REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/964/2007 **ATAS/1033/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 5

du 26 septembre 2007

En la cause

Monsieur C_____, domicilié , 1227 LES ACACIAS, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître DE MITRI Alain	recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur C_____, né le 1952, est plâtrier de profession. En dernier lieu, il a travaillé pour X_____ SA avec un salaire horaire de 27 fr. 55 en 2003.

2. Depuis le 22 mars 2002, il est en arrêt de travail.

3. Le 29 avril 2002 est pratiquée une tomodensitométrie axiale computerisée de la colonne lombaire et sacrée. Dans son rapport du 1er mai 2002, le Dr A_____ conclut à une ébauche d'hernie discale sous-ligamentaire L3-L4, appuyant sur la partie antérieure du fourreau dural mais sans répercussion sur les racines, à une hernie discale L4-L5, luxée vers le haut, appuyant sur la partie antérieure gauche du fourreau dural et entrant en conflit avec la racine L4 gauche dans son trajet foraminal et extra-foraminal, et à des lésions dégénératives inter-apophysaires postérieures L2-L3 et un pont ostéophytaire dans la partie supérieure et antérieure des articulations sacro-illiaques.

4. L'assuré est soumis à une électro-neuro-myographie le 16 janvier 2003. Selon le Dr . B_____, le résultat de cet examen suggère une atteinte lésionnelle L4 (L5) gauche. Son appréciation est la suivante:

> "Nous sommes face à un état déficitaire moteur associé à la dénervation laissant suspecter une atteinte lésionnelle. Au vu de la topographie des signes, il s'agirait plutôt d'une atteinte L4 que d'une atteinte du nerf fémoral dans le contexte d'un diabète. J'ai revu le scanner lombaire, qui corrobore l'impression d'un conflit radiculaire L4 gauche. (…) Vu le handicap prolongé occasionné par cette atteinte, je pense qu'une décompression devrait être discutée avec un neurochirurgien."

5. Par demande reçue le 2 juillet 2003, l'intéressé requiert des prestations d'assurance-invalidité, en vue de l'obtention d'une rente.

6. Dans son rapport du 14 octobre 2003, le Dr C_____ pose les diagnostics de diabète insulino-dépendant, de lésion méniscale du genou avec une chondropathie rotulienne, d'hernies discales lombaires et de compression radiculaire L5-S1. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail il mentionne un psoriasis, une hypertension artérielle compensée, une obésité et un éthylisme chronique. La capacité de travail est nulle depuis le 22 mars 2002 et ne peut être améliorée par des mesures médicales. Selon l'annexe à son rapport médical de la même date, on ne pourrait exiger de l'assuré qu'il exerce l'activité de plâtrier, ni aucune autre profession. Dans son rapport médical concernant les capacités professionnelles de la même date, le Dr C_____ indique que son patient peut tenir la position assise une demi-heure par jour, éventuellement de façon répétitive, que la position debout est contre-indiquée et qu'il doit alterner les positions assis, debout et

marche. Les positions à genou et accroupi, ainsi que l'inclinaison du buste ne sont pas possibles. Le périmètre de marche est de 200 à 300 mètres. Par ailleurs, le patient ne peut pas lever, porter ou déplacer des charges, se baisser et se déplacer sur sol irrégulier ou en pente. Il est également limité dans les mouvements des membres et du dos et un travail en hauteur.

7. A la demande de la CAISSE DE PRÉVOYANCE DE LA CONSTRUCTION, le Dr D_____ examine l'assuré le 8 décembre 2003 et communique à cette caisse à la même date qu'il est parfaitement envisageable que l'assuré reprenne son activité professionnelle à 50%, au vu de l'évolution clinique.

8. Le 26 avril 2005, l'assuré est soumis à une expertise par le Dr E_____, spécialiste en neurochirurgie. Dans son rapport du 12 juillet 2005, l'expert pose les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail suivants: lombalgies communes sur discopathies lombaires pluri-étagées, status après hernie discale L4-L5 gauche en 2002 avec important déficit sensitivo-moteur séquellaire de type L4 gauche, ankylose sacro-illiaque supérieure bilatérale, probablement dans le cadre d'un psoriasis, et éventuellement obésité. Les diagnostics suivants sont sans répercussion sur la capacité de travail: méniscopathie interne du genou gauche, diabète insulino-dépendant, hypertension artérielle compensée et éthylisme chronique. L'expert ajoute toutefois un point d'interrogation après ces derniers diagnostics, sauf celui de diabète. Ses "appréciation du cas et pronostic" sont les suivants:

> "Le patient ne peut, en l'état actuel, travailler dans sa profession antérieure. En fait, avec le déficit neurologique définitif au niveau du quadriceps gauche, ainsi que l'atteinte lombaire, sans tenir compte des autres affections systémiques, il ne peut exercer un travail de force. Il n'y a actuellement aucune indication chirurgicale. Le traitement est purement conservateur, de type physiothérapie active. Le pronostic est incertain."

A titre de limitations en relation avec les troubles constatés l'expert mentionne une faiblesse du membre inférieur gauche, avec phénomène du lâchage du genou, une atteinte lombaire avec lombalgies exacerbées par des efforts mécaniques. Sa capacité de travail est de 50% dans un travail adapté, sans effort physique, sans manipulation de charges dépassant huit kilos, sans activité en position penchée du tronc, avec la possibilité de changements fréquents de position, sans travail devant un écran dépassant quinze minutes. Compte tenu de la polymorbidité associée, l'expert estime toutefois que la question d'une éventuelle capacité de travail paraît très discutable. Celle-ci est par ailleurs diminuée depuis 2002. La reprise du travail à temps partiel était probablement exigible à partir de la sédation des cruralgies, moment qui peut être approximativement situé au 1er juillet 2003. Des mesures de réadaptation professionnelle sont envisageables.

9. Une IRM de l'épaule gauche de l'assuré est effectuée le 26 août 2005. Dans son rapport de la même date, le Dr F_____ conclut à un conflit de coiffe sous-acromial avec aspect filiforme du tendon distal du sus-épineux (tendon non rompu), une absence de bursite associée et à une ascension significative de la tête humérale.

10. Le rapport relatif à l'IRM susmentionné est soumis au Dr. G_____, médecin-conseil de l'OCAI. Dans un avis du 27 février 2006, celui-ci estime que l'évaluation de la capacité résiduelle établie par l'expertise reste valable, pour autant qu'il s'agisse d'une activité qui épargne l'épaule gauche.

11. Le rapport de réadaptation professionnelle du 13 mars 2006 de l'OCAI constate que les mesures professionnelles ne seraient pas de nature à réduire le dommage ni à faciliter la reprise d'une activité adaptée. Il établit la perte de gain à 61,4 %, en admettant une réduction des salaires statistiques, pris comme référence pour l'établissement du salaire d'invalide, de 15%. Il est par ailleurs indiqué dans ce rapport que l'assuré ne boit plus depuis une année et qu'il est resté assis pendant une heure sans montrer le moindre signe d'inconfort. A la fin de l'entretien, il s'est levé aussi facilement qu'il s'était assis.

12. Par décisions du 8 juin 2006, l'OCAI octroie à l'assuré une demi-rente d'invalidité du 1er avril au 31 décembre 2003, puis dès cette date, un trois-quarts de rente.

13. Sur opposition de l'assuré, l'OCAI l'admet partiellement, par décision du 6 février 2007, et lui accorde une rente d'invalidité entière du 1er avril au 30 septembre 2003, une demi-rente d'invalidité du 1er octobre au 31 décembre 2003, puis un trois-quarts de rente dès cette date. Ce faisant, l'OCAI considère que les limitations fonctionnelles du recourant sont compatibles avec une activité dans la petite industrie, le conditionnement léger et la surveillance.

14. Par acte du 9 mars 2007, l'assuré forme recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 1er avril 2003, sous suite de dépens. Subsidiairement, le recourant sollicite la mise en œuvre d'une expertise complémentaire. Il relève que l'expert a estimé dans son rapport que la question d'une éventuelle capacité résiduelle de travail paraissait très discutable. Par ailleurs, il n'existe aucune activité adaptée susceptible de répondre aux importantes limitations fonctionnelles retenues par l'expert. Le recourant considère ainsi que l'expert n'a en fait pas retenu une capacité résiduelle de travail. S'agissant du conditionnement léger retenu par l'OCAI à titre d'activité adaptée, le recourant allègue qu'elle ne pourrait convenir, dans la mesure où l'expert exclut une activité répétitive. En ce qui concerne la surveillance, il rappelle qu'il ne doit faire aucun effort physique et qu'il ne peut demeurer devant un écran plus de quinze minutes.

15. Dans son préavis du 7 mai 2007, l'intimé conclut au rejet du recours, tout en se référant à sa décision sur opposition, en ce qui concerne la motivation. Pour le

surplus, il relève que l'expertise du Dr E_____ remplit à l'évidence les critères jurisprudentiels en la matière pour lui reconnaître une pleine valeur probante.

16. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Le recours ayant été déposé dans les forme et délai imposés par la loi, il est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

3. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si les limitations fonctionnelles du recourant sont compatibles avec l'exercice d'une activité professionnelle à 50 % dès le 1er octobre 2003.

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. 2 et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2), respectivement 17 LPGA. Conformément à ces dispositions, lorsque l'invalidité d'un bénéficiaire de rente subit une modification de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence (ATFA non publié du 30 août 2005, I 362/04, consid. 2.2). Selon la jurisprudence, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même et que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver la révision de celle-ci. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2d; RCC 1984 p. 137). Selon cette disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

5. a) 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

   b) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, le juge 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'assurée (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

   Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit

aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés et être reportée à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 ; ATFA du 30 novembre 2004, I 600/03, consid. 3.2).

L'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un 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 arrêts cités). 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).

7. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

8. a) En l'occurrence, le recourant a fait l'objet le 26 avril 2005 d'une expertise médicale par le Dr E_____. Celle-ci remplit assurément les critères jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante, ce qui n'est pas non plus contesté par le recourant.

b) L'expert a expliqué que le recourant a présenté au printemps 2002 une cruralgie gauche déficitaire sur hernie discale L4-L5 avec une symptomatologie hyperalgique. Progressivement, la cruralgie va s'estomper, alors que le déficit avec parésies importantes du quadriceps va persister. L'expert a relevé par ailleurs qu'après une évolution de trois ans, la hernie discale était certainement résorbée pour une grande partie, comme le montraient les examens neurologiques itératifs. Ainsi, il n'existait actuellement aucune indication opératoire. Il a situé le moment où les douleurs aigües ont cessé approximativement au 1er juillet 2003, soit environ 16 mois après leur apparition. Les explications de l'expert coïncident avec les plaintes du recourant relevées dans l'expertise, selon lesquelles les cruralgies avaient été très douloureuses au début, l'expertisé était bloqué, ne pouvait marcher et dormait assis, le haut du corps penché sur la table de la cuisine. Par la suite, les douleurs crurales gauches s'étaient progressivement estompées. Aujourd'hui étaient au premier plan les douleurs lombaires que le recourant a qualifiées toutefois de supportables, à condition de ne pas faire d'effort et d'éviter les positions maintenues

pendant trop longtemps. Le recourant a également déclaré à l'expert qu'il ne prenait actuellement plus de médicaments.

Compte tenu de l'évolution des cruralgies décrite par le recourant, ainsi que par l'expert, la conclusion de celui-ci, selon laquelle l'état de santé du recourant s'est amélioré approximativement en juillet 2003, paraît convaincante.

b) Reste toutefois à déterminer la capacité résiduelle de travail du recourant dès cette date.

A la question relative à la "description précise de la capacité résiduelle de travail", l'expert a répondu qu'une activité tenant compte des limitations fonctionnelles relevées ne serait pas exigible au-delà d'un taux de 50%. C'est ainsi à raison que l'intimé a déduit de cette expertise une capacité résiduelle de travail de ce pourcentage.

Il est vrai toutefois que l'expert semble avoir eu quelques doutes concernant la capacité de travail réelle, dès lors qu'il a indiqué à la p. 6 de son rapport "Compte tenu de la polymorbidité associée, la question d'une éventuelle capacité résiduelle paraît très discutable, mais le patient lui-même désire la reprise d'une activité quelconque." Il a par ailleurs fait suivre la plupart des diagnostics, en principe sans répercussion sur la capacité de travail, d'un point d'interrogation. Cela semble indiquer que l'expert ne se sentait pas à même, en tant que neurochirurgien, de se prononcer sur l'incidence des comorbidités sortant de son domaine de compétence sur la capacité de travail ou qu'il pensait que ces comorbidités constituaient un obstacle pour surmonter, du moins partiellement, les autres atteintes. A cela s'ajoute que, postérieurement à l'expertise, une atteinte à l'épaule gauche est apparue constituant un handicap supplémentaire.

Compte tenu de ces éléments, il y a lieu de considérer qu'il existe des incertitudes quant à la réelle capacité de travailler du recourant et que l'expertise du Dr E_____ n'est plus tout à fait valable, du moins dès l'apparition de l'atteinte à l'épaule gauche en été 2005. Cela étant, le Tribunal de céans estime nécessaire de compléter cette expertise par une observation professionnelle, laquelle permettra également de préciser quelles activités professionnelles sont encore ouvertes au recourant, question sur laquelle l'intimé est resté relativement vague. A cet égard, les réadaptateurs professionnels devraient distinguer entre l'atteinte à l'épaule gauche et les autres limitations fonctionnelles, afin que la capacité de travail puisse être établie dès juillet 2003 jusqu'à l'apparition des douleurs à l'épaule, puis pendant la période subséquente.

9. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision dont est recours annulée, en ce qu'elle a réduit la rente entière dès le 1er octobre 2003, et la cause renvoyée à l'intimé pour la mise en œuvre d'une mesure d'observation professionnelle, pour évaluer la capacité de travail du recourant de façon concrète

et pour déterminer les activités compatibles avec les limitations constatées, et pour nouvelle décision concernant les prestations à compter du 1er octobre 2003.

10. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'500 fr. lui sera octroyée à titre de dépens.

11. Dans la mesure où l'intimé succombe en large partie, il sera condamné au paiement de l'émolument de justice de 200 fr., en application de l'art. 69 al. 1 bis LAI qui est entré en vigueur le 1er juillet 2006.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.

3. Annule la décision du 6 février 2007 en ce qu'elle a octroyé au recourant une demi-rente dès le 1er octobre 2003, puis un trois-quarts de rente dès le 1er janvier 2004.

4. La confirme en ce qui concerne les prestations durant la période du 1er mars 2003 au 30 septembre 2003.

5. Renvoie la cause à l'intimé pour la mise en œuvre d'une mesure d'observation professionnelle au sens des considérants et, ceci fait, rendre une nouvelle décision concernant la période à compter du 1er octobre 2003.

6. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens.

7. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.

8. 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
Claire CHAVANNES	Maya CRAMER

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