

## **GE\_GERICHTE ATAS/1003/2015 vom 22. Dezember 2015**

GE Cour de justice, 2015-12-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1003\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1003_2015)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1003/2015 du 22 décembre 2015

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1003/2015 del 22 dicembre 2015

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er 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

A/2176/2015 - 8/17 - 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.

#### **E. 2**

Se pose en premier lieu la question de la recevabilité du recours, interjeté plus de 30 jours après sa notification. Celle-ci est toutefois intervenue au mépris de l'élection de domicile signifiée par l'assuré. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour les parties (art. 38 PA). Cependant, la jurisprudence n'attache pas nécessairement la nullité à l'existence de vices dans la notification; la protection des parties est suffisamment garantie lorsque la notification irrégulière atteint son but malgré cette irrégularité. Il y a donc lieu d'examiner, d'après les circonstances du cas concret, si la partie intéressée a réellement été induite en erreur par l'irrégularité de la notification et a, de ce fait, subi un préjudice. Il convient à cet égard de s'en tenir aux règles de la bonne foi qui imposent une limite à l'invocation du vice de forme (ATF 122 I 97 consid. 3a/aa p. 99, 111 V 149 consid. 4c p. 150 et les références; arrêt C 196/00 du 10 mai 2001 consid. 3a et les références, in DTA 2002 p. 65). Cela signifie notamment qu'une décision, fût-elle notifiée de manière irrégulière, peut entrer en force si elle n'est pas déférée au juge dans un délai raisonnable (arrêt I 982/06 du 17 juillet 2007, citant SJ 2000 I p. 118 consid. 4). Le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser dans quel délai une partie est tenue d'attaquer une décision lorsque celle-ci n'est pas notifiée à son représentant - dont l'existence est connue de l'autorité -, mais directement en ses mains. Dans de telles situations, il a jugé que l'intéressé doit, en vertu de son devoir de diligence, se renseigner auprès de son mandataire de la suite donnée à son affaire au plus tard le dernier jour du délai de recours depuis la notification de la décision litigieuse, de sorte qu'il y a lieu de faire courir le délai de recours dès cette date (arrêt C 168/00 du 13 février 2001 consid. 3c, résumé in RSAS 2002 p. 509; arrêt C 196/00 précité consid. 3a). Cette pratique a été confirmée récemment, à la lumière de la CEDH et de la LPGA (arrêt 9C\_85/2011 du 17 janvier 2012 consid. 6.2, 6.3 et 6.8). En l'occurrence, le recours a été interjeté dans le délai prévu par la jurisprudence. Il est, partant, recevable.

#### **E. 3**

Le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité au-delà du 30 avril 2014.

#### **E. 4**

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et ATF 125 V 413 consid. 2d ; ATF non publiés des 28 décembre 2006, I 520/05, et 21 août 2006, I 554/06). Tout changement important des circonstances propre à influencer le

A/2176/2015 - 9/17 - degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 13 juillet 2006, I 406/05 consid. 4.1).

#### **E. 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). Selon l'art. 7 LPGA, 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). 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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). 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 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

#### **E. 6**

a) 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

A/2176/2015 - 10/17 - est, à ce motif, 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 256 consid. 4 et les références). 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. À 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 351 consid. 3). 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. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 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). Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en

A/2176/2015 - 11/17 - raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des

renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). La fonction d'une observation professionnelle est de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (voir au surplus, à propos du rôle des COPAI pour l'évaluation de l'invalidité : L'instruction des possibilités de gain des personnes prétendant une rente, compte-rendu d'une séance du 10 novembre 1989 consacrée aux problèmes de l'expertise médicale et professionnelle, RCC 1990 p. 59 ss; Karl ABEGG, Coup d'œil sur l'activité des centres d'observation professionnelle de l'AI [COPAI]; PLÄDOYER 3/2004 p. 64 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 540/03 du 10 novembre 2004 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 220/04 du 20 septembre 2004 consid. 4.2). Le médecin, quant à lui, a pour tâche de porter un jugement sur l'état de santé et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Selon la jurisprudence, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la personne assurée pendant le stage (arrêt 9C\_891/2012 du 5 avril 2013 consid. 3; arrêt I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2). En d'autres termes, il appartient avant tout aux médecins, et non aux spécialistes de l'orientation professionnelle, de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré souffrant d'une atteinte à la santé et sur les éventuelles limitations résultant de celle-ci. Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b p. 20), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Dans les cas où ces appréciations (d'observation professionnelle et médicale) divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (arrêt du

A/2176/2015 - 12/17 - Tribunal fédéral 9C\_739/2010 du 1er juin 2011 consid. 2.3 et 9C\_1035/2009 du 22 juin 2010, consid. 4.1 in SVR 2011 IV n° 6 p. 17, et arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003, consid. 4.3 et les références in Plädoyer 2004/3 p. 64). Dans un arrêt du 22 juin 2010, le Tribunal fédéral a reproché aux juges cantonaux, de s'être écartés des conclusions du rapport d'observation professionnelle en faveur de l'évaluation médicale. Ceux-ci avaient considéré que les constatations faites durant le stage professionnel étaient essentiellement subjectives et ne pouvaient, partant, l'emporter sur celles des médecins. Dans ce cas, les responsables du stage étaient arrivés à la conclusion que l'assuré ne pouvait être réadapté dans l'économie libre, qu'il lui était impossible de réintégrer le circuit économique ordinaire, en raison du cumul des limitations, alors que les médecins estimaient que l'assuré présentait une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée. Le Tribunal fédéral a jugé que, compte tenu du fait que tant le rapport d'observation professionnelle que ceux des médecins concordaient en ce qui concernait les limitations fonctionnelles, on ne pouvait considérer que les facteurs personnels constituaient des éléments prédominants par rapport aux autres causes directement liées aux capacités physiques de l'intéressé et que ces dernières causes étaient

négligeables en soi. Aussi a-t-il retenu que, compte tenu des limitations fonctionnelles, même en prenant en considération le large éventail d'activités simples et répétitives ne nécessitant pas de formation dans les secteurs de la production et des services, les possibilités d'un emploi adapté aux importantes limitations du recourant n'apparaissaient pas suffisantes pour que celui-ci puisse mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur le plan économique dans une mesure significative. Le Tribunal fédéral a ainsi admis une incapacité de travail de 100% (arrêt du 22 juin 2010, 9C\_1035/2009 ; cf. également arrêt du 22 septembre 2010, 9C\_1066/2009). Dans un arrêt plus récent du 16 janvier 2014, le TF a confirmé qu'on ne saurait dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause, et a répété que dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_512/2013 ; cf. également ATAS/562/2013). c) Le juge des assurances sociales 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

A/2176/2015 - 13/17 - probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 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 319 consid. 5a). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

## **E. 7**

En l'espèce, l'OAI a limité le droit de l'assuré à la rente au 30 avril 2014. Il a admis le droit de l'assuré à un quart de rente du 1er novembre 2012 – début du délai d'attente d'une année - au 31 janvier 2013, et à une rente entière du 1er février 2013 au 30 avril 2014. Il a considéré que dès le 1er mai 2014, le degré d'invalidité était de 27%, soit un degré insuffisant pour maintenir le droit à la rente. L'OAI s'est fondé sur l'avis du SMR du 9 septembre 2014, selon lequel l'assuré a recouvré une capacité de travail entière dès le 9 janvier 2014, ce dans une activité adaptée. Le SMR s'est lui-même référé aux conclusions de la CRR du 13 janvier 2014 et sur la position de la SUVA. Il sied ainsi de rappeler que selon les médecins de la CRR, l'assuré présentait une incapacité de travail de 100% du 3 décembre 2013 au 12 janvier 2014 et de 50% dès le 13 janvier 2014 dans son ancien travail de serveur. Les médecins de la CRR ont ensuite prévu une augmentation progressive de la

capacité de travail sur les quatre à six semaines suivantes. Ils ont constaté que « Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquent pas uniquement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Des facteurs contextuels influencent négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient principalement une focalisation assez importante sur la douleur. On note aussi une situation contextuelle précaire qui pourrait ralentir la réinsertion du patient ». La SUVA a ainsi retenu que l'assuré présentait les incapacités de travail suivantes, dans une activité adaptée : - 100% du 17 septembre 2012 au 12 janvier 2014 - 50% du 13 janvier 2014 au 12 février 2014 ; - 25% du 13 février 2014 au 12 mars 2014 ;

A/2176/2015 - 14/17 - - 0% dès le 13 mars 2014. et a mis un terme au versement de ses prestations avec effet au 13 mars 2014. La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF 126 V 288 consid. 2). Depuis le 1er janvier 2003, la définition de l'invalidité est uniformément codifiée à l'art. 8 al. 1 LPGA selon lequel est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance- accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas (cf. ATF 133 V 549 consid. 6, 131 V 362 consid. 2.2). D'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. À tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. L'ancien Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3). Récemment, le Tribunal fédéral a admis la réciprocité de cette règle à l'égard de l'assurance-invalidité en jugeant que celle-ci n'était pas liée par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents au sens de l'ATF 126 V 288. Selon l'art. 18 al. 1er LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Il y a à cet égard lieu de souligner que les médecins de la CRR ont été mandatés par la SUVA, et ont examiné l'assuré dans le cadre de l'assurance-accidents. Il s'agit en l'espèce d'évaluer la capacité de travail de l'assuré dans son ensemble.

## **E. 8**

L'assuré conteste le rapport des médecins de la CRR, selon lequel il disposerait d'une capacité de travail exigible de 100% dans une activité adaptée après le 30 avril 2014. Il fait état d'un rapport établi par l'entreprise PRO le 29 août 2014, dont il résulte qu'avec un taux de capacité de 75%, son rendement en qualité était de 55% et en temps de 47%. L'entreprise PRO en a conclu qu'un tel taux d'activité, compte tenu des limitations actuelles de l'assuré, était trop élevé et peu réaliste.

## **E. 9**

Force est de constater que l'appréciation de la capacité de travail donnée par les évaluateurs de l'entreprise PRO et celle des médecins divergent sensiblement. Il est vrai qu'en principe, les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral I 762/02). On ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Le Tribunal fédéral a à cet égard considéré que dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_512/2013 ; cf. également ATAS/562/2013). Il convient à cet égard de relever que dans l'arrêt du Tribunal fédéral susmentionné (I 762/02), expressément invoqué par l'OAI, les médecins du COMAI avaient eu la possibilité d'expliquer pour quelles raisons ils s'écartaient de l'estimation faite par les maîtres d'ateliers. C'est ce qui avait conduit le Tribunal fédéral à préférer l'avis médical. Or, tel n'est pas le cas en l'espèce, le stage au sein de l'entreprise PRO s'étant déroulé après l'expertise CRR. Contrairement à ce que soutient l'OAI, on ne saurait sans autre écarter les conclusions du rapport de l'entreprise PRO au motif qu'elles seraient influencées par les plaintes forcément subjectives de l'assuré, ce d'autant moins qu'il est, à plusieurs reprises, souligné dans ce rapport que l'assuré se montre volontaire et ne ménage pas ses efforts pour bien faire son travail. Les auteurs du rapport de l'entreprise PRO ont fait état de limitations physiques ignorées par les médecins de la CRR, en indiquant plus particulièrement que l'assuré était non fonctionnel pour tout travail en force avec ses mains, comme par exemple le serrage en force de pièces mécaniques. Force est de constater en l'espèce que les conclusions des médecins de la CRR sont ainsi mises en doute par l'appréciation faite dans le cadre des ateliers de l'entreprise PRO selon laquelle « un travail même adapté illisible 1er marché, avec un taux d'activité de 75%, avec les limitations actuelles de l'assuré, est trop élevé et peu réaliste ». La capacité de travail de l'assuré au-delà du 30 avril 2014 apparaît ainsi difficile à déterminer en l'état du dossier. Dans la mesure où les conditions de la révision au sens de l'art. 17 LPGA s'appliquent à la décision par laquelle une rente échelonnée ou limitée dans le temps est accordée à la personne assurée, la modification du droit à la rente entière - réduction ou suppression - suppose une modification des circonstances, soit une

A/2176/2015 - 16/17 - amélioration de l'atteinte à la santé susceptible de rétablir sa capacité de gain. Or, dans son avis du 9 septembre 2014, le SMR retient les mêmes limitations fonctionnelles que celles déjà constatées en 2006 en y ajoutant même un port de charges limité à 15 kilos (et non plus à 20 kilos). Le rapport de l'entreprise PRO en décrit de nouvelles liées aux mains. Il en résulte que l'assuré se heurte à davantage de limitations fonctionnelles qu'avant, de sorte qu'il est raisonnable de se demander si une amélioration au sens de l'art. 17 LPGA est véritablement intervenue.

## **E. 10**

En conséquence et vu la jurisprudence du Tribunal fédéral, il y a lieu d'admettre partiellement le recours, et de renvoyer la cause à l'OAI pour qu'il complète l'instruction, en sollicitant plus particulièrement, l'avis des experts de la CRR sur les conclusions du rapport de l'entreprise PRO, notamment sur les divergences quant aux limitations effectives présentées par l'assuré, quant à sa capacité de travail et quant au type d'activité adaptée qu'il serait, le cas échéant, à même d'exécuter. On notera à cet égard que les médecins de la CRR n'ont pas donné d'exemples concrets de postes de travail qui seraient à portée de l'assuré au vu des limitations retenues.

A/2176/2015 - 17/17 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES  
SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.