

# **GE\_GERICHTE ATAS/1283/2021 vom 13. Dezember 2021**

GE Cour de justice, 2021-12-13, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1283\\_2021](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1283_2021)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1283/2021 du 13 décembre 2021

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1283/2021 del 13 dicembre 2021

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

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. 1.2**

À 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. 1.3**

Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82a LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

### **E. 1.4**

Interjeté en temps utile, le recours est recevable.

### **E. 2.1**

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail depuis le 1er janvier 2017.

### **E. 2.2**

En 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. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 413 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 126/06 du 15 juillet 2007 consid. 3.1). Le juge n'entre donc pas en matière, en règle générale, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 125 V 413 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_164/2009 du 18 mars 2010 consid. 2.1). La procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de

procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet du litige, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503; ATF 122 V 36 consid. 2a et les références). Le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas

A/4190/2020 - 8/16 - avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée et les droits procéduraux des parties doivent être respectés (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1).

### **E. 2.3**

De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; ATF 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

### **E. 3.1**

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, mentale ou psychique 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).

### **E. 3.2**

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, 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.

### **E. 3.3**

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. 28a al. 1 LAI).

### **E. 3.4**

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

A/4190/2020 - 9/16 - gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

### **E. 3.5**

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

### **E. 3.6**

Le revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). 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). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). 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 valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C\_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

A/4190/2020 - 10/16 - 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 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).

#### **E. 4.1**

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 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 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.

#### **E. 4.2**

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,

A/4190/2020 - 11/16 - 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).

#### **E. 4.3**

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V

465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

#### **E. 4.4**

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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

#### **E. 4.5**

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). 5.1. En l'occurrence, la chambre de céans a mené une instruction médicale complémentaire auprès du Dr C\_\_\_\_\_, lequel a rendu son rapport le 7 juillet 2021.

A/4190/2020 - 12/16 - Fondé sur toutes les pièces du dossier (dont l'IRM de la colonne cervicale récente du 12 mai 2021 et le rapport de consultation ambulatoire du service de neurochirurgie des HUG du 23 juin 2021), comprenant la description des plaintes du recourant, un examen de celui-ci, une appréciation du cas, des diagnostics clairs et une évaluation convaincante de la capacité de travail du recourant, le rapport d'expertise complémentaire du Dr C\_\_\_\_\_ répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. L'expert a conclu à une capacité de travail nulle du recourant du 31 mai au 31 décembre 2016, de 80% dans une activité adaptée du 1er janvier 2017 au 22 décembre 2020 et nulle dès le 23 décembre 2020. L'intimé s'est rallié aux conclusions de cette expertise et a admis qu'une aggravation de l'état de santé du recourant était survenue dès décembre 2020, justifiant le renvoi du dossier auprès de lui pour instruction de la demande de révision. Quant au recourant, il estime que l'expert a correctement évalué l'aggravation de son état de santé mais relève, d'une part, que la survenance des cervicalgies incapacitantes n'est pas claire, ayant souffert de la nuque déjà avant l'intervention de décembre 2020, d'autre part que l'amélioration de sa pathologie neurologique depuis septembre 2016 n'est pas étayée et pas convaincante, de sorte qu'il ne pouvait être reconnu capable de travailler à un taux de 80% entre le 1er janvier 2017 et le 22 décembre 2020. Il a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire.

5.1.1. S'agissant du premier grief, il convient de constater que le Dr C\_\_\_\_\_ s'est fondé tant sur les déclarations du recourant que sur l'IRM du 12 mai 2021 pour estimer que les

cervicalgies s'étaient déclarées quelques semaines après l'intervention de décembre 2020. Cette analyse n'est remise en cause par aucune pièce médicale au dossier, étant par ailleurs relevé que tant lors de son audition par devant la chambre de céans que lors de son entretien avec le Dr C\_\_\_\_\_, le recourant a bien expliqué que les douleurs dans la région cervicale étaient survenues après son intervention chirurgicale. La survenance des cervicalgies en 2021, telle que fixée par le Dr C\_\_\_\_\_ ne peut ainsi qu'être confirmée. 5.1.2. S'agissant du second grief, le Dr C\_\_\_\_\_ a considéré que les symptômes neurologiques déficitaires et irritatifs (radiculalgies de type sciatalgies bilatérales) qu'il avait lui-même observés en septembre 2016, s'étaient améliorés. Il s'est, pour cela, fondé sur les constatations du service de neurochirurgie (rapports des 31 janvier 2017 et 3 mai 2019) et sur l'expertise du Dr H\_\_\_\_\_ (rapport du 21 juillet 2020). En revanche, il a relevé que la symptomatologie algique rachidienne lombaire s'était perpétuée et avait même évolué défavorablement depuis septembre 2016. Le diagnostic posé par le Dr H\_\_\_\_\_ de lombalgies simples sans signes radiculaires irritatifs ou déficitaires pouvait donc être suivi, de sorte qu'il a confirmé qu'une capacité de travail de 80% dans une activité respectant les

A/4190/2020 - 13/16 - limitations fonctionnelles dues aux lombalgies et à la gonarthrose droite était exigible du recourant depuis janvier 2017. Cette appréciation est convaincante. Le recourant conteste une amélioration neurologique de son état de santé depuis janvier 2017, en relevant que le Dr C\_\_\_\_\_ n'explique pas pourquoi il s'écarte de son expertise de septembre 2016. A cet égard, le Dr C\_\_\_\_\_ a bien motivé pourquoi il pouvait rejoindre l'appréciation du Dr H\_\_\_\_\_ puisqu'il a constaté que, suite à des examens cliniques des 24 janvier 2017 (Dr D\_\_\_\_\_), 3 mai 2019 (Dresse F\_\_\_\_\_ ) et 1er juillet 2020 (Dr H\_\_\_\_\_), il n'avait pas été mentionné de symptômes neurologiques déficitaires (absence de signes de Lasègue et de signes déficitaires sensitifs et moteurs), alors que lui-même avait constaté, en septembre 2016, des stigmates neurologiques déficitaires (manœuvre de Lasègue positive dès 30% et des hypoesthésies de territoire L5 des deux côtés). Le Dr C\_\_\_\_\_ a ainsi pu confirmer un diagnostic de lombalgies simples depuis janvier 2017, justifiant une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles jusqu'au 23 décembre 2020, date de l'aggravation de l'état de santé du recourant. Le fait, relevé par le recourant, que le rapport de consultation du Dr D\_\_\_\_\_ du 31 janvier 2017, mentionne des lombosciatalgies importantes n'est pas déterminant, dès lors qu'il se réfère aux plaintes du recourant et que l'examen clinique n'a pas objectivé de déficit neurologique. Cela étant, même si l'on devait retenir que le recourant a présenté une symptomatologie neurologique douloureuse qui a persisté depuis l'examen du Dr C\_\_\_\_\_ du 16 septembre 2016, celle-ci ne permettrait pas de justifier une incapacité de travail totale du recourant depuis le 1er janvier 2017, en l'absence d'un avis d'expert allant dans ce sens. A cet égard, l'évaluation du Dr C\_\_\_\_\_ de septembre 2016 - concluant à l'impossibilité actuelle de déterminer une exigibilité dans une autre activité que celle exercée habituellement – tenait certes compte du fait que le tableau clinique était sévère mais aussi que le recourant devait prochainement subir une nouvelle infiltration épidurale et requérir un avis neurochirurgical. Or, à partir de l'examen clinique effectué en janvier 2017, le Dr C\_\_\_\_\_ a considéré qu'une activité adaptée à un taux de 80% était exigible du recourant, la situation étant stabilisée (avec une deuxième infiltration avec un effet moyen selon le Dr E\_\_\_\_\_ – rapport du 30 juin 2017 et une proposition d'intervention chirurgicale). Aucun avis médical probant au dossier n'atteste d'ailleurs d'une incapacité de travail totale du recourant entre janvier 2017 et décembre 2020. A cet égard, le certificat médical du Dr G\_\_\_\_\_ du 13 novembre 2020, dans la mesure où il se borne à indiquer une capacité de travail nulle du recourant dans toute

activité, sans expliquer pour quel motif celui-ci ne pourrait pas exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles citées, à un taux de 80%, n'est pas à même de mettre en doute les conclusions des Drs H\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_. Par ailleurs, le Dr E\_\_\_\_\_ avait lui-même indiqué, le 30 juin 2017, qu'une activité non physique, telle que portier de nuit, pouvait être exigée du recourant.

A/4190/2020 - 14/16 - 5.1.3. Enfin, s'agissant de la gonarthrose droite, le Dr C\_\_\_\_\_ a relevé que le Dr H\_\_\_\_\_, même s'il ne l'avait pas relevée dans les diagnostics, en avait tenu compte dans la liste des limitations fonctionnelles. 5.2. Au demeurant, l'exigibilité fixée par l'expert H\_\_\_\_\_ et confirmée depuis janvier 2017 par l'expert C\_\_\_\_\_ peut être suivie. Le recourant doit ainsi être reconnu totalement incapable de travailler dans toute activité du 31 mai 2016 au 31 décembre 2016, puis capable de travailler à 80% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles du 1er janvier 2017 au 22 décembre 2020, puis totalement incapable de travailler dans toute activité dès le 23 décembre 2020.

## **E. 5**

6.1. Il convient de calculer le degré d'invalidité du recourant. Au 31 mai 2017, soit un an après la survenance de l'incapacité de travail, le recourant a présenté une incapacité de travail totale dans son activité de nettoyeur. Le revenu sans invalidité est de CHF 44'291.- (CHF 3'407.- x 13) en 2015 (selon les déclarations de l'employeur – pièce 11 intimé). Indexé en 2017 (+0,7% pour 2016 et +0,4% pour 2017), il est de CHF 44'780.-. Quant au revenu d'invalidité, il est de CHF 53'652.- (soit selon l'ESS 2016, total, homme, niveau 1, pour 41,7 heures de travail par semaine, à un taux de 80%, indexé à l'année 2017). Le degré d'invalidité est ainsi nul. Même si l'on admettait, comme le réclame le recourant, une déduction maximale sur le salaire d'invalidité, soit un taux de 25%, le degré d'invalidité serait encore inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à une rente d'invalidité (revenu sans invalidité de CHF 44'780.- et revenu avec invalidité de CHF 30'239.- (75% x CHF 53'652.-) soit un degré d'invalidité de 10%. Dès le 23 décembre 2020, l'incapacité de travail du recourant est totale. Cette aggravation survient cependant postérieurement à la date de la décision litigieuse du 9 novembre 2020, de sorte qu'elle excède l'objet du présent litige. L'intimé a refusé de se prononcer sur la période postérieure à la décision litigieuse. Par ailleurs, malgré la reconnaissance d'une incapacité de travail totale du recourant depuis le 23 décembre 2020, la cause n'est pas en l'état d'être jugée, une intervention chirurgicale étant discutée, laquelle pourrait modifier l'appréciation de la capacité de travail à l'avenir (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_636/2014 du 10 novembre 2014). Il convient en conséquence de suivre la proposition de l'intimé et de lui renvoyer la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision. 6.2. Partant le recours sera rejeté et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

## **E. 6**

Au vu du sort du recours, qui comprend un renvoi à l'intimé, aucun émolument ne sera mis à la charge du recourant.

A/4190/2020 - 15/16 -

A/4190/2020 - 16/16 - 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.