

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2420/2006

ATAS/157/2008

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 3**

**du 7 février 2008**

En la cause

Monsieur S\_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître GABUS Pierre

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue  
de Lyon 97, GENEVE

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Violaine LANDRY-ORSAT et Christine  
KOEPPPEL, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Monsieur S\_\_\_\_\_, ressortissant portugais né 1958, est arrivé en Suisse en 1982. Il y a travaillé comme maçon, puis comme chef d'équipe, maçon ferrailleur, chez X\_\_\_\_\_. Il a obtenu son CFC de maçon en 1999 et son CFC de chef d'équipe en 2001.
2. En date du 28 juillet 2001, l'assuré a été victime d'un accident, se coupant les tendons du cinquième doigt de la main droite. Le cas a été pris en charge par l'assurance-accidents de son employeur, la SUVA.
3. En date du 1er décembre 2001, il a été victime d'un deuxième accident, se coinçant les doigts droits dans sa porte d'entrée. Le cas a également été pris en charge par la SUVA.
4. Le 16 mai 2003, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans ce cadre, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) a notamment réuni diverses attestations des médecins traitants de l'assuré.
5. Dans un rapport du 16 septembre 2003, le Dr A\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et rééducation de la main, a diagnostiqué une raideur du doigt 5 droit post (mot illisible) fléchisseur profond et une lésion partielle du nerf collatéral ulnaire droit en juillet 2001, une raideur IPD du doigt 4 droit sur (mot illisible) post fracture phalange 3 doigt 4 droit en décembre 2001, ainsi qu'une épicondylite droite en septembre 2002. L'incapacité de travail avait été totale du 28 juillet au 9 novembre 2001, la capacité avait été entière du 10 novembre 2001 au 23 janvier 2002, l'incapacité à nouveau totale du 24 au 28 janvier 2002, de 50 % du 29 janvier au 20 mai 2002, l'incapacité à nouveau totale du 21 au 28 mai 2002, de 50 % du 29 mai au 25 novembre 2002, l'incapacité à nouveau totale du 26 novembre 2002 au 10 janvier 2003, puis de 50 % à partir du 11 janvier 2003. L'état était stationnaire et il y avait peu d'amélioration globale à attendre, malgré la bonne volonté du patient. L'activité exercée jusqu'alors était encore exigible à 50 % en raison d'une diminution de la force entraînant une diminution de rendement. Une activité sans port de charges lourdes ni mouvements répétitifs du membre supérieur droit et évitant le serrage répété était possible à plein temps avec une diminution de rendement de 25 %. Une activité de machiniste de chantier pouvait être pratiquée à 100 % avec un rendement de 75 % dès le 1<sup>er</sup> octobre 2003.
6. Dans un rapport du 28 avril 2004, le Dr B\_\_\_\_\_, rhumatologue, a diagnostiqué une lombosciatique gauche sur hernie discale L4-L5 gauche en août 2003, une épicondylite droite chronique depuis 2000, ainsi qu'un status après luxation sterno-claviculaire droite en octobre 2003. Ce médecin ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail et a estimé le pronostic incertain.

7. En date des 27 août et 13 septembre 2004, l'assuré a été soumis à une expertise conduite par le Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie. L'expert a diagnostiqué une section du fléchisseur profond du cinquième doigt de la main droite, une section partielle du nerf collatéral ulnaire du cinquième doigt droit, un status après suture du fléchisseur profond du cinquième doigt droit, un status après ténolyses itératives des fléchisseurs du doigt 5 droit, un status après neurolyse et sutures du nerf collatéral ulnaire du doigt 5 droit (en septembre 2001), une fracture de la base de la troisième phalange du quatrième doigt de la main droite, un status après une arthrodèse de l'articulation interphalangienne distale du doigt 4 droit (en 2002), des troubles fonctionnels des quatrième et cinquième doigts de la main droite, une épicondylite droite chronique (en 2002), des lombalgies chroniques sur lésions dégénératives de la colonne lombaire inférieure (discopathies L4-L5, L5-S1 et hernie discale L4-L5). Les lombalgies étaient présentes depuis une vingtaine d'années; la hernie discale avait été mise en évidence en octobre 2003 suite à un épisode de lombosciatalgies. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient une subluxation sterno-claviculaire droite et une hypertension artérielle traitée. L'expert a indiqué :

"Ces différentes pathologies entraînent certainement une diminution de la capacité de travail comme maçon et tous les travaux nécessitant des mouvements répétés et répétitifs avec effort du membre supérieur droit (maniement de la truelle, montage de murs) ne paraissent plus exigibles, et en raison des lésions dégénératives de la colonne lombaire inférieure avec une hernie discale, les travaux de force, ports de lourdes charges, sacs de ciment, matériaux, etc. sont également tout à fait contre-indiqués. Une diminution de la capacité de travail de 50 % paraît justifiée. En tant que chef d'équipe, l'assuré a pu continuer à exercer son activité professionnelle avec une présence de 100 % mais basée sur un rendement de 50 %. Si l'on veut rechercher un travail adapté permettant une pleine capacité de travail, il faut rechercher une activité épargnant le membre supérieur droit, n'exigeant pas de sollicitation soutenue de la main droite, dominante, ni le port de charges supérieures à 10 kilos. Dans les conditions d'un travail adapté, le pronostic me paraît bon".

Selon l'expert, l'assuré était capable d'effectuer de petits travaux n'exigeant pas d'efforts importants, pas de mouvements répétés et répétitifs de longue durée et pouvant être effectués à son rythme. Par ailleurs, l'activité de chef d'équipe dans la mesure où elle permettait d'éviter des efforts, restait exigible, contrairement à celle de maçon. Il y avait une incapacité de travail de 20 % au moins depuis août 2001. Après quelques périodes d'incapacité totale en rapport avec les accidents et les interventions chirurgicales, la capacité de travail s'élevait à 50 % depuis le mois de novembre 2003. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables immédiatement. Une activité adaptée devrait s'exercer en milieu fermé et épargner le membre supérieur droit, n'exigeant pas de sollicitation soutenue de la main et du membre supérieur droit ni de port de charges supérieures à 10 à 15 kilos. Il n'y avait

---

pas de diminution de rendement dans une activité adaptée avec des tâches légères (cf. expertise du Dr C \_\_\_\_\_ du 29 novembre 2004).

8. Dans un rapport sans examen clinique du 15 décembre 2004, le service médical de l'assurance-invalidité (SMR LEMAN), a estimé la capacité résiduelle de travail à 100% dans une activité adaptée et à 50% dans l'activité habituelle.
9. Par décision du 2 février 2006, l'OCAI a octroyé à l'assuré une demi-rente d'invalidité avec effet au 1er janvier 2003 et jusqu'au 31 janvier 2004.
10. Dans le cadre de l'assurance perte de gain de l'employeur, l'assuré a été soumis à une expertise confiée au Dr D \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réhabilitation et en maladies rhumatismales. Cet expert a diagnostiqué des lomboscatalgies bilatérales chroniques depuis l'été 2003 (hernie discale L4-L5 gauche luxée vers le haut, discopathies étagées), une subluxation sterno-calviculaire droite depuis 2004, des gonalgies gauches depuis 2003 (kyste poplité, syndrome rotulien) ainsi que des séquelles de traumatismes de la main droite chez un droitier depuis août et décembre 2001. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient un épisode anxieux dépressif probablement réactionnel depuis deux ans, une hydronéphrose gauche (séquelle de sténose jonctionnelle pyélo-urétérale), une hypertension artérielle traitée et une obésité. Il n'y avait pas de limitation psychique. Depuis le 13 décembre 2005, l'expertisé présentait une incapacité totale de travail pour exacerbation de ses lombalgies. Ces symptômes étaient en relation avec une discopathie sévère L4-L5 et il était à craindre une incapacité de longue durée, voire une invalidité dans les activités habituelles de l'assuré, ceci d'autant plus qu'étaient apparues des gonalgies gauches, ressenties surtout lors de certaines activités professionnelles. En raison de ses lombalgies, l'assuré ne pouvait faire d'efforts ni soulever des charges de plus de 10 kilos ni travailler dans de mauvaises positions; ses douleurs sterno-costales quant à elles, lui interdisaient les efforts avec le membre supérieur droit et le fait de travailler le bras levé; son genou gauche, enfin, ne pouvait rester fléchi et l'obligeait à éviter les montées et descentes d'escalier; l'activité habituelle n'était pas exigible; dans toute activité légère, sans effort, de surveillance ou d'organisation, la capacité de travail était entière mais au moins de 75 % (cf. expertise du Dr D \_\_\_\_\_ du 28 février 2006).
11. Par courrier du 6 mars 2006, l'assuré a formé opposition à la décision du 2 février 2006 en sollicitant l'octroi d'une demi-rente d'invalidité au-delà du 31 janvier 2004. Il a fait valoir que sa situation médicale s'était maintenue voire péjorée depuis cette date et qu'il n'y avait donc pas lieu de limiter dans le temps les prestations qui lui étaient dues.
12. Par décision du 24 mai 2006, notifiée le 1<sup>er</sup> juin 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assuré, au motif, que selon l'expertise du Dr C \_\_\_\_\_, il présentait une pleine capacité résiduelle de travail. À cet égard, l'expertise réalisée par le Dr

D\_\_\_\_\_ confirmait les conclusions du Dr C\_\_\_\_\_.

13. Par courrier du 30 juin 2006, l'assuré a recouru contre cette décision auprès du Tribunal de céans en concluant, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente d'invalidité de durée indéterminée et, subsidiairement, à ce que soit mise sur pied une nouvelle expertise médicale. Il fait valoir que son état de santé s'est péjoré depuis la fin de l'année 2005 et qu'il a dû subir une opération le 13 juin 2006. Le recourant a allégué travailler à plein temps avec un rendement de 50 % en tant que chef d'équipe, activité dont il considère qu'elle est adaptée à son handicap. Il soutient que si l'OCAI estime que tel n'est pas le cas, il devrait alors au moins lui octroyer des mesures de réadaptation professionnelle.
14. Dans sa réponse du 28 août 2006, l'OCAI s'est référé à sa décision sur opposition. Il a pour le surplus fait valoir, s'agissant de l'aggravation de l'état de santé alléguée, que celle-ci a été infirmée par l'expertise réalisée par le Dr D\_\_\_\_\_. L'intimé ne conteste pas que l'activité exercée jusqu'alors n'est désormais plus exigible, mais il estime que, dans une activité adaptée, la capacité de travail de l'assuré reste entière. Quant à l'intervention médicale subie le 8 juin 2006, il fait remarquer qu'il s'agit d'un fait postérieur à la décision litigieuse qui n'a donc pas à être pris en compte. Enfin, l'intimé soutient que le dossier a été suffisamment instruit, le recourant ayant déjà été soumis à deux expertises médicales, ayant toutes deux valeur probante et dont les conclusions concordent, de sorte que, selon lui, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise ne se justifie pas.
15. Dans sa réplique du 29 septembre 2006, le recourant s'est référé à son recours et à ses conclusions. Il fait de surcroît valoir que le rapport du Dr D\_\_\_\_\_ de février 2006 fait état d'une aggravation de son état de santé et relève que depuis le 13 décembre 2005, il est dans l'incapacité totale de travailler en raison d'une exacerbation de ses lombalgies. Ces symptômes sont en relation avec une discopathie L4-L5 et une incapacité de longue durée voire une invalidité dans ses activités actuelles est à craindre, ceci d'autant plus que sont également apparues des gonalgies gauches. Le recourant soutient que le Dr D\_\_\_\_\_ se contredit puisque, d'une part, il admet son incapacité à exercer l'activité de maçon ou de chef d'équipe et, d'autre part, conclut à une capacité de travail de 75% malgré ses importantes limitations fonctionnelles. Le recourant en tire la conclusion que ce rapport doit être écarté et que sa situation médicale n'a pas été suffisamment investiguée depuis l'aggravation de son état de santé en décembre 2005. Il ajoute qu'il est toujours dans l'incapacité totale de travailler suite à l'opération de sa hernie discale, le 13 juin 2006. Enfin, il soutient que si, par impossible, le Tribunal devait retenir qu'il n'a pas droit à une rente d'invalidité, il devrait à tout le moins être mis au bénéfice de mesures de réadaptation professionnelle, puisqu'il présente un degré d'invalidité de 31 % selon la décision sur opposition litigieuse.
16. Dans sa duplique du 31 octobre 2006, l'OCAI a persisté dans ses conclusions.

17. Par ordonnance du 30 mars 2007 (ATAS/353/2007), le Tribunal de céans a ordonné une expertise médicale auprès du Dr E \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste, portant sur l'état de santé du recourant depuis décembre 2005.
18. Dans son rapport d'expertise du 2 mai 2007, le Dr E \_\_\_\_\_ explique avoir reçu l'expertisé en date des 18 avril et 1<sup>er</sup> mai 2007.

Il pose les diagnostics suivants : section traumatique du fléchisseur profond du cinquième doigt droit; section partielle du nerf collatéral ulnaire du cinquième doigt droit; status après suture du fléchisseur profond du cinquième doigt droit avec lâchage secondaire; reprise chirurgicale après lâchage; status après ténolyses itératives des fléchisseurs du cinquième doigt droit; status après neurolyses et suture du nerf collatéral ulnaire du cinquième doigt droit; fracture de la base de la troisième phalange du quatrième doigt droit; status après arthrodèse de l'articulation interphalangienne distale du quatrième doigt droit; status après échec d'ablation de matériel d'ostéosynthèse; impotence fonctionnelle en flexum résiduel du cinquième doigt droit; impotence fonctionnelle en extension fixée de l'interphalangienne distale droite; hyposensibilité du bord cubital du cinquième doigt droit; épicondylite bilatérale, prédominante à droite; discopathies depuis 20 ans de L4-L5; hernie discale L4-L5 luxée; status après opération de fixation souple de type DYNESIS sur L4-L5; kyste poplité du genou gauche et subluxation de l'articulation sterno-claviculaire droite.

Selon le Dr E \_\_\_\_\_, l'expertisé présente une incapacité fonctionnelle sévère de la main droite chez un droitier qui exclut un travail fin avec le membre supérieur (quatrième et cinquième doigts non fonctionnels). Il présente également une impotence fonctionnelle sévère de la colonne lombaire qui exclut un travail en position debout ou assise alternée (impossibilité de fléchir le dos et de l'étendre). De plus, il existe une épicondylite bilatérale, une subluxation de l'articulation sterno-claviculaire droite et un kyste poplité du genou gauche. Les limitations physiques remontent à juillet 2001 pour la main et à mai 2005 pour le dos. Elles sont définitives. Dans ces conditions, le patient n'est plus en mesure d'exercer une quelconque activité physique, ni de manutention légère, ni de simple surveillance, vu la pathologie du dos. L'incapacité de travail est totale, de manière définitive. Toute tentative de reconversion professionnelle est purement théorique et conduirait à un échec pour les raisons suivantes : changement de position debout-assis-marche constamment douloureux au niveau du dos, main droite sévèrement atteinte chez un droitier, subluxation de l'articulation sternoclaviculaire droite, absence de formation professionnelle préexistante, arrêt de travail de longue durée. L'expert estime que l'assuré est dans l'incapacité totale de travailler depuis le 28 juillet 2001 et de manière définitive, accident et maladie confondus, à l'exception d'une courte période (du 29 janvier au 25 novembre 2002) pendant laquelle il a travaillé à 50 %.

Enfin, l'expert a pris contact avec le neurochirurgien de l'assuré qui lui a confirmé que la hernie discale n'est pas une indication opératoire, dans la mesure où l'impotence du dos et les douleurs référentes sont ligamentaires et non discales. Par ailleurs, même une intervention chirurgicale à ce niveau ne saurait permettre de retrouver une quelconque capacité de travail. Le neurochirurgien a conclu, comme l'expert, à l'impossibilité de la reprise du travail.

19. Dans ses observations sur ordonnance du 21 mai 2007, l'intimé s'est référé à l'avis du SMR du 16 mai 2007. Selon ce dernier, le rapport d'expertise comporte des contradictions, un diagnostic manque et l'expert n'a pas rendu crédible la présence d'une incapacité totale de travail depuis 2001.
20. Dans ses observations sur ordonnance du 30 mai 2007, le recourant tire la conclusion de l'expertise du Dr E\_\_\_\_\_ que le Tribunal doit lui reconnaître une incapacité totale de travail dès la fin de l'année 2004, date à laquelle son état de santé s'est aggravé. Il précise qu'auparavant, il a pu travailler à 50% et exercer l'activité de chef d'équipe. Il persiste pour le surplus dans ses écritures et conclut à l'octroi d'une rente entière.
21. Suite aux remarques de l'OCAI, le Dr E\_\_\_\_\_ a revu l'assuré pour un complément d'expertise.
22. Dans son rapport du 29 août 2007, il a expliqué que l'assuré a bien présenté une incapacité de travail de 50 % dès le 29 janvier 2002, à l'exception d'une courte période - du 21 au 28 mai 2002 - durant laquelle il a été en incapacité totale de travail. A compter du 29 mai 2007, il a retrouvé une capacité de travail de 50%.

S'agissant du syndrome lombaire, l'expert a précisé que l'examen du dos a confirmé la raideur dorsale. Le patient se plaint de douleurs lombaires similaires à celles d'avant l'opération; il a mal immédiatement à l'extension du dos avec des sciatalgies L4-L5. Il évoque de plus une perte de sensibilité au niveau des quatrième et cinquième orteils du pied gauche et tous les mouvements de torsion et d'inclinaison du tronc sont impossibles en raison des douleurs. L'assuré a mal après une station assise prolongée, une station debout prolongée, couché, ainsi qu'aux changements de position.

S'agissant du diagnostic de la hernie discale L4-L5 luxée, le patient présente actuellement une lombosciatalgie gauche avec un trajet bien défini des douleurs, une perte de la sensibilité superficielle et profonde de la cuisse, ainsi que sur le pied. Il y a péjoration de l'état santé du patient par rapport à l'expertise de 2004, notamment au niveau lombaire.

En conclusion, l'expert a expliqué que les deux éléments essentiels pour conclure à une incapacité de travail sont l'impotence fonctionnelle de la main droite et les lombosciatalgies ainsi que la raideur objectivée du dos. Il a ajouté que le rapport du

Dr C\_\_\_\_\_ de 2004 reflétait bien la situation telle qu'elle se présentait alors.

23. Par courrier du 9 octobre 2007, le Tribunal de céans a demandé à l'employeur du recourant quelles avaient été les périodes de travail et d'incapacité de ce dernier dans l'entreprise.
24. Par courrier du 24 octobre 2007, l'employeur a indiqué que l'assuré a travaillé en tant que chef d'équipe du 29 janvier au 25 novembre 2002 à 50 %, du 11 janvier 2003 au 30 juillet 2004 à 50 %, du 2 août 2004 au 25 janvier 2005 à 100 % et du 26 février au 11 décembre 2005 à 50 %.
25. Par courrier du 23 novembre 2007, le recourant a expliqué avoir travaillé chez son employeur avec un rendement de 50 %. Depuis le 12 décembre 2005, en raison de l'aggravation de son état de santé, il présentait une totale incapacité de travail. Enfin, il a précisé que durant la période du 2 août 2004 au 25 janvier 2005, il ne présentait pas une totale capacité de travail puisque qu'il n'avait qu'un rendement de 50 %.
26. Par courrier du 12 décembre 2007, le Tribunal de céans a posé quelques questions supplémentaires à l'expert.
27. Par courrier du 10 janvier 2008, le Dr E\_\_\_\_\_ a répondu au Tribunal de céans que l'assuré avait été dans l'incapacité de travailler pour cause d'accident : à 100% du 28 juillet au 9 novembre 2001, à 100% du 18 au 27 janvier 2002, à 50% du 28 janvier au 20 mai 2002, à 100% du 21 mai au 24 novembre 2002, à 50% le 25 novembre 2002, à 100% du 26 novembre 2002 au 10 janvier 2003, à 50% du 11 janvier 2003 au 28 juillet 2004; il avait été dans l'incapacité de travailler pour cause de maladie : du 26 février 2005 au 11 décembre 2005 à 100% (recte à 50%) et dès le 13 décembre 2005 à 100% et ce, pour une durée indéterminée. Une nouvelle IRM du 13 décembre 2007 a confirmé une aggravation. Enfin, le Dr E\_\_\_\_\_ a confirmé les conclusions de son expertise.
28. Ces différents courriers ont été transmis aux parties et la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. 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 sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2 ; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Ces principes de droit intertemporel commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision sur opposition du 24 mai 2006 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit est applicable sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).
4. Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté dans les formes et délai légaux, est recevable à la forme, conformément à l'art. 60 LPGA.
5. Il convient en l'occurrence d'établir le degré d'invalidité du recourant à partir du 1<sup>er</sup> février 2004, date de la suppression de la demi-rente d'invalidité servie par l'OCAI.

a) En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, 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. Il y a lieu de préciser que 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 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 105 V 158 consid.1).

L'entrée en vigueur de la 4<sup>ème</sup> révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004 relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au

moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. Les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4<sup>ème</sup> révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

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; actuellement art. 17 LPGA). Aux termes de cette disposition, si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est, pour l'avenir, augmentée, réduite ou supprimée. A cet égard, l'art. 88a al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI) précise que si l'incapacité de gain ou l'impotence d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

b) 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).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque

---

d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

L'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références).

6. En l'occurrence, le recourant a fait l'objet de trois expertises et d'un complément d'expertise par les Drs C \_\_\_\_\_, D \_\_\_\_\_ et E \_\_\_\_\_. L'expertise du Dr E \_\_\_\_\_ est non seulement la plus récente mais également la plus complète, dans la mesure où elle prend en considération non seulement les atteintes de la main droite mais aussi celles du dos. L'intimé cependant a formulé un certain nombre de remarques suite à la réception de ce rapport, qui ont été transmises au Dr E \_\_\_\_\_, lequel a reconvoqué le recourant et déposé un complément d'expertise, dans lequel il a répondu précisément aux questions soulevées par l'OCAI.

S'agissant de la valeur probante qu'il convient d'accorder à ce rapport d'expertise et à son complément, le Tribunal de céans constate que l'expertise est complète, qu'elle a été établie en pleine connaissance du dossier, qu'elle comporte une anamnèse détaillée, qu'elle prend en compte les plaintes de l'expertisé et pose des diagnostics précis et enfin, que ses conclusions sont bien motivées. Quant aux remarques de l'intimé - qui a notamment contesté le diagnostic de hernie discale L4-L5 luxée pour ne retenir que les lombalgies, bien qu'il ait reconnu une aggravation de la pathologie du dos en 2005 -, elles ne permettent pas de mettre en doute la valeur probante de l'expertise dans la mesure où le médecin-conseil qui les a formulées n'a pas vu l'assuré et n'est pas spécialiste, contrairement à l'expert. De surcroît, le Dr E \_\_\_\_\_ a répondu précisément aux remarques de l'OCAI après avoir reconvoqué l'assuré. Il a ainsi affirmé que le diagnostic de hernie discale L4-L5 luxée ne faisait pas l'ombre d'une contestation, eu égard aux radiographies et a maintenu son appréciation de la capacité de travail de l'assuré, réaffirmant qu'une incapacité totale se justifiait au vu des nombreuses pathologies, notamment

l'impotence fonctionnelle de la main droite, les lombo-sciatalgies et la raideur objectivée du dos.

Le Tribunal de céans considère que le rapport d'expertise du Dr E\_\_\_\_\_ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante au sens de la jurisprudence fédérale - malgré quelques imprécisions quant aux dates des périodes d'incapacité de travail - et que ses conclusions, motivées, emportent conviction. Elles seront dès lors suivies, tant en ce qui concerne les diagnostics retenus que le taux de capacité de travail.

Il ressort ainsi des diverses pièces du dossier et notamment de l'expertise du Dr E\_\_\_\_\_ que l'incapacité de travail de l'assuré a été de 50% du 29 janvier 2002 au 11 décembre 2005, période entrecoupée de courts épisodes d'incapacité totale. Depuis le 11 décembre 2005, l'intéressé a été dans l'incapacité totale et durable de travailler.

7. Se pose à présent la question d'une éventuelle modification de l'état de santé qui justifierait que la suppression de la demi-rente accordée au recourant le 31 janvier 2004.

Force est cependant de constater l'absence d'amélioration dans l'état de santé de l'assuré. En effet, ce dernier a continué à présenter, au-delà du 31 janvier 2004, une incapacité de travail de 50%. Son employeur a attesté du fait que, jusqu'au 25 janvier 2005, son rendement n'a été que de 50%. En 2005, l'assuré a formellement réduit son taux d'occupation à 50%.

L'OCAI semble implicitement considérer que l'assuré aurait dû opter pour une autre activité, plus conforme à ses limitations, qui lui aurait permis de recouvrer une capacité totale de travail. Il n'est pas contesté que l'activité de maçon n'était plus exigible de la part de l'assuré. En revanche, celle de chef d'équipe, qu'il a ensuite déployée, peut correspondre à une activité légère, telle que décrite par le Dr C\_\_\_\_\_ dans ses conclusions d'expertise. On doit dès lors admettre qu'elle était adaptée à l'état de santé du recourant. Or, il ne lui a pas été possible de l'exercer à plus de 50% (50% de taux de travail ou taux de travail de 100% avec un rendement de 50%). Ce taux de capacité de travail correspond d'ailleurs aux conclusions du Dr C\_\_\_\_\_, qui dans son rapport du 29 novembre 2004, estimait la capacité de l'assuré à 50% depuis le mois de novembre 2003. Il est vrai qu'à la fin de son expertise, l'expert a également conclu à une absence de diminution de rendement dans une activité adaptée, ce que l'OCAI semble avoir interprété comme correspondant à une capacité entière de travail. Il apparaît au contraire, au vu du reste du rapport, que l'expert a clairement retenu une capacité de travail réduite à 50% et que c'est par rapport à cette dernière qu'il faut envisager l'absence de baisse de rendement évoquée à la fin du rapport d'expertise.

En conséquence, rien ne justifiait la suppression de la demi-rente d'invalidité au

31 janvier 2004, puisqu'il n'y a pas eu, à cette date, de modification de l'état de santé et que le recourant a continué à ne présenter qu'une capacité de travail de 50% - capacité mise en valeur par un travail de chef d'équipe, exercé dans un premier temps à 100% mais avec un rendement de 50% puis exercé à 50% - alors qu'il exerçait une activité adaptée à son état de santé.

Puis, en décembre 2005, est intervenue une aggravation due à une hernie discale. A compter de cette date, la capacité de travail de l'assuré a été nulle quelle que soit l'activité envisagée ainsi qu'en a attesté l'expertise du Dr E\_\_\_\_\_ à laquelle le Tribunal de céans a déjà reconnu supra pleine valeur probante. Une nouvelle IRM, pratiquée le 13 décembre 2007, a encore confirmé une nouvelle aggravation de la pathologie du dos.

8. Eu égard aux considérations qui précèdent, il convient d'admettre le recours et de reconnaître à l'assuré le droit à une demi-rente d'invalidité du 1er janvier 2003 au 31 mars 2006, compte tenu de l'art. 88a RAI, puis à une rente entière d'invalidité dès le 1er avril 2006 et pour une durée indéterminée. Le recourant obtenant gain de cause aura droit à des dépens, fixés à 2'000 fr.

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision sur opposition du 24 mai 2006.
4. Constate que le recourant a droit à une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> janvier 2003 au 31 mars 2006, puis à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> avril 2006.
5. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge de l'intimé.
6. Condamne l'intimé à verser au recourant 2'000 fr. à titre de dépens.
7. 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

La présidente

Brigitte LUSCHER

Karine STECK

La secrétaire-juriste :

Frédérique GLAUSER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le