REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/286/2007 **ATAS/1275/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 15 novembre 2007

En la cause

Monsieur A_____, domicilié , GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Karine FRACHEBOUD — recourant

contre

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

Siégeant : Karine STECK, Présidente, Christine KOEPPEL et Violaine LANDRY ORSAT, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____, de nationalité irakienne, né en 1956, arrivé en Suisse en 1993, a travaillé comme garçon d'office jusqu'au 26 mars 2003, date à partir de laquelle il s'est trouvé dans l'incapacité totale de travailler en raison de douleurs dorsales.

2. Le 17 juin 2004, le Dr A1_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, a établi un rapport d'expertise à l'attention de SWICA ASSURANCES, assurance perte de gain de son employeur. L'expert a posé les diagnostics de lombosciatiques L5 gauches irritatives et déficitaires sur un plan sensitif L5 et de tabagisme chronique. Il a estimé que l'incapacité totale de travail était justifiée dans l'activité déployée par l'assuré, à savoir celle d'employé de cafétéria, travail qui implique le port de charges, l'adoption de positions en porte-à-faux ou de positions statiques prolongées. Cependant, l'expert a ajouté que dans une activité adaptée, c'est-à-dire permettant d'éviter positions statiques prolongées, le port de charges supérieures à 15 kg et les positions en porte-à-faux, l'assuré pourrait travailler à 50%. Le Dr A1_____ a suggéré que l'assuré s'adresse à l'assurance-invalidité en vue d'un reclassement professionnel ou d'un placement (pièce 14-2 OCAI).

3. Le 11 août 2004, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI) en invoquant des lombosciatiques récidivantes.

4. Interrogé par l'OCAI, son médecin traitant, le Dr. B_____, a confirmé le diagnostic de lombosciatiques bilatérales chroniques présentes depuis 1993 et l'incapacité totale de l'assuré à exercer son ancienne activité (cf. rapport du 22 septembre 2004 : pièce 15 OCAI).

5. Dans un rapport ultérieur du 27 décembre 2005, le Dr B_____ a indiqué que l'état de son patient était resté stationnaire, voire qu'il s'était amélioré. Il a exprimé l'opinion que si son patient ne pouvait plus travailler comme manutentionnaire polyvalent, il pourrait cependant envisager une autre activité.

6. Sur mandat de l'OCAI, le Dr C_____, spécialiste FMH en médecin interne et rhumatologie, a procédé à une expertise.

   Dans son rapport du 10 février 2006, il a retenu à titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail : des lombalgies chroniques avec sciatalgies gauches et blocages lombaires sur des troubles de la posture (relâchement de la musculature abdominale et lombaire, scoliose à convexité lombaire droite sur un raccourcissement de deux centimètres du membre inférieur droit) et des discopathies L4-L5 et L5-S1, attestées depuis 1993. L'expert a également

mentionné, tout en précisant qu'il était sans répercussions sur la capacité de travail, un status après ablation d'une hernie discale L4-L5.

Le Dr C_____ a relevé que les douleurs lombaires dont l'assuré souffre depuis 1993 s'étaient aggravées en 2003 et que, malgré une prise en charge correcte et des investigations approfondies, l'assuré se plaignait de l'absence de toute amélioration et n'avait plus repris d'activité physique.

L'examen clinique a mis en évidence un syndrome vertébral chronique sur des troubles de la posture et des discopathies, atteintes empêchant tous les travaux qui impliquent de porter des charges de plus de 10 kg, des mouvements répétés de flexion ou d'extension du rachis et des stations debout prolongées. L'expert en a tiré la conclusion que l'activité précédemment exercée par l'assuré dans une cafétéria était contre-indiquée.

Il a relevé par ailleurs que l'assuré a une formation universitaire en économie et a travaillé comme comptable. Le Dr C_____ a suggéré que des cours de langue pourraient rapidement mettre l'assuré à niveau en français et lui permettre d'exercer une activité de comptable à plein temps car, selon lui, le patient a les ressources intellectuelles pour trouver un travail adapté. L'expert a donc préconisé qu'il soit adressé à un conseiller en orientation professionnelle ou qu'un recyclage soit mis sur pied.

L'expert a par ailleurs souligné qu'il n'était pas certain que l'assuré fasse tout ce qui est utile pour améliorer son état général. Il a rappelé à cet égard son médecin-traitant et une ergothérapeute avaient émis des doutes quant à la gravité de son cas et a ajouté que lui-même avait pu remarquer que dans la rue, ne se sachant pas observé, l'assuré cheminait rapidement et normalement, en bougeant correctement ses bras, alors qu'en sa présence, il avait marché lentement et en boitant.

L'expert a retenu que l'assuré ne peut porter de charge de plus de 10 kg ni faire de mouvements en flexion ou extension du rachis. Il en a tiré la conclusion que si l'activité exercée jusqu'alors n'est plus exigible, un travail de bureau serait en revanche envisageable, à plein temps et sans baisse de rendement (pièce 37 OCAI).

7. Le Dr D_____, du service médical régional AI (SMR) a retenu sur la base de l'expertise du Dr A1_____, une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée depuis juin 2004 et de 100% depuis le 3 février 2006, date de l'examen pratiqué par le Dr C_____ (pièce 42 OCAI).

8. Le dossier de l'assuré a été soumis à la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI. Cette dernière a indiqué avoir eu un premier entretien avec l'assuré en date du 18 octobre 2005, au cours duquel l'assuré a contesté pouvoir travailler à 50%, alléguant qu'il ne peut rester assis que dix minutes et qu'il n'a un périmètre de marche que très limité.

Un second entretien a eu lieu le 10 juillet 2006 au cours duquel la seule indication que l'assuré ait donnée quant à sa vie quotidienne est qu'il dort dix-sept heures par jour et qu'il estime ne rien pouvoir faire en raison de ses douleurs. L'assuré a par ailleurs contesté les conclusions du Dr C_____ en alléguant que son état de santé ne lui permet pas de reprendre une quelconque activité professionnelle. L'assuré a indiqué n'avoir aucun projet d'avenir; il a insisté sur ses douleurs et allégué qu'il ne souhaite pas, même progressivement, reprendre d'activité lucrative.

Dès lors, la division de réadaptation a procédé à une évaluation théorique du degré d'invalidité de l'assuré pour la période postérieure à l'expertise du Dr C_____. Après s'être renseignée auprès de son ancien employeur et avoir pu constater que, sans atteinte à la santé, l'assuré aurait pu réaliser en 2004 un revenu annuel de 45'370 fr., elle a comparé ce salaire à celui qu'aurait pu obtenir la même année un homme exerçant à plein temps une activité simple et répétitive, en tenant compte d'une réduction supplémentaire de 25%, soit 42'944 fr. (cf. l'Enquête sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique [ESS] 2004, TA1 : 4'588.- par mois pour un horaire de 40 h./sem. = 4'772.- par mois pour un horaire de 41,6 h./sem. = 57'258.- par année = 42'944.- après déduction de 25%). La division de réadaptation professionnelle a ainsi abouti à un degré d'invalidité de 5,3% (pièce 48 OCAI).

9. Dans un rapport postérieur daté du 14 août 2006, la division de réadaptation de l'OCAI a par ailleurs procédé à l'évaluation théorique du degré d'invalidité de l'assuré pour la période de juin 2004 à janvier 2006. Pour ce faire, elle a comparé le revenu sans invalidité, soit 45'370 fr., à celui que l'assuré aurait pu réaliser en exerçant à mi-temps une activité simple et répétitive, en tenant compte d'une réduction supplémentaire de 25%, soit 21'472 fr. (4'588.- par mois pour un horaire de 40 h./sem. = 4'772.- par mois pour un horaire de 41,6 h./sem. = 57'258.- par année à plein temps = 28'629.- à 50% = 21'472.- après réduction de 25%). La division a ainsi obtenu un degré d'invalidité de 52,7% (pièce 50 OCAI).

10. Le 16 août 2006, un projet de décision a été adressé, indiquant à ce dernier que l'OCAI avait l'intention de lui octroyer une rente entière pour la période du 26 mars 2004 au 31 mai 2004, puis une demi-rente pour la période du 1er juin 2004 au 30 avril 2006.

11. Par courrier du 4 septembre 2006, l'assuré a allégué être dans l'incapacité totale de travailler et a contesté que son état de santé se soit amélioré. Il s'est plaint de ressentir une très grande fatigabilité, d'une tension artérielle trop basse et de douleurs dorsales.

12. Par décision du 7 décembre 2006, l'OCAI lui a octroyé une rente entière d'invalidité du 1er mars 2004 au 31 mai 2004 puis une demi-rente du 1er juin 2004 au 30 avril 2006. L'OCAI a considéré qu'au vu des éléments médicaux versés au dossier, l'état

de l'assuré s'était amélioré à compter du mois de février 2006 au point de lui permettre de recouvrer une capacité de travail entière dans une activité adaptée, raison pour laquelle il a mis fin au versement de toute prestation trois mois plus tard, le 1er mai 2006.

13. Par courrier du 25 janvier 2007, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Préalablement, il conclut à une suspension de la procédure jusqu'à ce que l'office AI se détermine sur la demande de réexamen déposée le même jour. Principalement, l'assuré conclut à l'annulation de la décision du 7 décembre 2006, à la réouverture de l'instruction de son dossier compte tenu des faits nouveaux invoqués et à ce qu'une nouvelle décision soit rendue.

    L'assuré fait valoir que son état de santé s'est détérioré "vers la fin 2006". Il explique que c'est la raison pour laquelle, en parallèle à son recours, il a informé l'OCAI du fait que sa situation personnelle s'était modifiée et a demandé que soit réexaminé son état de santé et, partant, sa capacité de travail et son droit à une rente d'invalidité. Le recourant explique par ailleurs que c'est pour "sauvegarder ses droits en cas de refus d'entrée en matière de l'OCAI" qu'il a interjeté recours. Il précise cependant qu'il ne conteste ni son droit à une rente entière pour la période du 26 mars 2004 au 31 mai 2004 ni son droit à une demi-rente entre le 1er juin 2004 et le 30 avril 2006, mais qu'il s'estime à l'heure du dépôt de son recours incapable de travailler, son état de santé s'étant dégradé de manière significative (douleurs aiguës, mobilité restreinte, etc.).

14. Invité à se déterminer, l'OCAI, dans sa réponse du 9 mars 2007, a conclu au rejet du recours. Il a par ailleurs fait remarquer qu'il lui est impossible d'examiner la demande de révision dans la mesure où un recours a été interjeté. Pour le reste, il souligne que l'expertise réalisée par le Dr C_____ en date du 10 février 2006 - sur les conclusions de laquelle il s'est fondé pour rendre la décision attaquée - n'est pas critiquée par le recourant et que celui-ci n'amène aucun élément médical nouveau.

15. Par courrier du 13 avril 2007, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a par ailleurs allégué être dans l'attente d'un rapport médical et a demandé qu'un délai lui soit imparti pour produire cette pièce.

16. Le Tribunal de céans lui a imparti pour ce faire un délai au 7 mai 2007.

17. Par courrier du 7 mai 2007, le recourant a indiqué que son médecin l'avait informé qu'il n'entendait pas établir de rapport médical supplémentaire et qu'il persistait néanmoins dans ses conclusions.

EN DROIT

1. 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'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) 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.

2. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).

3. Se pose en premier lieu la question de savoir si la suspension de procédure sollicitée par le recourant se justifie.

4. Aux termes de l'art. 14 de la loi genevoise sur la procédure administrative (LPA), la procédure peut être suspendue lorsque son sort dépend de la solution d'une question de nature civile, pénale ou administrative pendante devant une autre autorité, jusqu'à droit connu sur ces questions.

5. En l'espèce, une telle suspension ne se justifie aucunement dans la mesure où le sort du présent litige ne dépend pas de l'issue réservée par l'OCAI à la demande de réexamen déposée par le recourant. En effet, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales ne peut apprécier la légalité des décisions attaquées que d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et la référence).

   Le recours interjeté par l'assuré et la demande de réexamen qu'il a déposée concernent donc deux périodes distinctes puisque le premier ne peut concerner que les faits antérieurs à la décision litigieuse du 7 décembre 2006 et la seconde des faits postérieurs.

   En conséquence, il n'y a pas lieu de procéder à la suspension de procédure sollicitée.

6. Quant au fond du litige, le recourant fait valoir une aggravation de son état de santé, laquelle serait intervenue "fin 2006", soit antérieurement à la décision litigieuse.

7. Pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales,

in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 in fine).

8. 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).

9. En l'espèce, force est de constater que le recourant n'étaye d'aucune manière l'aggravation dont il se prévaut qu'il fait remonter, de manière très imprécise, à "fin 2006" et dont il n'indique d'ailleurs pas même en quoi elle consisterait exactement. Malgré les délais qui lui ont été impartis pour produire des documents médicaux à l'appui de ses dires, le recourant n'a pas été à même d'en produire un seul, admettant même que son médecin traitant avait refusé d'établir un nouveau rapport en ce sens.

   En conséquence, force est de constater qu'aucun élément ne vient infirmer les conclusions des deux expertises pratiquées par les Drs E_____ et C_____ et sur la base desquelles l'intimé a rendu sa décision. Il n'y a dès lors pas lieu de s'écarter des conclusions des experts.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours, manifestement infondé, est rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Met un émolument de 500 fr. à la charge du recourant.

4. 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
Janine BOFFI	Karine STECK

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