

# **GE\_GERICHTE ATAS/873/2011 vom 20. September 2011**

GE Cour de justice, 2011-09-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_873\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_873_2011)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/873/2011 du 20 septembre 2011

IT: GE\_GERICHTE ATAS/873/2011 del 20 settembre 2011

## **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; RS 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**

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point

A/1493/2011 - 14/23 - de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). En l'espèce, la décision litigieuse date du 5 avril 2011, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la LAI (4ème révision) et le 1er janvier 2008, des modifications de la LAI relatives à la 5ème révision. Cependant, les faits pertinents, notamment l'aggravation de l'état de santé, remontent à mi-2005 et la dernière demande déposée date du 7 février 2006. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné selon des nouvelles normes de la LPGA et selon des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, les modifications consécutives à la 5ème révision étant seulement applicable en cas d'aggravation de l'état de santé ou autre modification dès le 1er janvier 2008 et ce, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). 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, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

### **E. 3**

Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), sera déclaré recevable.

#### **E. 4**

Le litige porte sur la capacité de travail de l'assuré et, partant, sur son droit à une rente d'invalidité dès février 2005.

#### **E. 5**

a) Est réputée invalidité, la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique, ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI dès le 1er janvier 2003). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA en vigueur dès le 1er janvier 2003). 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 275 consid. 4a; 105 V 207 consid. 2).

A/1493/2011 - 15/23 - b) En vertu de l'art 29 LAI en vigueur du 1er janvier 2003 au 31 décembre 2007, la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins et a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% pendant une année sans interruption notable. Il y a interruption notable de l'incapacité de travail lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant trente jours consécutifs au moins (art. 29ter RAI). Dès le 1er janvier 2008, l'art. 28 al. 1er LAI précise que l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Il y a interruption notable de l'incapacité de travail lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant trente jours consécutifs au moins (art. 29ter RAI). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que 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. En vertu de l'art. 48 LAI, dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2003 au 31 décembre 2007, le droit à des prestations arriérées est régi par l'art. 24 al. 1er LPGA (al. 1er). Si l'assuré présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations, en dérogation à l'art. 24 al. 1er LPGA, ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Elles sont allouées pour une période antérieure si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits donnant droit à prestation et qu'il présente sa demande dans les douze mois dès le moment où il en a eu connaissance (al. 2). En dérogation à l'art. 24 al. 1er LPGA, le Conseil fédéral peut limiter le droit au remboursement de certaines mesures de réadaptation exécutées avant qu'elles n'aient été agréées (al. 3).

#### **E. 6**

a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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. 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

A/1493/2011 - 16/23 - d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174). b) La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance- chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b p. 276; arrêt I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329). c) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts I 350/89 précité consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). d) D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt 9C\_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence). La jurisprudence considère à cet égard que sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, s'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un

A/1493/2011 - 17/23 - cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (VSI 1999 p. 247 consid. 1 et les

références).

## **E. 7**

a) Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et 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 (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). b) Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il 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 la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

## **E. 8**

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 et les références). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants

A/1493/2011 - 18/23 - de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). b) 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/bb et cc). c) Les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de

travail ou de gain sur le marché du travail. Dans les cas où ces appréciations (d'observation professionnelle et médicale) divergent sensiblement, il incombe à l'administration ou au juge de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (arrêt I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 page 64). d) 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c.).

#### **E. 9**

e) Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va

A/1493/2011 - 19/23 - cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). Le Tribunal cantonal, respectivement le Tribunal administratif fédéral, doit mettre en oeuvre les expertises médicales lorsqu'il constate qu'une instruction est nécessaire, ceci afin de garantir l'égalité des armes au procès. A titre d'exception, un renvoi à l'Office AI demeure possible lorsqu'il est seul en mesure de répondre à une question non éclaircie ou lorsqu'il s'agit d'un éclaircissement ou d'une précision ou d'un complément d'une expertise (arrêt 9C\_646/2010).

#### **E. 10**

En l'espèce, il sied de relever d'abord que l'incapacité de travail médicalement attestée a débuté le 3 juillet 2005 de sorte que le délai de carence d'un an échoit le 1er juillet 2006, ce qui correspond au début du droit à une rente pour l'assuré. Sur ce point donc la décision entreprise n'est pas critiquable. Seule l'aggravation de l'état de santé postérieure à la dernière décision de refus de prestation du 18 mai 2004, confirmée par le Tribunal des

assurances sociales, est au demeurant déterminante. Ensuite, l'expertise du CEMED est convaincante et a valeur probante sur certains points, mais pas sur d'autres. En premier lieu, du point de vue cardiologique, les conclusions motivées et fondées sur tous les éléments du dossier, relèvent que les seules limitations fonctionnelles sont liées à l'essoufflement (efforts à éviter, périmètre de marche limité, etc.), de sorte que sur ce point, l'activité d'agent commercial au guichet de X\_\_\_\_\_ est adaptée. Cet avis n'est pas contesté par les autres cardiologues que l'assuré a consultés, et qui relèvent que les douleurs thoraciques sont soulagées par une médication efficace. Quant à l'avis contraire du Dr G\_\_\_\_\_ sur ce point, il n'a pas été motivé malgré la demande du SMR. En second lieu, sur le plan psychique, les experts retiennent, à l'instar de tous les autres médecins qui se sont exprimés à ce sujet, que l'état dépressif de l'assuré s'est amendé depuis 2003 et le médecin traitant confirme en 2006 que ce trouble a disparu. Par contre, les experts évitent d'examiner la question de l'alcoolisme du recourant, cas échéant des autres troubles psychiques dont il souffre peut-être (liés au déni, consécutifs à des alcoolisations excessive durant de nombreuses années, etc.), malgré un doute quant à l'abstinence, dès lors que ces éléments n'auraient pas d'influence sur la capacité de travail de l'assuré, sans que l'on sache sur quel élément ils se basent pour l'affirmer, ce d'autant plus que l'assuré n'a jamais repris le travail depuis janvier 2001. En troisième lieu, du point de vue ostéo-articulaire, les experts confirment les limitations fonctionnelles concernant les hanches et la cheville de l'assuré (marche de longue durée ou en terrain inégal, station debout prolongée, montée et descente répétée d'escaliers), qui sont fondées sur les examens radiologiques et, dans une moindre mesure, sur leurs constatations objectives, et

A/1493/2011 - 20/23 - retient ainsi que la situation est inchangée, aucune limitation n'empêchant l'exercice d'une activité en position assise avec possibilité de changer les positions. Ils ne tiennent ainsi pas compte, sans justifier leur position par l'examen des radiographies ou l'absence de médication suivie, des plaintes de l'assuré, qui déclare des douleurs plus importantes et une limitation accrue de la mobilité, suite à l'implantation de la seconde prothèse totale de la hanche droite, et ce malgré la constatation objective d'une mobilité limitée et plus douloureuse à droite qu'à gauche. En quatrième lieu, l'hernie inguinale est sans conséquence sur la capacité de travail de l'assuré selon le spécialiste en chirurgie viscérale ayant suivi l'assuré. En dernier lieu, l'expertise n'a pas comporté de volet neurologique, alors que les spécialistes qui ont suivi l'assuré attestent des conséquences sur sa mémoire et sa concentration, notamment, des multiples AVC subis depuis 2004. Compte tenu de cette absence d'examen spécialisé, les experts ne peuvent pas affirmer que ces conséquences "ne gênent pas l'assuré", (celui-ci ne travaille pas) et, par une évaluation très approximative et non motivée, implique une diminution de rendement de 20%. L'avis du Dr N\_\_\_\_\_ n'est toutefois pas suffisamment étayé pour que la Cour puisse retenir que le trouble neurologique implique une incapacité de travail de 20% à 30%, ce qui, au demeurant, n'est pas totalement équivalent à une diminution de rendement. Surtout, les conclusions des experts sont contradictoires, voire incomplètes dès lors qu'ils retiennent que l'assuré peut travailler à 100% dans sa dernière activité d'agent commercial, tout en admettant que, compte tenu des problèmes de mémoire, il serait préférable qu'il effectue un travail manuel, lequel est en grande partie rendu impossible en raison des limitations ostéo-articulaires. Ainsi, l'expertise du CEMED n'est pas suffisamment probante pour retenir que l'assuré a une pleine capacité de travail, sauf durant les périodes d'incapacité admises. A cela s'ajoute le trouble ostéo-articulaire dont souffre l'assuré, dont il se plaignait déjà lors de l'expertise et qui a été objectivé ensuite, mais avant la décision dont est recours.

Toutefois, ni l'avis du médecin traitant, ni ceux des autres spécialistes ne permettent de retenir que l'assuré n'a plus aucune capacité de travail, ni d'établir quelle serait sa capacité de travail résiduelle et dans quelle activité. D'ailleurs, le SMR relevait que les limitations fonctionnelles retenues par le CEMED devaient être traduites en termes de métier par un spécialiste en réadaptation, ce qui n'a pas été fait. En tant qu'elle retient une pleine capacité de travail dans l'activité antérieure, la décision entreprise est infondée et doit être annulée. Ainsi et contrairement à l'avis changeant de l'assuré, qui se plaint d'abord d'une instruction lacunaire de l'OAI, puis estime qu'elle est suffisante pour lui octroyer une rente entière, il s'avère qu'une instruction complémentaire est nécessaire. Celle-ci doit porter sur les affections neurologiques de l'assuré et leur conséquences sur sa capacité de travail, sur son alcoolisme, et en cas d'abstinence, les conséquences sur sa santé psychique et physique, sur les suites objectivées de la seconde implantation de prothèse et l'ensemble des troubles ostéo-articulaires, y compris à l'épaule. Surtout, cette expertise multidisciplinaire large doit précisément examiner les

A/1493/2011 - 21/23 - conséquences globales et combinées des nombreuses affections de l'assuré, y compris de celles qui, prises séparément, n'ont pas d'incidence sur un travail sédentaire. On pense par exemple à l'essoufflement, à la fatigue et aux douleurs liées aux troubles cardiaques, à l'obstruction liée aux troubles pneumologiques, etc. De plus, les constatations médicales doivent être confrontées à une évaluation concrète des capacités physiques et neurologiques de l'assuré, de sorte qu'une expertise incluant un séjour de plusieurs jours dans une clinique spécialisée dans la réadaptation paraît nécessaire. Certes, la Cour pourrait elle-même ordonner une telle expertise, mais si celle-ci aboutit à la conclusion que l'assuré ne peut plus travailler dans sa précédente activité, ses problèmes de mémoire et/ou de concentration excluant la vente d'abonnements de bus et la gestion d'une caisse, mais qu'il dispose d'une capacité résiduelle dans une activité adaptée, il faudra de toute façon renvoyer la cause à l'intimé pour déterminer quelle activité est adaptée, si une mesure professionnelle est nécessaire et, in fine, pour procéder à la comparaison des revenus, se prononcer sur l'abattement du salaire statistique retenu afin de déterminer le taux d'invalidité. Pour ce motif, conforme à la jurisprudence, la cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants. L'inquiétude de l'assuré, qui a déposé sa demande en 2006 et qui craint que l'instruction soit encore prolongée de plusieurs années est légitime. Toutefois, il semble que l'ensemble des médecins traitants et spécialisés se soient suffisamment prononcés sur l'évolution de son état de santé, de sorte qu'il est inutile de tous les interpellés à nouveau, l'expertise multidisciplinaire pouvant, quant à elle, être mise sur pied dans un délai de quelques mois.

#### **E. 11**

Ainsi, le recours est partiellement admis, la décision du 5 avril 2011 est annulée et la cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants.

#### **E. 12**

La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance- invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000

fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Un émolument de 200 fr. sera ainsi mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI) ainsi qu'une indemnité de 1'500 fr. en faveur du recourant, qui

A/1493/2011 - 22/23 - obtient partiellement gain de cause et, au vu du nombre d'écritures et en l'absence d'audiences.

A/1493/2011 - 23/23 - 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.