que les chances de réintégration professionnelles étaient faibles, que dans une activité adaptée, il y avait une capacité de travail, difficile à chiffrer, que

l'incapacité de travail était de 100 % du 1<sup>er</sup> mars 2011 au 14 avril 2011, et quelle devait être ensuite réévaluée ;

Que dans un rapport du 9 août 2011, le Dr L\_\_\_\_\_, médecin adjoint au service de neurochirurgie des HUG, indique que l'IRM lombaire du 18 juillet 2011, interprétée par rapport à la précédente du 31 mars 2010, montre toujours la présence d'une fibrose périradiculaire S1 gauche qui entoure et refoule la racine vers l'arrière, que le récessus L5-S1 gauche a été élargi lors des opérations et qu'il n'y a malheureusement pas matière à réopérer pour soulager le patient ; qu'il a proposé la ré-intensification du traitement conservateur pour passer le cap de cet épisode aigu et instauré une corticothérapie de 10 jours, un séjour en rhumatologie étant à envisager pour stabiliser les douleurs ;

Qu'en date du 15 septembre 2011, la SUVA a informé l'assuré que la situation était stabilisée d'un point de vue médical, qu'une capacité de travail résiduelle subsistait et que les indemnités journalières lui étaient versées jusqu'au 28 février 2012, afin de lui permettre d'entreprendre des démarches pour trouver un poste de travail adapté ;

Que l'assuré a été hospitalisé du 23 mars au 30 mars 2012 au service de rhumatologie des HUG, ensuite de quoi la SUVA a repris le versement des indemnités journalières du 1<sup>er</sup> mars 2012 jusqu'au 31 mai 2012 ;

Que par décision du 23 mai 2012, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> octobre 2009 au 30 septembre 2011, la rente étant supprimée dès le 1<sup>er</sup> octobre 2011, motif pris que selon le Service médical AI (SMR), depuis le 20 juin 2011, sa capacité de travail raisonnablement exigible est de 100 % dans une activité adaptée respectant strictement ses limitations fonctionnelles, sans diminution de rendement ;

Que l'assuré interjette recours en date du 22 juin 2012, contestant le point de départ de la rente dès lors que la rechute a débuté le 1<sup>er</sup> juillet 2009, la suppression de la rente, motif pris que la date de la reprise d'une activité professionnelle sans perte de gain fixée au 1<sup>er</sup> juin 2012 par l'OAI est prématurée, et, enfin, le calcul du degré d'invalidité effectué par l'intimé ;

Que dans sa réponse du 17 juillet 2012, l'intimé conclut au rejet du recours, se référant à l'avis SMR du 11 juillet 2012, selon lequel il n'y a pas d'aggravation durable après la décision du 23 mai 2012 et que la capacité de travail est entière dans une activité adaptée dès le 20 juin 2011, hormis la période d'hospitalisation du 23 au 30 mars 2012 ;

Que lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 19 septembre 2012, le recourant a précisé que la SUVA a continué à verser des indemnités journalières à 100 % jusqu'à fin mai 2012 et qu'il n'avait pas pu reprendre son activité d'animateur à 50 %, cette dernière exigeant la position debout ;

Que l'intimé n'a pas pu expliquer comment le SMR était parvenu à la conclusion que le recourant présentait une capacité de travail totale dès le 20 juin 2011 dans une activité adaptée, qu'il apparaissait qu'il se soit fondé sur le rapport du Dr P \_\_\_\_\_ du 20 juin 2011 ;

Que les parties ont convenu qu'une expertise pluridisciplinaire était nécessaire, à confier au CEMed ;

Que la Chambre des assurances sociales a communiqué aux parties le nom des experts ainsi que les questions qu'elle avait l'intention de leur poser, en leur impartissant un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées ;

Que les parties ont informé la Cour de céans, par plis des 29 octobre et 31 octobre 2012, qu'elles n'avaient aucune question complémentaire à poser aux experts ni de cause de récusation à faire valoir ;

**Attendu en droit** que dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la Chambre des assurances sociales est compétente en la matière (art.134 de la loi sur l'organisation judiciaire; LOJ - RS E 2 05) ;

Que la loi sur la partie générale des assurances sociales (LPGA), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable au cas d'espèce ;

Que le recours, déposé dans les formes et délai prévus par la loi est recevable à la forme (art. 56 et 60 LPGA) ;

Que, selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge doit établir (d'office) les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties, administrer les preuves nécessaires et les apprécier librement (art. 61 let. c LPGA; cf. ATF 125 V 193 consid. 2) ;

Qu'il 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 ;

Qu'en particulier, il doit mettre en oeuvre 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 ; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3) ;

Que lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en oeuvre une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4) ;

Qu'un renvoi à l'administration reste possible, notamment 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 ; ATF non publié 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012, consid. 3) ;

Que les coûts de l'expertise peuvent être mis à la charge de l'assureur social (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2) ;

Qu'en l'espèce, au vu des pièces du dossier, la situation médicale du recourant et ses répercussions sur la capacité de travail doivent être clarifiées par la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire ;

\*\*\*

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant préparatoirement**

1. Ordonne une expertise pluridisciplinaire, les experts ayant pour mission d'examiner et d'entendre Monsieur C\_\_\_\_\_.
2. Commet à ces fins le Centre d'Expertise Médicale, à Nyon, soit les Drs M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, et O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie.
3. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
  1. Prendre connaissance du dossier de la présente procédure ;
  2. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assuré :
  3. Examiner et entendre l'assuré, après s'être entourés de tous les éléments utiles, en s'entourant d'avis de tiers au besoin ;
  4. Si nécessaire, ordonner d'autres examens.
4. Charge l'expert rhumatologue et l'expert neurologue d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :
  1. Anamnèse.
  2. Plaintes et données subjectives de la personne.
  3. Constatations objectives, status clinique.
  4. Diagnostic(s), selon classification internationale.
  5. Depuis quand ces troubles sont-ils présents ?  
En cas de rechute, veuillez dater la survenance de ladite rechute.
  6. Les atteintes à la santé sont-elles objectivables ?
  7. a) Quelle a été l'évolution de l'état de santé du recourant depuis le début de l'atteinte à la santé, respectivement de la rechute, jusqu'à ce jour ?

- b) L'état de santé est-il demeuré stationnaire, s'est-il aggravé ou au contraire amélioré et dans ce cas depuis quand ?
8. Le recourant présente-t-il des limitations fonctionnelles ? si oui, lesquelles et depuis quand ?
9. Veuillez indiquer quelles sont les conséquences des atteintes à la santé sur la capacité de travail du recourant, en pourcent :
- a) dans l'activité habituelle
  - b) dans une activité adaptée
10. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant.
11. Indiquer l'évolution du taux d'incapacité de travail, en pourcent.
12. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée et indiquer le(s) domaine(s) d'activité(s) adaptée(s).
13. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
14. Évaluer les chances de succès d'une réadaptation professionnelle.
15. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales.
16. En cas de conclusions divergentes de celles du SMR et/ou du Dr P\_\_\_\_\_ sur la question des diagnostics, des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail du recourant, en expliquer les raisons.
17. Pronostic.
18. Toutes remarques utiles et proposition des experts.
5. S'agissant des troubles psychiques, charge l'expert psychiatre d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes:
- 1. Anamnèse familiale, sociale et professionnelle.
  - 2. Plaintes et données subjectives.
  - 3. Constatations objectives, status clinique.
  - 4. Diagnostic(s) selon la CIM-10.

5. Indiquer depuis quand le recourant présente des troubles psychiques.
6. Ces troubles psychiques ont-ils valeur de maladie en tant que telle selon la CIM-10 ?
7. Quel est le degré de gravité de chacun de ceux-ci, le cas échéant (faible, moyen, grave) ?
8. Quelles sont les limitations fonctionnelles dues à l'atteinte à la santé psychique ? Depuis quand ?
9. Décrire l'évolution de l'état de santé psychique du recourant.
10. Les troubles psychiques constatés nécessiteraient-ils une prise en charge spécialisée ?
11. Veuillez indiquer quelles sont les conséquences de l'atteinte à la santé psychiatrique sur la capacité de travail du recourant, en pourcent :
  - a) Dans l'activité habituelle
  - b) Dans une activité adaptée
12. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant.
13. Indiquer l'évolution du taux d'incapacité de travail du recourant, en pourcent.
14. En cas conclusions divergentes sur la question des diagnostics, des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail du recourant, en expliquer les raisons.
15. Formuler un pronostic global.
16. Toute remarque utile et proposition de l'expert.

6. Invite les experts à faire une appréciation consensuelle du cas s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, comportant notamment une appréciation globale de la capacité de travail résiduelle du recourant.
7. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Cour de céans.
8. Réserve le sort des frais.
9. Réserve le fond.

La greffière

La Présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le