

# **GE\_GERICHTE ATAS/965/2010 vom 27. September 2010**

GE Cour de justice, 2010-09-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_965\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_965_2010)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/965/2010 du 27 septembre 2010

IT: GE\_GERICHTE ATAS/965/2010 del 27 settembre 2010

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a) La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. b) Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, l'objet du litige porte sur la suppression de la rente entière dès le 31 mai 2008, l'octroi étant limité du 24 mars 2007 au 31 mai 2008. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) 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. 2**

a) L'art. 69 al. 1 LAI prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision. b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 13 février 2009, qui a été confirmé par la décision du 13 novembre 2009, contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le

### **E. 4**

a) Selon l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. 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; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (al. 1). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2) : 40 % au moins donne droit à un quart de rente; 50 % au moins à une demie rente; 60 % au moins à un trois quarts de rente et 70 % au moins à une rente entière. b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance 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, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré. c) Selon l'art. 88a RAI, en vigueur depuis le 1er mars 2004, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir

les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, 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). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir considèrent que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce

A/4364/2009 - 14/23 - changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie (al. 2). Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 417 ss. consid. 2d et les références). Aux termes de cette disposition, si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est, pour l'avenir, augmentée, réduite ou supprimée.

## **E. 5**

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 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

A/4364/2009 - 15/23 - 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).

## **E. 6**

a) Le revenu d'invalidé 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

A/4364/2009 - 16/23 - 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. 7**

a) En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a). 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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3). b) Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb). c) Le juge ne s'écarter en principe 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

A/4364/2009 - 17/23 - 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 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 352 consid. 3b/aa et les références). d) 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). Pour le surplus, il convient en général de se montrer réservé par rapport à une appréciation médicale telle que celle rendue par le SMR, dès lors qu'elle ne repose pas sur des observations cliniques auxquelles l'un de ses médecins aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur les informations versées au dossier (arrêt du TF du 29 décembre 2009, 9C 578/2009). e) 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

certaines 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; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 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 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité). f) 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 et de gain sur le marché du travail (cf. Karl ABEGG, « Coup d'œil sur l'activité des centres d'observation professionnelle de l'AI (COPAI) » in RCC 1985, p. 246 ss). Dans les cas où ces appréciations d'observation professionnelle et médicale divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin,

A/4364/2009 - 18/23 - de requérir un complément d'instruction (arrêt I 35/03 du 24 octobre 2003, consid. 4.3 et les références in Pladoyer 2004/3, p. 64).

## **E. 8**

a) Dans le cas d'espèce, le dossier contient de nombreux rapports médicaux, soit le rapport du Dr M \_\_\_\_\_ (clinique de réadaptation) du 4 mai 2007, et du consilium psychiatrique du 12 mars 2007, le rapport du Dr N \_\_\_\_\_, médecin conseil de la SUVA, du 14 février 2008, l'expertise du Dr O \_\_\_\_\_, pour l'OAI, du 25 mars 2008, plusieurs avis des médecins traitants, les Drs L \_\_\_\_\_ et P \_\_\_\_\_, entre 2007 et 2009. Les diagnostics retenus par les médecins sont semblables, à savoir algodystrophie du genou gauche, arthrose femoropatellaire du genou gauche, contusion de l'épaule gauche le 7 décembre 2006, capsulite rétractile de l'épaule gauche et arthrose acromio-claviculaire gauche débutante. Tous les médecins s'accordent sur le fait que la capacité de travail de l'assuré dans le métier exercé avant l'accident est nulle, ce que l'OAI admet également. Compte tenu de l'incertitude concernant la capacité de travail résiduelle de l'assuré dans une profession adaptée et une éventuelle diminution de rendement, une expertise judiciaire a été confiée au Dr Q \_\_\_\_\_, orthopédiste. L'expertise du Dr Q \_\_\_\_\_ a été établie en pleine connaissance de cause de tous les rapports médicaux, sur la base de radiographies et repose sur une anamnèse et des examens médicaux complets. Ceux-ci ont mis en évidence une mobilité passive et active très fortement limitée de l'épaule, de la jambe et du genou gauches. L'expert a tenu compte des plaintes du patient et a décrit le contexte médical. Il rapporte les constatations médicales faites de façon neutre et circonstanciée. b) L'OAI conteste la valeur probante de l'expertise, motif pris en premier lieu que l'expert a retenu des diagnostics sans distinguer s'ils ont une influence sur la capacité de travail. En deuxième lieu, les conclusions de l'expert reposent essentiellement sur des éléments qui sont étrangers à l'assurance invalidité. En dernier lieu, l'expert mentionne des aspects psychiatriques (trouble de l'adaptation) qui n'ont jamais été évoqués et pour lesquels il n'est pas qualifié. Ainsi, les conclusions concernant la capacité de travail dans une activité adaptée ne sont pas suffisamment convaincantes et doivent être

écartées. Les limitations fonctionnelles retenues n'expliqueraient pas, à elles seules, l'incapacité totale dans toute activité. Le premier grief est mal fondé. En se basant sur le dossier médical, l'examen clinique et les radiographies, l'expert pose 16 diagnostics précis, indique que 12 d'entre eux ont des conséquences sur la capacité de travail de l'assuré, ce qui implique que les quatre autres, soit le status après fracture de la cheville droite, l'hypertension, le surpoids et le diabète n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail. L'expert détaille ensuite les limitations fonctionnelles qui résultent de ces

A/4364/2009 - 19/23 - affections et qui ont été constatées lors de l'examen clinique, puis conclut sur ces bases à une incapacité de travail totale dans toute activité. Le second grief doit être écarté aussi. L'expert a en effet précisé qu'en raison de l'impotence des membres supérieur et inférieur gauches confirmée par l'examen objectif, ainsi que de l'atteinte neurovégétative du genou et de l'épaule gauche par une algodystrophie et une capsulite rétractile, aucune activité lucrative ne peut être raisonnablement envisagée. C'est donc sur la base d'éléments médicaux que l'incapacité est retenue et non pas - en tout cas pas essentiellement - sur la base d'éléments "non médicaux" mentionnés par l'expert que ce dernier a fondé ses conclusions. Il a eu l'occasion de le confirmer. A noter d'ailleurs que ces autres éléments mentionnés sont loin d'être dénués de pertinence et seront repris plus bas. Le dernier grief est également infondé. L'expert a rappelé le trouble de l'adaptation, déjà mentionnée en 2007 par le Dr M \_\_\_\_\_, comme élément dans l'appréciation globale du cas confirmant l'impossibilité d'envisager toute reprise de l'activité lucrative. A cet égard, il faut noter que le SMR ne s'offusque pas qu'un chirurgien orthopédiste diagnostique aussi du diabète et de l'hypertension, sans être spécialiste de ces domaines, dès lors qu'il précise que ces affections n'ont pas d'incidence sur la capacité de travail de l'assuré. En tout état, l'incapacité de travail totale est attestée par l'expert en l'absence même de tout trouble de l'adaptation. Le Tribunal estime donc, en application de la jurisprudence, que d'autres mesures d'instruction ne sont pas utiles, en particulier une expertise psychiatrique. c) Il y a lieu de s'écarter d'une expertise judiciaire si elle contient des contradictions, ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert. Tel n'est pas le cas en l'espèce. Les objections du SMR, exprimées par un médecin sans spécialisation et sur la base du seul dossier ne sont pas pertinentes, eu égard à la jurisprudence rendue à ce propos. Elles ne sont pas motivées et en contradiction avec les constatations faites par les médecins ayant examiné le patient. En particulier, l'avis du SMR du 29 janvier 2009 retient sans aucune explication une pleine capacité de travail, de 100%, sans aucune diminution de rendement, alors que l'expert mis en œuvre par ses soins retient une capacité limitée à 50%. Les autres spécialistes ayant examiné l'assuré et fait un rapport, voire une expertise ne contredisent ni les constatations, ni les conclusions de l'expert judiciaire. Les diagnostics retenus sont identiques ou semblables et les limitations fonctionnelles retenues sont globalement les mêmes. Celles mentionnées par le Dr M \_\_\_\_\_ en 2007 et le Dr N \_\_\_\_\_ en 2008 sont reprises et complétées par le Dr O \_\_\_\_\_ en 2008. En résumé, l'assuré ne peut travailler qu'assis, en respectant l'impossibilité de flexion du genou gauche et en faisant des pauses fréquentes, il ne peut ni s'accroupir, ni s'agenouiller, ni monter des échelles et escaliers, ni marcher longtemps, sans canne ou sur un terrain

A/4364/2009 - 20/23 - irrégulier. L'assuré ne peut pas faire des mouvements de rotation, abduction, flexion, traction et torsion avec le bras gauche, ni porter des charges de plus de 5 kilos. En termes simples, il ne peut pas utiliser du tout le bras gauche, ne peut pas fléchir la

jambe gauche, ne peut pas travailler debout, ni rester assis. La distinction entre l'avis du Dr O \_\_\_\_\_ et celui de l'expert concerne l'évaluation de la capacité résiduelle de travail de l'assuré due à l'amélioration que l'on pouvait éventuellement espérer en 2008 et qui ne s'est pas confirmée, à des diagnostics dégénératifs qui vont forcément en s'aggravant, notamment l'arthrose et l'amyotrophie de la cuisse et surtout à l'appréciation des possibilités objectives d'emploi compte tenu des limitations fonctionnelles retenues. Au demeurant, l'appréciation ne diffère que peu quant à la capacité de travail car le Dr O \_\_\_\_\_ retient une capacité de travail de 50% au maximum pour autant que les importantes limitations fonctionnelles soient respectées, alors que son appréciation est fondée sur une amélioration supposée possible. Or, l'appréciation de l'expert emporte la conviction du Tribunal lorsque, sur la base des limitations fonctionnelles retenues et décrites plus haut, il conclut qu'aucune activité lucrative compatible avec ces limitations n'existe, ce d'autant plus compte tenu des autres facteurs mentionnés, différent en cela de l'avis du Dr O \_\_\_\_\_. Ces conclusions sont confirmées par le rapport de stage des EPI qui précise que le monde économique usuel ne propose pas d'activité susceptible de s'accommoder de l'ensemble des limitations dont souffre l'assuré et seule une activité en atelier protégé est envisageable. La jurisprudence souligne que l'on ne peut parler d'une activité exigible 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. C'est dans ce cadre que les considérations de l'expert concernant l'âge de l'assuré, sa formation professionnelle limitée, sa connaissance de la langue et l'échec de la tentative de réadaptation viennent conforter la conclusion qu'il n'y a pas de capacité résiduelle de travail économiquement exploitable. Les pistes évoquées par le Dr S \_\_\_\_\_ à l'époque dans l'informatique, la bureautique et l'activité de téléphoniste sont irréalistes compte tenu de l'absence de formation et de connaissances du domaine. L'impotence de l'épaule gauche empêche l'activité d'emballage ou de microélectronique. Objectivement, aucun employeur n'est susceptible d'engager un travailleur aux connaissances manuelles spécifiques mais inexploitable, âgé de 57 ans lors de la décision, actuellement de 59 ans, avec les limitations fonctionnelles décrites plus haut, une capacité d'adaptation et d'apprentissage faible. A noter pour finir que seul le SMR affirme, sans avoir vu l'assuré, que sa motivation n'était pas optimale, les EPI et l'expert affirmant l'inverse et soulignant

A/4364/2009 - 21/23 - sa bonne volonté et sa persévérance. Les autres médecins ont mentionné, ce qui est très différent, que l'assuré avait peu de capacité d'adaptation. d) Le Tribunal retient ainsi que l'expertise a pleine valeur probante, que les conclusions de l'expert sont convaincantes et que l'assuré est totalement incapable de travailler dans toute activité depuis le 24 mars 2006. L'amélioration retenue par l'OAI dès février 2008 n'est pas confirmée et, partant, la décision de supprimer la rente dès le 31 mai 2008 n'est pas fondée. A noter d'ailleurs qu'en 2008, sur la base de l'expertise du Dr O \_\_\_\_\_, l'OAI ne pouvait objectivement pas conclure à un taux d'invalidité de 26%, car la capacité de travail ou la diminution de rendement admise par l'expert de 50% impliquait un salaire d'invalidé de 30'113 fr. L'âge, la nationalité et l'importance des limitations justifiaient un abattement de 20% au moins (soit un revenu d'invalidé de 24'090 fr.), de sorte que, comparé au revenu sans invalidité (68'225 fr.) le taux d'invalidité était en tout cas de 64,5%. Il s'avère après l'expertise judiciaire que cette capacité résiduelle de 50% a été surévaluée, l'assuré étant totalement incapable de travailler. Ainsi, l'assuré est invalide à 100% et a droit à une rente

entière dès le 1er mars 2007, la date de la naissance du droit à la rente n'étant à juste titre pas contestée, sans diminution ou suppression au-delà du 31 mai 2008.

## **E. 9**

Le recours est admis et la décision du 13 novembre 2009 est annulée en tant qu'elle limite la rente au 31 mai 2008, le montant de la rente ayant déjà été établi par l'OAI lors de la décision litigieuse. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1er juillet 2006, a apporté 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'assurance-invalidité 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. 1bis LAI). Le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005), de sorte qu'il sera perçu un émolument, fixé en l'occurrence à 500 fr. L'autorité cantonale chargée de fixer l'indemnité de dépens jouit d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 111 V 49 consid. 4a). Le recourant qui obtient gain de cause a droit à des dépens fixés en fonction du nombre d'échanges d'écritures, de l'importance et de la pertinence des écritures, de la complexité de l'affaire et du nombre d'audiences et d'actes d'instruction (cf. GRISEL, Traité de droit administratif, p. 848), soit en l'espèce à 3'000 fr.

A/4364/2009 - 22/23 -

A/4364/2009 - 23/23 -

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