

# **GE\_GERICHTE ATAS/1272/2014 vom 9. Dezember 2014**

GE Cour de justice, 2014-12-09, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1272\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1272_2014)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1272/2014 du 9 décembre 2014

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1272/2014 del 9 dicembre 2014

## **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 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**

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

### **E. 3**

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, les faits juridiquement déterminants remontent à 2006. Par conséquent, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LPGA et des dispositions de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, puis en fonction des modifications consécutives aux révisions 5 et 6a de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329).

### **E. 4**

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

### **E. 5**

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel, singulièrement sur sa capacité de travail et son degré d'invalidité. L'intimé fait valoir que sa décision du 15 janvier 2009 est partiellement entrée en force, dans la mesure où l'incapacité de travail et le degré d'invalidité retenus par celle-ci n'auraient pas

été remis en question par l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du 26 mai 2009. La chambre de céans estime que cette argumentation ne saurait être suivie. En effet, il résulte du dispositif de l'arrêt du 26 mai 2009 que le recours déposé en 2009 a été

A/2335/2013 - 10/18 - admis et que la cause a été renvoyée à l'OAI, ce qui suppose nécessairement – bien que l'arrêt ne le stipule pas expressément – l'annulation de la décision du 15 janvier 2009 conformément aux conclusions du recours (cf. également art. 69 al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA ; RS E 5 10). L'intimé ne saurait dès lors se prévaloir de l'entrée en force, même partielle, d'une décision annulée. De surcroît, on relèvera que l'arrêt du 26 mai 2009 intimait à l'OAI d'examiner les mesures de réadaptation dues à l'assuré, puis, en cas d'échec de celles-ci, de mettre en oeuvre une instruction complémentaire visant à déterminer son degré d'invalidité (arrêt précité, p. 5). Partant, le degré d'invalidité et la capacité de travail n'ont pas été tranchés par la chambre de céans et n'ont ainsi pas acquis force de chose jugée. Ils ne sont pas non plus entrés en force de chose décidée, compte tenu du recours interjeté par l'assuré en 2009 (ATF 126 V 23 consid. 4a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_407/2008 du 6 avril 2009 consid. 1).

#### **E. 6**

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). 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. 7**

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, dans leur teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Cette réglementation n'est toutefois pas applicable dans les cas où le délai d'attente a commencé à courir avant le 1er janvier 2008 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_583/2010 du 22 septembre 2011 consid. 4.1). Dans cette hypothèse et lorsque la demande a été déposée avant le 1er juillet 2008 (cf. ATF 138 V 475 consid. 3; Lettre-circulaire n° 300 de l'OFAS du 15 juillet 2011, Droit transitoire: application

A/2335/2013 - 11/18 - des délais de péremption), en dérogation à l'art. 29 al. 1 LAI (nouvelle teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), la rente peut alors être versée dès que l'année d'attente est achevée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_473/2011 du 14 mai 2012 consid. 4.1). Par conséquent, le droit à la rente prend naissance à la date à laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable à condition que le requérant ait déposé sa demande dans les douze mois dès la naissance du droit.

## **E. 8**

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75

A/2335/2013 - 12/18 - consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir

d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

## **E. 9**

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 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). 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 LPG), 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 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

A/2335/2013 - 13/18 - écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1,

in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

b. 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 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).

c. 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).

A/2335/2013 - 14/18 -

## **E. 10**

En l'espèce, l'intimé, se référant à l'avis du SMR du 25 mars 2008, estime que le recourant est totalement incapable de travailler dans son activité habituelle de manœuvre mais bénéficie d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations depuis le 25 février 2008. L'intimé a mis en oeuvre une expertise rhumatologique auprès du Dr I\_\_\_\_\_, lequel a conclu à une capacité de travail nulle dès le 22 novembre 2006 puis de 80% dans une activité adaptée dès août 2008. Il a également sollicité une expertise psychiatrique auprès du Dr K\_\_\_\_\_, dont le rapport stipule que le recourant est, sur le plan psychiatrique, pleinement capable de travailler dans toute activité non qualifiée, sans diminution de rendement et depuis toujours. Pour sa part, l'assuré soutient qu'il est totalement incapable de travailler comme manœuvre et qu'une réadaptation est vraisemblablement compromise. Il se prévaut des rapports de ses médecins. Le Dr D\_\_\_\_\_ atteste d'une incapacité de travail totale dans toute activité en raison de limitations relatives au maintien des positions assise/debout sur une durée supérieure à 10-15 minutes. La Dresse M\_\_\_\_\_ confirme les limitations fonctionnelles posées par le Dr D\_\_\_\_\_ et considère impossible toute reprise de l'activité de manœuvre. Le Dr F\_\_\_\_\_ estime que le recourant ne peut pas exercer son activité habituelle à 100% et ne retrouvera pas de profession sans aide au placement (cf. rapports des Drs D\_\_\_\_\_, F\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_ des 15, 26 mars et 23 avril 2013).

## **E. 11**

Afin de se prononcer sur la capacité de travail, il convient d'examiner la valeur probante des expertises rhumatologique et psychiatrique, ainsi que des rapports des médecins du recourant. La chambre de céans constate que l'expertise rhumatologique du Dr I\_\_\_\_\_ du 17 mai 2011 repose sur une anamnèse détaillée effectuée en connaissance du dossier médical, sur les plaintes de l'assuré et des examens cliniques complets. Ses diagnostics, à l'instar des limitations fonctionnelles retenues sont clairement exposés. Par ailleurs, ses conclusions attestant d'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de manœuvre mais de 80% dans une activité adaptée aux limitations depuis août 2008 sont motivées, puisqu'elles tiennent compte, notamment, de l'existence de troubles dégénératifs lombaires, des limitations fonctionnelles et d'une diminution de rendement. On relèvera en outre l'expertise du Dr I\_\_\_\_\_ est en grande partie corroborée par le rapport des EPI du 2 novembre 2010, dont il ressort notamment que « les capacités physiques sont compatibles avec des activités légères et pratiques, en position assise ou debout laissant à l'assuré la possibilité d'alterner les positions et/ou de faire de courtes déambulations [...] ». En outre, les EPI ont décrit le recourant comme plaintif, démonstratif et désireux qu'une incapacité de travail lui soit reconnue, ce qui rejoint les constatations de l'expert rhumatologue. S'agissant de l'expertise psychiatrique du Dr K\_\_\_\_\_, celle-ci est également conforme en tous points aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante.

A/2335/2013 - 15/18 - Elle se fonde en effet sur un examen clinique de l'assuré, sur l'étude de son dossier médical, relate ses plaintes, contient une anamnèse complète, des diagnostics clairs et des conclusions motivées, attestant sur le plan psychiatrique d'une pleine capacité de travail, en l'absence de toute limitation psychique. Il convient également de relever que jusqu'au rapport de la Dresse M\_\_\_\_\_ du 9 avril 2014, les médecins du recourant ne préconisaient pas de suivi psychiatrique ni ne faisaient état de troubles psychiques (cf. notamment rapport du Dr F\_\_\_\_\_ du 8 avril 2014), ce qui tend à confirmer les conclusions du Dr K\_\_\_\_\_. Partant, la chambre de céans estime qu'une pleine valeur probante doit être reconnue aux expertises rhumatologique et psychiatrique des Drs I\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_. Les rapports divergents des médecins-traitants ne font état d'aucun élément ignoré par les experts et qui serait suffisamment déterminant pour remettre en cause leurs conclusions. En particulier, le Dr D\_\_\_\_\_ remet en question le diagnostic de « failed back surgery syndrome » posé par l'expert I\_\_\_\_\_, dans la mesure où une IRM réalisée en juin 2012 démontrerait que les douleurs du recourant seraient liées à des causes organiques. Il convient toutefois de relever que cette IRM est postérieure de plus d'une année à l'expertise rhumatologique de mai 2011 et ne constitue ainsi pas un élément omis par l'expert. Quant au Dr F\_\_\_\_\_, il relève n'avoir prescrit des antalgiques mineurs que par réticence vis-à-vis des effets indésirables d'anti-inflammatoires chroniques. Le traitement médicamenteux ne constitue toutefois que l'un des nombreux éléments pris en compte dans l'appréciation de l'expert rhumatologue pour justifier ses conclusions. De plus, il ne ressort pas du dossier qu'un quelconque médecin ait jugé nécessaire de prescrire des antalgiques puissants, même ponctuellement. Pour les motifs qui précèdent, les conclusions des rapports d'expertises des Drs I\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_ emportent la conviction de la chambre de céans, de sorte que celle-ci retiendra, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant a présenté une incapacité de travail totale dans son activité habituelle ou toute autre activité dès le 22 novembre 2006, puis retrouvé une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée à ses limitations dès août 2008 et à tout le moins jusqu'à l'expertise rhumatologique du 17 mai 2011.

## **E. 12**

Postérieurement au mois de mai 2011, l'état de santé somatique et psychique du recourant pourrait s'être aggravé, le dossier ne permettant toutefois pas en l'état de se prononcer sur ce point. En effet, il résulte du rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 25 juin 2012 que ce médecin a fait réaliser une IRM démontrant des « signes clairs d'hyperintensité autour des vis pédiculaires L4 et L5 et une hyperintensité sur les plateaux vertébraux ». Il a également fait état d'une péjoration des douleurs. Cette éventuelle aggravation de l'état de santé a eu lieu avant que l'intimé ne rende sa décision en date du 11 juin 2013 et n'a pas été instruite par l'intimé. Or, selon la jurisprudence, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions

A/2335/2013 - 16/18 - attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). D'autres aggravations subséquentes sont vraisemblablement intervenues, dès lors que le Dr D\_\_\_\_\_ a constaté une boiterie importante dès le mois de septembre 2013 et qu'un adénocarcinome a été diagnostiqué chez le recourant en février 2014, pour lequel ce dernier a subi un traitement de chimiothérapie. Enfin, selon la Dresse M\_\_\_\_\_, son état dépressif s'est dégradé, de sorte qu'elle lui a prescrit un traitement antidépresseur et l'a adressé chez un psychiatre (cf. rapports des Drs N\_\_\_\_\_, D\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_ des 6 et 25 mars 2014, du 9 avril 2014). Compte tenu de ces éléments, il y a lieu de renvoyer le dossier à l'intimé pour instruction complémentaire, afin que celui-ci mette en œuvre une nouvelle expertise en rhumatologie, oncologie et, cas échéant, psychiatrie, selon la procédure prévue à l'art. 44 LPGA. Il conviendra que les experts se déterminent en particulier sur l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail à compter du mois de juin 2011.

## **E. 13**

Au vu de ce renvoi et dans la mesure où les rapports figurant au dossier permettent à la chambre de céans de se prononcer en connaissance de cause sur la capacité de travail jusqu'en mai 2011, les mesures d'instructions sollicitées par le recourant seront rejetées, par appréciation anticipée des preuves.

## **E. 14**

Enfin, le tribunal constate que l'intimé, considérant à tort que sa décision de 2009 était partiellement entrée en force (cf. supra consid. 6), a fait abstraction des conclusions de l'expertise sur la capacité de travail et a omis de procéder à un nouveau calcul du degré d'invalidité tenant compte de celles-ci. Il n'appartient cependant pas à la chambre de céans de se prononcer à la place de l'intimé sur cette question et de se substituer à l'autorité administrative de première instance, étant précisé que dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision (ATF 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 414 consid. 1a, 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). Partant, il appartiendra à l'intimé de procéder, à l'issue de l'instruction complémentaire, au calcul du degré d'invalidité tenant compte d'une capacité de travail nulle dans toute activité du 22 novembre 2006 jusqu'au mois de juillet 2008, puis de 80% dans une activité adaptée de août 2008 jusqu'à mai 2011 au moins.

## **E. 15**

Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimée, à charge pour celui-ci de mettre en œuvre l'expertise précitée selon la procédure prévue par l'art. 44 LPGA puis de rendre une nouvelle décision dans le sens des considérants. Le recourant, représenté par un conseil, obtient partiellement gain de cause, de sorte qu'il a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixe en l'occurrence à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H

A/2335/2013 - 17/18 - al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA ; RS E 5 10 ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03). La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 200.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).

A/2335/2013 - 18/18 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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