

# **GE\_GERICHTE ATAS/999/2013 vom 14. Oktober 2013**

GE Cour de justice, 2013-10-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_999\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_999_2013)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/999/2013 du 14 octobre 2013

IT: GE\_GERICHTE ATAS/999/2013 del 14 ottobre 2013

## **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 LPGA relatives à la loi fédérale sur l'assurance- invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance- invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

### **E. 3**

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son

A/1369/2013 - 9/18 - entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la décision litigieuse du 15 mars 2013 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4ème, 5ème et 6ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

### **E. 4**

Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable, compte tenu de la suspension des délais de recours du 7ème jour avant Pâques au 7ème jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a et 60 al. 2 LPGA).

#### **E. 5**

Le litige consiste à déterminer si c'est à juste titre que l'intimé a supprimé le droit du recourant à une rente à compter du 1er mars 2011, étant précisé que le recourant ne conteste plus le montant des intérêts moratoires versé par l'intimé.

#### **E. 6**

Selon la jurisprudence, 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 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). 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. 7**

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

A/1369/2013 - 10/18 - 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). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quart 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 (art. 28 al. 2 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe

d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

## **E. 8**

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). b) 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

A/1369/2013 - 11/18 - 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). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; ATF non publié 8C\_923/2010 du 2 novembre 2011, consid. 5.2). S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). c) 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

A/1369/2013 - 12/18 - 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). 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, de requérir un complément d'instruction (ATF 9C\_739/2010 du 1er juin 2011 consid. 2.3 et 9C\_1035/2009 du 22 juin 2010, consid. 4.1 in SVR 2011 IV n° 6 p. 17, et ATFA I 35/03 du 24 octobre 2003, consid. 4.3 et les références in Plädoyer 2004/3 p. 64).

## **E. 9**

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 entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (ATFA non publié 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

A/1369/2013 - 13/18 - ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 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 du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

## **E. 10**

En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant présente des atteintes à l'épaule droite entraînant des limitations fonctionnelles et une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de nettoyeur depuis le 17 octobre 2008. S'agissant de la capacité de travail résiduelle, contestée en l'occurrence, l'intimé a retenu que le recourant présente depuis le 15 novembre 2010 une capacité de travail totale dans une activité adaptée, sans baisse de rendement, en se fondant sur l'évaluation du Dr H\_\_\_\_\_, dont les conclusions ont été reprises par le SMR (avis des 24 février 2011 et 26 janvier 2012). Par rapport du 15 novembre 2010, le Dr H\_\_\_\_\_, médecin conseil de l'assureur-accidents, a constaté une algoneurodystrophie avec raideur de l'épaule qui s'était installée après la cure chirurgicale d'une déchirure de la coiffe des rotateurs avec atteinte du long chef du biceps sur un terrain d'arthrose acromio-claviculaire. A l'examen, le recourant présentait une limitation fonctionnelle douloureuse relativement importante de l'épaule droite dont les amplitudes actives et passives étaient diminuées dans tous les axes. Le recourant n'était pas en mesure de reprendre son activité habituelle, mais il avait une pleine capacité dans une activité exercée à hauteur d'établi et n'exigeant ni de sollicitation soutenue du membre supérieur droit, ni de sollicitation de l'épaule de 40° au-dessus de l'horizontal, ni de port de charges supérieures à 10 kg. Suite à cette évaluation, le recourant a effectué un stage d'observation professionnelle auprès des EPI du 14 juin au 22 juillet, puis du 22 août au 2 octobre 2011. Dans leur rapport du 11 octobre 2011, les responsables des EPI sont arrivés à la conclusion que le recourant ne pouvait pas être réadapté dans le circuit économique ordinaire. Les observations en atelier et sur une activité industrielle

A/1369/2013 - 14/18 - légère simple et adaptée aux limitations (mise en sachet de pièces légères) avaient relevé que les limitations démontrées ne lui permettaient pas d'avoir des rendements exploitables dans l'économie libre. Ses rendements étaient de l'ordre de 45%, sa polyvalence et sa flexibilité étaient fortement limitées. Le recourant ne semblait pas prêt à commencer concrètement une réadaptation professionnelle et montrait de nombreux signes d'inconfort au bras droit et dans la nuque. Les observateurs ont encore précisé que bien qu'il n'y ait pas d'atteinte aux membres inférieurs, ni la position assise, ni la position debout n'étaient tenues durablement en situation de travail. Même avec un plan de travail réglable

en hauteur et avec un appoint, des repose-bras ergonomiques modulables, il n'avait amélioré ni son efficacité au travail, ni réduit la démonstration de signes d'inconfort et de marques de souffrance. Le bras droit devait toujours être en appui sur le plan de travail ou sur la cuisse droite (en position assise) et ne décollait pas du corps, ce qui ne lui donnait aucune amplitude, la main droite servait uniquement de pince. Le rythme de travail était lent, le tonus faible et le recourant présentait une résistance insuffisante à la douleur. Le recourant, plaintif, peu engagé et peu motivé, présentait un important déconditionnement physique et mental. Il n'avait pas les ressources morales et physiques suffisantes pour rebondir. Les conditions minimales admissibles n'étaient pas suffisantes pour que le recourant puisse commencer concrètement une réadaptation professionnelle et il n'y avait pas sur le marché du travail, d'activité suffisamment adaptée aux limitations et à la problématique du comportement du recourant. Au regard de ces observations, force est de constater que le rapport des EPI et celui du Dr H\_\_\_\_\_ ne concordent ni sur la nature et l'étendue des limitations fonctionnelles présentées par le recourant, ni sur son rendement. En effet, alors que le Dr H\_\_\_\_\_ a retenu que le recourant pouvait exercer, à plein temps sans baisse de rendement, une activité à hauteur d'établi, n'exigeant pas de sollicitation soutenue du membre supérieur droit, ni de sollicitation de l'épaule de 40° au-dessus de l'horizontal, ni de port de charges supérieures à 10 kg; les EPI ont relevé, quant à eux, que ni la position assise, ni la position debout n'étaient tenues durablement en situation de travail, que le bras droit devait toujours être en appui sur le plan de travail ou sur la cuisse droite (en position assise) et ne décollait pas du corps (ce qui ne lui donnait aucune amplitude), qu'une activité compatible avec les limitations entraînait des signes d'inconfort non seulement au bras droit, mais également dans la nuque et, enfin, que le rendement était seulement de 45%. Certes, comme le fait valoir l'intimé, les responsables de l'observation professionnelle ont mentionné des facteurs subjectifs, à savoir le comportement plaintif, peu engagé et peu motivé du recourant laissant à penser que ce dernier n'était pas dans une dynamique de reprise d'activité professionnelle. Toutefois, ils ont également relevé que le recourant n'avait manqué aucun jour de stage (p. 4 du rapport), qu'il avait fait de son mieux pour réaliser le stage dans l'atelier de réentraînement (p. 10 du rapport), que le tonus faible et la réactivité parfois assez

A/1369/2013 - 15/18 - lente pouvaient s'expliquer en partie par la quantité de médicaments et les problèmes de sommeil dont faisait état le recourant (p. 4 du rapport) et que le rendement observé de 45% était directement lié aux limitations (p. 10 du rapport), le recourant ressentant des douleurs depuis la nuque jusqu'au bras droit, même lorsque ce membre restait immobile, mais qu'il devait faire des mouvements répétés ou durables avec le gauche (pp. 3, 9, 10 et 11). La Cour de céans est d'avis qu'à la lecture du rapport des EPI, rien ne permet de retenir, comme le prétend l'intimé, que la nature, l'étendue des limitations fonctionnelles et le rendement constatés par les EPI s'expliqueraient uniquement par des facteurs subjectifs et qu'ils ne seraient pas à attribuer à des restrictions d'ordre physique. Au contraire, les observations des EPI mettent en évidence des éléments suffisamment pertinents pour douter du caractère probant des conclusions émises par le Dr H\_\_\_\_\_. En effet, il n'apparaît pas que lors de son appréciation de la capacité de travail résiduelle du recourant, le Dr H\_\_\_\_\_ ait tenu compte des problèmes de sommeil de ce dernier, alors que le Dr E\_\_\_\_\_ en avait fait pourtant état dans son rapport du 28 septembre 2010. Le Dr H\_\_\_\_\_ ne s'est pas non plus prononcé sur l'effet éventuel du traitement médicamenteux sur la réactivité du recourant, ni sur la question de la permanence des douleurs dans le cadre de l'exercice d'une activité adaptée. Qui plus est, la Cour de céans

constate qu'aucune des pièces médicales versées au dossier ne permet de confirmer l'appréciation émise par le Dr H \_\_\_\_\_ et reprise entièrement par le SMR. On relèvera en effet qu'aucun autre spécialiste ayant examiné le recourant ne s'est prononcé sur les questions déterminantes de la stabilisation de l'état de santé du recourant, de sa capacité de travail résiduelle, de ses limitations fonctionnelles et de son rendement. Force est d'ailleurs de constater qu'une fois l'état de santé du recourant considéré comme stabilisé par l'intimé – soit à compter du 15 novembre 2010 - celui-ci n'a pas jugé utile d'interroger, avant de rendre sa décision litigieuse, les spécialistes qui suivaient le recourant depuis son accident – soit les Drs A \_\_\_\_\_, E \_\_\_\_\_ et C \_\_\_\_\_ - sur les questions pertinentes précitées. Or, ces médecins étaient incontestablement mieux à même de répondre à ces questions que le Dr J \_\_\_\_\_, médecin traitant généraliste, auquel l'intimé a adressé un questionnaire le 14 décembre 2011. Qui plus est, il ressort du rapport du 28 septembre 2010 que le Dr E \_\_\_\_\_ entendait encore procéder à une nouvelle scintigraphie de l'épaule droite pour observer s'il existait une évolution par rapport à l'examen effectué en juin 2009. Or, il aurait aussi été utile de connaître les résultats de cet examen complémentaire avant de statuer sur la capacité de travail résiduelle du recourant. Au vu de l'ensemble de ces éléments, la Cour de céans ne saurait confirmer l'appréciation du Dr H \_\_\_\_\_ selon laquelle, à compter du 15 novembre 2010, l'état de santé du recourant était stabilisé et sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée, sans diminution de rendement.

A/1369/2013 - 16/18 - Par ailleurs, on ne saurait donner une importance décisive au certificat du Dr J \_\_\_\_\_ du 29 août 2011 et au rapport du Dr C \_\_\_\_\_ du 23 avril 2013. En effet, le Dr J \_\_\_\_\_ se contente d'invoquer une capacité de travail de trois matinées pendant deux mois, sans apporter aucune motivation. Quant au Dr C \_\_\_\_\_, celui-ci ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail résiduelle du recourant. En pareilles circonstances, vu l'absence de renseignements probants récoltés par l'intimé, la Cour de céans ne peut se prononcer sur la capacité de travail résiduelle du recourant et ses limitations fonctionnelles à compter de novembre 2010 et, partant, sur son degré d'invalidité. Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il ordonne un complément d'instruction sous la forme d'une expertise médicale indépendante auprès d'un spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, après avoir interrogé les médecins spécialistes traitants du recourant. Le renvoi à l'intimé se justifie d'autant plus qu'aucune expertise n'a été réalisée par ce dernier. En cas de nécessité, un nouveau stage d'observation professionnelle visant à clarifier le rendement exigible et les activités qui demeurent à la portée de l'intéressé sera également organisé. Une fois ces mesures d'instruction effectuées, il appartiendra à l'intimé d'évaluer le taux d'invalidité et de rendre une nouvelle décision.

#### **E. 11**

Vu ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision querellée annulée en tant qu'elle met fin à l'octroi d'une rente dès le 1er mars 2011 et le dossier renvoyé à l'autorité administrative afin qu'elle procède conformément aux considérants.

#### **E. 12**

Le recourant, qui est représenté et qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité de 1'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un

émolument de 200 fr.

A/1369/2013 - 17/18 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES  
SOCIALES : Statuant A la forme :

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