

# **GE\_GERICHTE ATAS/485/2014 vom 9. April 2014**

GE Cour de justice, 2014-04-09, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_485\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_485_2014)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/485/2014 du 9 avril 2014

IT: GE\_GERICHTE ATAS/485/2014 del 9 aprile 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1**

La compétence de la Cour de céans ainsi que la recevabilité du recours ayant été examinées par arrêt du 27 septembre 2010, il n'y sera pas revenu.

### **E. 2**

En revanche, il sera rappelé que la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1), est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852) et celles du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008.

### **E. 3**

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité postérieurement au 31 mai 2008.

### **E. 4**

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente 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). L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier

A/4364/2009 - 16/27 - 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). 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'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 (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1).

## **E. 5**

Il convient tout d'abord d'examiner si l'état de santé du recourant s'est amélioré dès le mois de février 2008, comme retenu par l'intimé, ou à un autre moment. a) Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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. 1er 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 294 consid. 4c in fine). 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

A/4364/2009 - 17/27 - entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). b) 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. 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 écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Le juge ne s'écarte 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 judiciaire 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

A/4364/2009 - 18/27 - 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 351 consid. 3b/aa et les références). 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). 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 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). En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (ATFA non publié I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, 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 l'assuré pendant le stage (ATF non publié 9C\_462/2009 du 2 décembre 2009, consid. 2.4). 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 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

A/4364/2009 - 19/27 - 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 (Cst ; RS 101; 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. 6**

a) En l'occurrence, pour rappel, l'intimé s'est fondé sur le rapport d'expertise du Dr O \_\_\_\_\_ du 25 mars 2008 et sur celui du Dr L \_\_\_\_\_ du 14 février 2008 pour retenir que l'état de santé du recourant s'était amélioré en février 2008, moment auquel la capacité de travail était à nouveau entière, d'après lui, dans une activité lucrative adaptée. Afin de lever les incertitudes découlant des contradictions entre les conclusions du Dr O \_\_\_\_\_ et le rapport des EPI du 18 décembre 2008, qui concluait que seule une activité en milieu protégé était envisageable, une expertise a été confiée au Dr R \_\_\_\_\_. Toutefois, le Tribunal fédéral a estimé que l'expertise de ce médecin du 21 avril 2010 n'avait pas de valeur probante, au motif d'une part, que les limitations fonctionnelles invoquées par le recourant avaient été retenues telles quelles par l'expert, et d'autre part, car des éléments n'entrant pas dans le champ de l'invalidité avaient été pris en considération par l'expert (âge du recourant, absence de formation, échec d'une tentative de réadaptation, marché du travail, installation du recourant dans son handicap). Qui plus est, l'anamnèse du Dr R \_\_\_\_\_ était partielle et fantaisiste, sans évocation des rapports au dossier et tenait compte de manière erronée de la capacité de travail retenue par le Dr O \_\_\_\_\_ dans une activité adaptée. Suite au renvoi du dossier à la Cour de céans, une première expertise a été confiée au Dr S \_\_\_\_\_, laquelle n'a pas été considérée comme probante, attendu qu'elle ne prenait en considération ni les imageries ni aucun rapport médical au dossier. Enfin, une dernière expertise orthopédique a été réalisée par le Dr U \_\_\_\_\_. b) Au vu des éléments qui précèdent, la Cour de céans ne reviendra pas sur l'absence de valeur probante du rapport d'expertise du Dr R \_\_\_\_\_. En ce qui concerne les rapports des Drs S \_\_\_\_\_ et T \_\_\_\_\_ des 18 mars et 12 avril 2013, il sera ajouté qu'outre le fait qu'ils ne sont pas fondés sur les rapports présents au dossier, le complément d'expertise est essentiellement basé sur les déclarations et plaintes du recourant. En particulier, les limitations fonctionnelles invoquées par le recourant ont été reprises telles quelles par l'expert, sans que celui-

A/4364/2009 - 20/27 - ci n'explique si elles correspondaient effectivement à ses constatations objectives (cf. not. point 3a complément d'expertise). Leurs rapports ne sauraient ainsi se voir reconnaître de valeur probante au sens de la jurisprudence. Dès lors, l'argumentation du recourant fondée essentiellement sur les rapports des Drs R\_\_\_\_\_ et S\_\_\_\_\_, pour conclure qu'il ne pouvait plus travailler sur le marché ordinaire du travail, doit être rejetée. c/aa) Pour ce qui est du rapport du 5 décembre 2013 du Dr U\_\_\_\_\_, dernier expert à s'être prononcé sur l'état de santé du recourant, il est basé sur une anamnèse du recourant, sur son dossier et en particulier sur les clichés radiologiques et les trois expertises précédemment effectuées, sur un examen du recourant et de nouveaux clichés radiologiques réalisés lors de l'examen ainsi que sur les plaintes du recourant. En outre, les constatations objectives ont été clairement exposées. Quant aux diagnostics, le Dr U\_\_\_\_\_ s'est référé à la liste des diagnostics posés par le Dr R\_\_\_\_\_, qu'il considérait être corrects, et a pour le surplus indiqué quelles étaient les atteintes qui persistaient tant à l'épaule, qu'au genou et à la cheville gauches. Il a d'ailleurs également précisé être d'accord avec les diagnostics retenus par le Dr O\_\_\_\_\_. En outre, il a expliqué quelles étaient les limitations fonctionnelles, qui étaient en lien avec les atteintes de l'épaule et du genou gauches et qui concernaient des limitations d'amplitude de ces deux articulations ainsi qu'une exclusion des travaux de force avec le bras droit et des efforts avec la jambe gauche qui étaient nécessités par l'activité lucrative habituelle. En ce qui concerne ses conclusions, le Dr V\_\_\_\_\_ a tout d'abord mentionné la difficulté de s'exprimer précisément sur l'état de santé en février 2008, soit cinq ans et demi avant son propre examen du recourant, ce qui semble tout à fait compréhensible. Pour déterminer le moment de la stabilisation de l'état de santé du recourant, permettant la reprise à 50% d'une activité lucrative adaptée aux limitations fonctionnelles, qu'il a fixé au 5 juillet 2007, il a indiqué s'être fondé sur l'ensemble du dossier, et en particulier sur les rapports du Dr M\_\_\_\_\_ et de la CRR, étant précisé que le Dr U\_\_\_\_\_, en concluant sur la capacité de travail, a uniquement pris en considération les troubles orthopédiques, en faisant abstraction d'éventuels troubles psychiques ou de troubles oncologiques et pulmonaires. En particulier, si la situation n'était pas encore stabilisée à la fin du séjour auprès de la CRR, il résulte du rapport du 5 juillet 2007 du Dr M\_\_\_\_\_ que l'état de santé du recourant s'était stabilisé. En outre, la conclusion du Dr U\_\_\_\_\_ que l'état de santé était stabilisé déjà dès le mois de juillet 2007 est corroborée par le rapport du 14 février 2008 du Dr L\_\_\_\_\_, qui a déclaré que la situation ne s'était pas améliorée au niveau du genou et de l'épaule gauche depuis une année, de sorte qu'il fallait admettre qu'elle était stabilisée. Cependant, bien que l'état du genou et de l'épaule était stabilisé, le Dr L\_\_\_\_\_ a précisé qu'au vu de la fracture non déplacée de la malléole interne (cheville gauche) en juin 2007, il fallait considérer que c'était 7 mois après cet accident – soit lors de l'établissement de son rapport en février 2008 environ – que l'état de la cheville était stabilisé.

A/4364/2009 - 21/27 - Ce rapport du Dr L\_\_\_\_\_ permet également de confirmer la conclusion du Dr U\_\_\_\_\_ quant à une capacité de travail uniquement exigible dans une activité lucrative adaptée, mais à un pourcentage réduit de 50% en raison des pauses supplémentaires et des changements de positions fréquents nécessités par les séquelles à l'épaule et au genou. En effet, une profession de substitution n'était pas susceptible d'être exercée, d'après le Dr L\_\_\_\_\_, qu'en position assise, position qui ne pouvait pas être maintenue de manière continue sans pause supplémentaire. Le Dr U\_\_\_\_\_ s'est également exprimé, de manière succincte certes, sur les différents rapports d'expertise précédents, cependant, cela semble justifié par le fait que pour l'essentiel, les diagnostics et

constatations objectives exposés par tous les experts sont très similaires, seules les conclusions étant divergentes. Enfin, l'OAI, par le biais de la Dresse P \_\_\_\_\_, invoque que le Dr U \_\_\_\_\_ ne connaissait pas la notion de capacité de travail exigible et qu'il se basait sur des aspects subjectifs et non objectifs. A cet égard, la Cour de céans constate toutefois que le rapport du Dr U \_\_\_\_\_ ne recèle pas de considérations subjectives et que cet expert s'est uniquement fondé sur ses constatations objectives des atteintes du recourant pour se déterminer sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail. Pour le surplus, les conclusions des rapports du Dr Q \_\_\_\_\_ concordent avec celles du Dr U \_\_\_\_\_, dans la mesure notamment où il estime, en novembre 2009, que le rendement du recourant était diminué d'au moins 50% dans une activité assise adaptée, compte tenu des importantes limitations fonctionnelles. Au vu de tout ce qui précède, le rapport du Dr U \_\_\_\_\_, qui ne contient plus de contradictions, remplit tous les réquisits de la jurisprudence et doit donc se voir reconnaître a priori une pleine valeur probante. c/bb) Il convient, toutefois, d'examiner si le rapport du Dr O \_\_\_\_\_ permet de remettre en cause les conclusions du Dr U \_\_\_\_\_. L'OAI considère en effet qu'il convient de suivre l'avis du SMR du 22 mai 2008, se basant en substance sur les conclusions du Dr O \_\_\_\_\_. La Cour de céans remarque que le Dr O \_\_\_\_\_ estime certes que la capacité de travail du recourant est de 100% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles du recourant – l'accroupissement, l'agenouillement, les mouvements de force en traction/torsion des membres supérieurs, le port de charges au-delà de cinq kilogrammes, la marche sur terrain inégal, la montée et la descente répétée d'escaliers et les gestes sur une échelle – soit dans une activité en position assise, pour autant qu'il puisse se lever régulièrement. Il apparaît, toutefois, que cet expert ne semble pas avoir suffisamment tenu compte de l'importance des limitations du recourant en position assise. Cela est confirmé par les éléments suivants : le rapport de EPI, qui retient que le recourant ne peut pas tenir la position assise plus d'une heure et que les changements de position étaient difficiles et que les alternances

A/4364/2009 - 22/27 - étaient longues, dans la mesure où il avait besoin de 5 à 10 minutes pour marcher avant de pouvoir reprendre la position assise ; le rapport du Dr R \_\_\_\_\_, lequel relève une impossibilité de tenir la position assise prolongée, au vu du défaut de positionnement dans la position assise due à l'impossibilité d'extension et de flexion suffisante du genou ; le rapport du Dr S \_\_\_\_\_, relevant l'impossibilité de la tenue de la position assise prolongée et des difficultés dans les changements de position. D'ailleurs, le Dr O \_\_\_\_\_ a admis, au vu de ses constatations objectives, l'importance des troubles du recourant à son genou gauche. Compte tenu de ces éléments, la conclusion du Dr O \_\_\_\_\_ portant sur la capacité de travail ne peut pas être retenue et n'est ainsi pas susceptible de remettre en cause les conclusions du Dr U \_\_\_\_\_. d) En résumé, pour ce qui concerne les troubles orthopédiques du recourant, la Cour de céans considère que les conclusions du rapport du Dr U \_\_\_\_\_ doivent être suivies et que le recourant présente, au degré de la vraisemblance prépondérante prévu par la jurisprudence, une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. La date retenue pour l'amélioration durable de la capacité de travail est le 14 février 2008. En effet, comme exposé précédemment, si les atteintes au genou et à l'épaule gauches pouvaient déjà être considérées comme stabilisées en juillet 2007 comme déterminé par le Dr U \_\_\_\_\_, celles à la cheville gauche ne l'ont été qu'en février 2008, soit 7 à 8 mois après l'accident de juin 2007.

## **E. 7**

Il sied encore de se prononcer sur les autres troubles du recourant. a) Il y a lieu de rappeler ici, que d'après une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5). b) De plus, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix

A/4364/2009 - 23/27 - entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (ATF U 58/01 du 21 novembre 2001, consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 9C\_243/2010 du 28 juin 2011, consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical (consid. 4.4.1.4 in fine de l'arrêt précité du 28 juin 2011).

## **E. 8**

a) Premièrement, le recourant invoque qu'il souffre de troubles psychiques ayant une répercussion sur sa capacité de travail et sollicite un éventuel complément d'instruction sur le plan psychique. La majorité des experts, soit les Drs R\_\_\_\_\_, S\_\_\_\_\_ et U\_\_\_\_\_, ainsi que le Dr Q\_\_\_\_\_ ont relevé l'existence de troubles psychiques avec plus ou moins d'importance sur les capacités du recourant à reprendre une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques, toutefois, ces troubles ne relèvent pas de leur spécialité. Le seul rapport psychiatrique existant au dossier date du 12 mars 2007 et a été établi à la CRR. Il en résulte qu'il existait un trouble de l'adaptation avec une réaction dépressive prolongée, de sorte que ce trouble existait déjà lors de la décision litigieuse du 13 novembre 2009 et a visiblement persisté tout au long des années, au vu des rapports des différents médecins. Certes, le recourant n'a jamais eu de suivi psychiatrique, toutefois, on ne saurait faire fi des constatations des médecins et experts orthopédistes et interniste, compte tenu de l'importance que semblent avoir les troubles psychiques du recourant sur sa capacité à exercer une activité lucrative. Dès lors, la Cour de céans estime qu'il convient de renvoyer le dossier à l'intimé pour mise en œuvre d'une expertise portant sur les troubles psychiques et sur leur éventuelle influence sur la capacité de travail du recourant, l'intimé

n'ayant jamais instruit le volet psychiatrique. b) Deuxièmement, en ce qui concerne l'affection oncologique et pulmonaire, elle a été mise en évidence en 2013, soit plusieurs années après la décision litigieuse, et ne saurait ainsi être incluse dans le présent litige. La demande de révision déjà déposée par le recourant devra être examinée par l'intimé et une nouvelle décision rendue. Le dossier lui sera ainsi renvoyé sur ce point.

## **E. 9**

Reste à se déterminer sur le degré d'invalidité du recourant, compte tenu déjà de ses troubles orthopédiques. a) En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), le droit à la rente au sens de l'art. 28 prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art.

A/4364/2009 - 24/27 - 7 LPGA), ou dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA). La rente est allouée dès le début du mois au cours duquel le droit à la rente a pris naissance (art. 29 al. 2 LAI). Selon l'art. 28 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007 (art. 28 al. 2 LAI dès le 1er janvier 2008), 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. De plus, en vertu de l'art. 88a du règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 (RAI ; RS 831.201), si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). b) L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette disposition prévoit que, 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. 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). Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). 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 non publiés du 25 mai 2007, I 428/06 et I 429/06). 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'Enquête suisse sur la structure des salaires - ESS (ATF 126 V

A/4364/2009 - 25/27 - 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 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; ATF non publié 8C\_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5). Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49 %, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50 %, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

## **E. 10**

a) En l'occurrence, il sera rappelé que le droit du recourant à une rente entière d'invalidité est né le 1er mars 2007. b) De plus, il a précédemment été déterminé que l'état de santé du recourant s'est en tous les cas amélioré d'un point de vue orthopédique dès le 14 février 2008, date à laquelle sa capacité de travail était de 50% dans une activité lucrative adaptée. Ainsi, dans la mesure où le changement important de la capacité de travail ayant une incidence sur la capacité de gain remonte à février 2008, il convient de se placer en 2008 pour procéder à la comparaison des revenus (ATF non publié I 95/07 du 15 février 2008 consid. 5). En ce qui concerne le revenu sans invalidité 2008, l'intimé a retenu que le recourant aurait obtenu dans son activité habituelle un revenu annuel de 67'600 fr. en 2006. Celui-ci n'étant pas contesté et étant supérieur au revenu perçu en 2005 résultant du compte individuel du recourant, il n'y a pas lieu de s'en écarter. Adapté à l'Indice suisse des salaires nominaux (ISS ; 2006 : 2'014 et 2008 : 2'092), le revenu sans invalidité 2008 est de 70'218 fr. 05 ( $67'600 \times 2'092 / 2'014$ ).

A/4364/2009 - 26/27 - Quant au revenu d'invalidité, c'est à juste titre que l'intimé s'est fondé sur les salaires résultant des ESS, le recourant n'ayant pas repris d'activité lucrative. De plus, il y a lieu d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères et assises, dont on doit convenir qu'un nombre significatif étaient adaptées à ce moment-là aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (ATF non publié 9C\_31/2010 du 28 septembre 2010, consid. 4.3). Ainsi, d'après l'ESS 2008, le revenu mensuel standardisé d'un homme exerçant une activité simple et répétitive (tableau TA1, niveau de qualification 4, ligne totale, homme, part au 13ème salaire comprise) est de 4'806 francs. Ce salaire hypothétique, calculé sur la base

d'un horaire de travail de 40 heures, doit encore être adapté à l'horaire de travail en 2008, lequel est de 41.6 heures (cf. Tableau « durée normale de travail dans les entreprises selon la division économique » de l'Office fédéral de la statistique), ainsi qu'à la capacité de travail de 50%. On obtient ainsi un revenu annuel brut de 29'989 fr. 45 ( $4'806 \times 12 \times 41.6 / 40 \times 50\%$ ). En outre, l'intimé a retenu un abattement de 15% pour tenir compte des limitations fonctionnelles et du fait que seule une activité légère était possible. Toutefois, dans la mesure où ces deux critères ont précisément justifié la capacité de travail de 50%, ils ne sauraient être pris en considération une seconde fois dans l'abattement. En revanche, il convient de tenir compte du fait que le recourant était déjà âgé de 57 ans en 2008 et de son taux d'occupation qui n'est que de 50%. Compte tenu de la réalisation de ces deux critères, on peut raisonnablement retenir un abattement de 10%. Le revenu d'invalidité 2008 s'élève ainsi de 26'990 fr. 55 ( $29'989.45 - 10\% \times 29'989.45$ ). Le degré d'invalidité du recourant est ainsi de 62% ( $((70'218.05 - 26'990.55) \times 100\% / 70'218.05)$ ), taux lui ouvrant le droit à un trois-quarts de rente. Dès lors, les conditions de la révision du droit à la rente entière du recourant sont réalisées pour la diminuer à un trois-quarts de rente dès le 1er juin 2008, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé durant le mois de février 2008.

#### **E. 11**

Par conséquent, le recours est partiellement admis et la décision de l'intimé réformée, en sens que le recourant a droit à une rente entière du 1er mars 2007 au 31 mai 2008, puis à un trois-quarts de rente. Pour le surplus, le dossier est renvoyé à l'intimé pour instruction concernant les troubles psychiques et les troubles oncologiques et pulmonaires, puis pour nouvelle décision. Une indemnité de 4'500 fr. est accordée au recourant à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA et 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 – LPA ; RSG R 5 10). Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI et 89 H al. 4 LPA) et au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 200 francs.

A/4364/2009 - 27/27 - 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.