

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3027/2011

ATAS/25/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 janvier 2012

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur G _____, domicilié à Genève

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Norbert HECK,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur G_____, né en 1979 au Portugal, en Suisse depuis octobre 2007, a occupé divers emplois dans la boulangerie, comme peintre électrostatique ou comme déménageur. Il a déposé le 20 novembre 2008 une demande auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après OAI) visant la prise en charge de mesures pour une réadaptation professionnelle et l'octroi d'une rente, au motif qu'il souffrait d'une tumeur au genou droit et d'une "rotule à reconstruire".
2. Dans un rapport du 7 décembre 2008, le Docteur L_____, orthopédiste, a posé le diagnostic d'une probable synovite villonodulaire au genou droit depuis avril 2008. Il a indiqué que l'incapacité de travail était totale depuis le 7 février 2008. Il a encore précisé que la biopsie d'une masse mise en évidence dans le genou lors d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) était nécessaire et qu'une intervention aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) suivrait.
3. Interrogé par l'OAI, le Dr M_____ des HUG a précisé le 3 mars 2009 que le patient souffrait d'une lésion du pivot central du genou droit et d'une synovite villonodulaire du genou droit depuis 2008. Le patient présente des douleurs au genou droit et des difficultés à la marche. La capacité de travail dépend de l'évolution et de sa motivation.
4. L'OAI a considéré le 6 mai 2009 qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel sous forme de mesures dites d'intervention précoce n'était possible actuellement en raison de son état de santé.
5. Le 1^{er} février 2010, les HUG, Département de chirurgie orthopédique et traumatologie, ont indiqué que le patient ne s'était pas représenté à leur consultation. Le Dr N_____, chef de clinique, a établi un certificat d'incapacité de travail à 100% du 23 novembre 2009 au 1^{er} mars 2010.
6. L'assuré a subi une intervention aux HUG le 10 février 2009, soit une arthroscopie du genou droit, la biopsie d'une masse et une tumorectomie.
7. Le 9 février 2010, le Dr N_____ a suggéré d'effectuer une nouvelle IRM avant une nouvelle intervention chirurgicale, le patient se plaignant des mêmes douleurs au même endroit, c'est-à-dire au niveau de la face postérieure du genou.
8. Une IRM du genou a été réalisée le 17 février 2010, aux termes de laquelle il a été constaté "une lésion ostéochondrale de la partie postéro-inférieure du condyle interne sans signe d'instabilité, un épaississement nodulaire en hyposignal T2 de la synoviale en lien avec la synovite villonodulaire connue, et des érosions cartilagineuses grade III de la partie interne du plateau tibial interne et grade II du

condyle fémoral interne en regard, moindres du plateau tibial externe et de la partie inférieure de la trochlée".

9. Le Dr O_____, généraliste, a établi le 13 juillet 2010 un rapport à l'attention de l'OAI. Il atteste une incapacité de travail entière depuis février 2008, étant précisé que l'assuré ne peut plus exercer une activité exclusivement debout, et ne peut pas monter ou descendre des escaliers. En revanche, il pourrait travailler à 100% dans une activité adaptée depuis septembre 2010.
10. Le 18 novembre 2010, le Dr O_____ a indiqué que l'état de santé était resté stationnaire depuis le dernier rapport de juillet 2010. Il rappelle qu'une nouvelle intervention arthroscopique a été effectuée en juillet 2010, et souligne que ce patient devrait être aidé à se reconvertir en vue d'une activité assise.
11. Le Dr P_____, chef de clinique au Département de chirurgie orthopédique des HUG, a également considéré, le 24 décembre 2011, que l'état de santé était stationnaire. A la question de savoir s'il y avait une bonne concordance entre les plaintes et son examen clinique, le médecin a répondu : "Probablement. Le problème est que le patient présente une récurrence du PRNS du genou droit".
12. Dans un avis du 22 mars 2011, la Dresse Q_____, médecin du Service médical régional AI (SMR), a relevé que l'évolution était lentement favorable, permettant la reprise professionnelle uniquement dans une activité adaptée. L'évolution sur le long terme n'est pas prévisible, l'assuré présentant toujours une synovite pour laquelle il n'y a pas d'indication opératoire à l'heure actuelle selon les orthopédistes. Le médecin a ainsi retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée dès septembre 2010, à traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation. Elle a rappelé les limitations fonctionnelles suivantes : pas de marche prolongée, ni de déplacement en terrain irrégulier, pas d'accroupissement, ni de montées régulières d'escaliers ou échelles, et un port de charges limitées à quinze kilos.
13. L'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité de l'assuré, et, compte tenu d'un salaire sans invalidité, réalisé en 2010, de 45'500 fr., et un salaire avec invalidité fixé sur la base des statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2008 (ESS) indexé selon l'indice suisse nominal des salaires en 2010, de 61'642 fr., a conclu à une perte de gain nulle, et partant, à un degré d'invalidité nul.
14. L'OAI a transmis à l'assuré le 28 avril 2011 un projet de décision, aux termes duquel le droit à une rente entière lui était reconnu du 7 février 2009 au 30 novembre 2010, étant précisé que le versement de la rente ne pourrait intervenir qu'à partir du 1^{er} mai 2009, soit six mois après le dépôt de la demande, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI. L'OAI a ajouté que, sur demande écrite et dûment motivée, une éventuelle aide au placement pourrait être examinée.

15. Par courrier du 11 mai 2011, l'assuré a demandé une aide au placement.
16. A l'issue d'un entretien avec le service du placement de l'AI le 26 juillet 2011, il a été proposé une orientation professionnelle en vue d'un placement aux Etablissements publics pour l'intégration (EPI), la mesure étant prévue du 14 novembre 2011 au 19 février 2012. Il est par ailleurs précisé que l'assuré suit des cours de français intensifs de trois heures et demi par jour auprès de l'IFAGE, pris en charge par l'Hospice général.
17. Par décision du 6 septembre 2011, l'OAI a confirmé son projet de décision du 28 avril 2011.
18. L'assuré a interjeté recours le 3 octobre 2011 contre ladite décision. Il conteste être capable de travailler à 100% dans une activité adaptée dès septembre 2010. Il annonce avoir un rendez-vous avec un orthopédiste des HUG dans le courant du mois d'octobre, ce qui lui permettra de produire un rapport à l'appui de son recours.
19. Dans sa réponse du 12 octobre 2011, l'OAI, se fondant sur l'avis des médecins du SMR du 22 mars 2011, a conclu au rejet du recours.
20. Par courrier du 28 novembre 2011, la Cour de céans a rappelé à l'assuré qu'elle restait dans l'attente du rapport médical promis, et attiré son attention sur le fait qu'à défaut elle devrait rendre un jugement en l'état du dossier.
21. L'assuré ne s'est pas manifesté. Renseignements pris auprès de l'OAI, la mesure prévue du 14 novembre 2011 au 19 février 2012 est en cours.
22. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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) 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.

2. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le présent recours est recevable.
3. En l'espèce, l'OAI a accordé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai 2009 au 30 novembre 2010. L'OAI a admis que l'assuré présentait une capacité de travail restreinte depuis le 7 février 2008. Cependant, celui-ci ayant déposé sa demande de

prestations le 20 novembre 2008, c'est à juste titre que l'OAI a entendu ne verser la rente qu'à partir du 1^{er} mai 2009, soit six mois après, ce conformément à l'art. 29 al. 1 LAI. Le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité au-delà du 30 novembre 2010.

4. 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. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. 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).

Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer en ce qui concerne des périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause.

5. 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). 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).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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 sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1).

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 ainsi 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).

Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice 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 contient 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).

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 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

7. Enfin, le juge des assurances sociales 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. Selon la jurisprudence et la doctrine, 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). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).
8. En l'espèce, il résulte des pièces médicales figurant dans le dossier que l'assuré se plaint encore de douleurs au genou droit et de difficultés à la marche, de sorte qu'une nouvelle arthroscopie a été effectuée en juillet 2010. A cette date, le Dr O _____, généraliste, a indiqué que son patient pourrait travailler à 100% dans une activité adaptée depuis septembre 2010. Le 18 novembre 2010, le médecin, ainsi que le Dr P _____ le 24 décembre 2010, ont confirmé que l'état de santé était resté stationnaire. Le médecin du SMR a ainsi retenu une capacité entière de travail dans une activité adaptée dès septembre 2010.

Bien qu'ayant annoncé la production d'un nouveau rapport médical dans le cadre de la procédure de recours, l'assuré ne s'est plus manifesté. Or, la loi genevoise du 12 septembre 1985 sur la procédure administrative (LPA) s'applique à la prise de décision par le Tribunal de céans (art. 1^{er} cum 6 al. 1^{er} let. b LPA). Selon l'art. 22 LPA, les parties sont tenues de collaborer à la constatation des faits dans les procédures qu'elles introduisent elles-mêmes, dans celles où elles y prennent des conclusions indépendantes ainsi que dans les autres cas prévus par la loi. Cette réglementation cantonale est conforme aux exigences posées à l'art. 61 LPGA (ATFA non publié du 21 juillet 2005, I 453/04, consid. 2.2.3).

9. Force dès lors est de conclure que l'assuré présente une capacité de travail nulle dans l'activité de déménageur, mais entière dans une activité adaptée dès septembre 2010.
10. Reste à examiner le degré d'invalidité.
11. L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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 (art. 28 al. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007 ; art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

L'art. 16 LPGa s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007 ; art. 28a al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). L'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGa, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (art. 28 al. 2^{bis} LAI jusqu'au 31 décembre 2007, art. 28a al. 2 LAI dès le 1^{er} janvier 2008). Lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGa. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'al. 2^{bis}) pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées ; le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité (art. 28 al. 2^{ter} LAI jusqu'au 31 décembre 2007, art. 28a al. 3 LAI dès le 1^{er} janvier 2008).

Selon la jurisprudence, lorsqu'il ne peut plus, en raison d'une atteinte à la santé, exercer son activité habituelle que dans une mesure réduite, un assuré ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'il exercerait sans atteinte à la santé. Par exemple, malgré une incapacité de travail médico-théorique de 50%, on peut raisonnablement exiger d'un assuré qu'il exerce, sans limitation, l'activité accomplie avant la survenance de l'atteinte à la santé à raison d'un horaire de travail de 40% ; dans ce cas, il n'existe pas d'invalidité pour la part de l'activité lucrative (ATF 125 V 146 consid. 5a).

Selon l'art. 29 al. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 1988 au 31 décembre 2007, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

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.

La jurisprudence a précisé à cet égard 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).

12. En l'espèce, le calcul auquel a procédé l'OAI est conforme aux dispositions légales et réglementaires, de sorte qu'un degré d'invalidité nul doit être retenu dès septembre 2010. C'est par conséquent à juste titre que l'OAI a mis fin à l'octroi de la rente entière dès le 30 novembre 2010, soit trois mois à compter de l'amélioration de l'état de santé (art. 88 a al. 1 RAI).

Aussi le recours ne peut-il être que rejeté, étant précisé qu'il sera loisible à l'assuré de déposer une nouvelle demande de prestations AI si son état de santé venait à s'aggraver.

La Cour de céans prend par ailleurs acte de ce qu'une mesure d'aide au placement a déjà été mise en place depuis le 14 novembre 2011.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 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; 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

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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