

GE_GERICHTE A/2643/2013 vom 30. Juni 2014

GE Cour de justice, 2014-06-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2643_2013

FR: GE_GERICHTE A/2643/2013 du 30 juin 2014

IT: GE_GERICHTE A/2643/2013 del 30 giugno 2014

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, poste restante, COLOGNY recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Le 30 novembre 2011, Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1962, a d'abord travaillé comme électricien, puis comme agent de montage, opérateur électricien et, à compter de 2005, comme chauffeur privé. 2. Le 30 novembre 2011, il a fait l'objet d'une détection précoce pour une totale incapacité de travail depuis mai 2010. 3. Le 23 janvier 2012, un entretien de détection précoce s'est tenu auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI). L'assuré, qui avait exercé la profession de chauffeur personnel à plein temps jusqu'en 2010, date à laquelle il avait été licencié pour raisons économiques, se plaignait d'un diabète, de dorsalgies, de lombalgies et de difficultés visuelles. 4. Une attestation établie le 1^{er} février 2012 par le Dr B_____, a fait état d'une hépatite B active avec atteinte hépatique sévère et d'un diabète insulino-résistant sévère difficile à équilibrer. 5. Le 14 février 2012, le Service médical régional (ci-après : SMR), a estimé que la fonction de chauffeur était contre-indiquée en raison du diabète insulino-dépendant sévère et des risques d'hypoglycémie en découlant. 6. Le 12 mars 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations en bonne et due forme, dans laquelle il a indiqué souffrir de dorsalgies, de diabète et de problèmes visuels depuis 2009. 7. Le 27 mars 2012, le Dr C_____, spécialiste en ophtalmologie, a attesté avoir examiné l'assuré une seule fois, le 6 janvier 2012 et avoir conclu à une vision de 8/10 aux deux yeux, de loin et de près, avec des corrections optiques, avoir observé une tension oculaire normale et l'absence de rétinopathie diabétique. Le status oculaire a été qualifié de bon. 8. Le 27 avril 2012, la division de réadaptation de l'OAI a préconisé une mesure d'aide au placement auprès de la fondation Intégration pour tous (IPT). Le début de la mesure a été fixé au 10 mai 2012 pour six mois. 9. Dans un rapport du 9 mai 2012, le Dr B_____ a confirmé les diagnostics déjà posés précédemment. 10. Le médecin a relevé la présence d'une asthénie importante et globale se manifestant par de la fatigue. Il a émis l'avis que l'activité de chauffeur n'était plus exigible. 11. L'assuré a commencé par suivre auprès d'IPT un atelier de réorientation qu'il a dû interrompre du 1^{er} au 31 juillet 2012 en raison de son état de santé. Du 2 au 31 août, il a suivi un stage à 50% dans une imprimerie. Une augmentation du taux d'occupation à 100% a été tentée qui s'est soldée par un échec dû à la fatigabilité de l'assuré. La bonne volonté de l'assuré a été soulignée. IPT a finalement conclu qu'un taux de 50% constituait un taux d'occupation en adéquation avec les limitations de l'intéressé. 11. L'assuré a alors été adressé pour expertise au Dr D_____, spécialiste en médecine interne, qui, dans son rapport du 26 février 2013, a confirmé les diagnostics d'hépatite chronique B et de diabète

de type II, tout en estimant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail.

L'expert a relevé l'absence de complications diabétiques, que ce soit sous forme de micro-albuminurie ou de rétinopathie. Concernant l'hépatite B, les tests réguliers du foie fluctuaient entre 2 et 3 fois la norme. Le médecin a relaté que l'assuré se plaignait d'une fatigue évaluée à 100 sur une échelle de 100, décrite comme permanente et constante au cours de la journée mais également de vertiges à l'effort (notamment lorsqu'il montait des escaliers ou soulevait la moindre des charges). L'assuré se plaignait aussi d'un sommeil perturbé, de stress et d'énervement mais non de tristesse. L'expert a relevé que l'assuré avait pu effectuer un stage en entreprise mais que son rendement avait été très faible, la fatigue se manifestant après une heure et demie, que l'équilibre du diabète était apparemment difficile, qu'il n'y avait pas de syndrome métabolique mais que la correction n'était pas optimale. Néanmoins, le médecin a estimé qu'en dehors des périodes de décompensation, aucune limitation fonctionnelle significative ne pouvait être retenue, vu l'absence de complications dues au diabète. Par ailleurs, moyennant une correction des glycémies nocturnes, la polyurie annoncée à l'origine de perturbations du sommeil devait rapidement être corrigée. Le Dr D_____ a estimé qu'au final, les symptômes évoqués par l'assuré - manque de force, fatigabilité intense et vertiges - n'étaient sans doute pas expliqués par le diabète ou ses traitements, l'assuré n'étant notamment pas atteint de malaises itératifs lors de fluctuations très importantes des glycémies. L'hépatite B n'expliquait pas non plus cette intolérance totale aux efforts, puisqu'elle n'était pas à l'origine d'une décompensation hépatique clinique ; d'ailleurs, l'hépatite B chronique était habituellement asymptomatique et la qualité de vie des personnes atteintes n'était pas significativement diminuée pour autant qu'il n'y ait pas de cirrhose. Le médecin ajoutait que la fatigue était un symptôme très fréquent dans la population générale, touchant 15% à 20% des sujets sains. Concernant les limitations fonctionnelles physiques de l'assuré, l'expert a estimé que si la conduite de poids lourds, d'autocars ou d'engins dangereux n'était pas exigible, en revanche, la conduite automobile restait possible en respectant des règles très strictes sous le contrôle d'un diabétologue : avoir à disposition des glucides à absorption rapide, respecter les heures de repas, tenir à jour un passeport de diabétique, contrôler sa glycémie avant de prendre le volant et faire une pause toutes les heures ou toutes les heures et demie de route afin de reconstruire la glycémie. Si ces règles étaient respectées, la conduite automobile était possible ; la conduite automobile professionnelle restait en revanche relativement contre-indiquée par le risque d'hypoglycémie. Pour conclure, l'expert n'a pas retenu d'incapacité de travail car il a estimé que les limitations fonctionnelles étaient compatibles tant avec l'activité habituelle - soit celle d'opérateur technique ou de chauffeur privé - qu'avec une activité adaptée et ce, depuis le début de la maladie en 2010, à plein temps et sans diminution de rendement. De plus, une meilleure correction du diabète était exigible. La capacité de travail de l'assuré n'était donc pas altérée, quoiqu'un arrêt de travail temporaire puisse être reconnu en cas de décompensation du diabète, ce qui n'était pas le cas de l'assuré, dont le diabète était exempt de complications. L'hépatite B était quant à elle asymptomatique et ne permettait pas non plus de retenir une incapacité de travail.

12. Le 25 mars 2013, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de nier à l'assuré tout droit à des prestations.

13. Par courrier du 23 avril 2013, l'assuré a contesté ce projet en rappelant souffrir de deux maladies « graves, chroniques et incurables ».

14. Par décision du 20 juin 2013, l'OAI, se référant à l'avis du Dr D_____ et de son service médical régional (SMR), a considéré qu'en l'absence de diagnostic à caractère invalidant,

tout droit aux prestations devait être nié à l'assuré, dont il a estimé qu'il pouvait continuer à travailler en tant que chauffeur à temps complet, à condition de respecter des horaires réguliers!>[if> 15. Par courrier du 16 août 2013, l'assuré a interjeté recours en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente.!>[if> Le recourant allègue être incapable d'exercer la moindre activité. Il reproche au rapport du Dr D_____ de n'avoir pas tenu compte des examens pratiqués par les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) ; biopsie du foie et rapport du Prof. E_____, médecin spécialiste en gastroentérologie et produit les documents en question : - le rapport histologique des HUG, daté du 30 janvier 2013, donne les conclusions d'une biopsie du foie effectuée le 28 janvier 2013 ; il pose les diagnostics d'hépatite chronique d'activité discrète compatible avec une étiologie virale B, de cirrhose et de stéatose macrovacuolaire discrète ; il précise que l'hépatopathie, soit la cirrhose, est au stade avancé et s'est développée possiblement sur l'hépatite chronique virale B, toutefois la présence d'une fibrose péri-sinusoïdale au niveau de certains territoires échantillonnés suggère une participation d'une deuxième étiologie, notamment un syndrome métabolique ou une consommation excessive d'alcool ; !>[if> - le Prof. E_____, dans un rapport du 27 juin 2013, conclut à une sidérose focale hépatocytaire, avec stéatose touchant 20% des hépatocytes.!>[if> Le recourant relève que le Dr D_____ n'est pas un spécialiste, contrairement au Prof. E_____. 16. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 3 septembre 2013, a conclu au rejet du recours.!>[if> L'intimé relève que le rapport du Prof. E_____ confirme l'absence de décompensation de la fonction hépatique et explique qu'un traitement par un analogue nucléotidique a été mis en place. Quant au rapport histologique des HUG, il ne fait que confirmer le stade de cirrhose, sans attester de signe de gravité ; de plus, les signes histologiques sont « en faveur d'une origine autre que virale (possiblement alcoolique) ». Quant au Dr B_____, il ne fournit aucun élément médical probant pour étayer ses conclusions ; en particulier, les pathologies, évolutives selon le médecin traitant, ne justifient pas d'incapacité de travail pour le moment. 17. Par écriture du 3 octobre 2013, le recourant a rappelé que lors de son placement par IPT, sa volonté, sa motivation et sa ponctualité ont été soulignés, tout comme a été mis en évidence que sa concentration était nulle après une heure et demie de travail ; cela démontre que la très grande fatigue dont il souffre n'est pas imaginaire et qu'il lui est impossible de la surmonter par un effort de volonté.!>[if> Le recourant demande que soit mise sur pied une expertise par un spécialiste des maladies du foie et du diabète. 18. Entendu le 7 novembre 2013, le Prof. E_____ a précisé ne s'occuper que du problème hépatique. !>[if> Il a expliqué que le recourant était atteint d'une hépatite B, que les investigations ont permis la découverte fortuite d'une cirrhose, que celle-ci est en l'état totalement compensée et n'entraîne donc aucune réduction de la capacité de travail. Par ailleurs, le recourant répond très bien au traitement antiviral instauré. Le médecin a expliqué qu'à l'heure actuelle, l'hépatite n'a pas de répercussion sur le plan fonctionnel, bien qu'il ne puisse l'exclure totalement ; il a émis l'hypothèse que c'est le diabète du recourant, grave et difficile à compenser, qui pourrait expliquer à lui seul la fatigue dont il se plaint. Cependant, une amélioration sous traitement antiviral des symptômes permettrait de conclure que l'hépatite joue également un rôle. Depuis le 27 février 2013, le recourant prend un traitement antiviral ; ce traitement ne s'est pas traduit en une diminution de la fatigue, mais, par contre, le virus a totalement disparu. Le médecin a émis l'hypothèse qu'un état dépressif réactionnel n'est pas exclu vu l'annonce simultanée de deux pathologies graves. 19. Le recourant a quant à lui précisé ne pas être sous antidépresseur. !>[if> 20. Entendu à son tour, le 5 décembre 2013, le Dr

B_____ a expliqué qu'il suit l'assuré depuis 2010, date à laquelle il est venu le consulter pour une asthénie importante. C'était là sa première plainte, qui a été à la base des investigations qui ont permis de révéler l'atteinte au foie et le diabète. Celui-ci n'est pas encore stabilisé ; l'équilibre est difficile à atteindre en raison, notamment, de l'atteinte au foie, qui complique les choses.![endif]>![if> Le médecin a indiqué pouvoir adhérer à la conclusion du Dr D_____ selon laquelle un diabète équilibré et une hépatite traitée n'ont pas d'incidence sur la capacité de travail. Mais il a fait remarquer que le recourant souffre en l'occurrence d'une atteinte au foie assez sévère, résultat de l'évolution lente et insidieuse qui s'est déroulée sur plusieurs années avant que le diagnostic ne soit posé, que, jusqu'en 2013 - date d'introduction d'un traitement adéquat - cette atteinte évoluait naturellement vers une fibrose, puis un cancer du foie, puis la mort. De son point de vue, c'est surtout l'atteinte hépatique qui est à l'origine de l'asthénie, même si le diabète y contribue ; ainsi, lorsque les valeurs sont hautes et que le recourant élimine deux à trois litres d'eau par jour au lieu d'un, cela se traduit forcément par une fatigue. Comme le diabète n'est pas équilibré, cela se traduit par des fluctuations importantes de glycémie, qui peuvent être elles-mêmes à l'origine de malaises (hypoglycémie) ou d'hyperhydratation intracellulaire. Le médecin explique ensuite que, de manière générale, il est exceptionnel de ne pas arriver à équilibrer un diabète ; il reste donc confiant s'agissant du recourant, mais les choses prennent du temps en ce qui le concerne car le métabolisme du sucre dépend du foie. La variabilité de l'hémoglobine glyquée se mesure à intervalles de six semaines et c'est lors de ces mesures qu'il procède aux ajustements, à tous petits pas, de crainte d'un surdosage. Pour finir, le Dr B_____ s'est déclaré dans l'incapacité de se prononcer de manière objective sur la capacité de travail du recourant, d'autant plus qu'il est extrêmement difficile de quantifier une asthénie. 21. Par écriture du 16 décembre 2013, l'intimé a persisté dans ses conclusions vu l'absence de décompensation des atteintes constatées.![endif]>![if> EN DROIT 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 depuis 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).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2).![endif]>![if> La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés (ATF 130 V 343). Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003) a apporté des modifications, notamment en matière de procédure (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). 3. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.![endif]>![if> 4. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si les atteintes à la santé du recourant entraînent une perte de gain susceptible de lui ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité.![endif]>![if> 5. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de

l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 6. 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). 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid. 1). 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, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). 7. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir.

L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine). 8. 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 352 ss consid. 3). 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante 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. Étant 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). 9. Le recourant fait grief à l'administration d'avoir fondé son appréciation de sa capacité de travail sur le rapport du Dr D_____.

Cependant, il apparaît que le rapport d'examen du Dr D_____ se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique du recourant et tient compte des plaintes rapportées par ce dernier. Il a été établi en pleine connaissance du dossier et ses conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradiction. Il y a donc lieu de lui reconnaître pleine valeur probante ce, d'autant plus que l'ensemble des considérations émises par le médecin examinateur, même s'il n'est pas spécialiste en maladie du foie et en diabète, a été confirmé par les médecins spécialistes entendus par la Cour. En effet, ainsi que le fait remarquer l'intimé, les Drs E_____ et B_____ ont indiqué que les atteintes à la santé n'étaient pas décompensées, même si le diabète était difficile à équilibrer. Tant l'un que l'autre ont estimé que l'atteinte relevant de leur spécialisation n'expliquait pas la fatigue de l'assuré. Il suit de ce qui précède que les médecins du recourant n'ont pas amené d'élément médical objectif qui permettrait de mettre en doute les conclusions du Dr D_____ quant à la capacité de travail de l'assuré. Dans ces circonstances, la Cour de céans n'a d'autre possibilité que de se fonder sur les conclusions du Dr D_____ et de conclure avec ce dernier à l'absence d'atteinte à la santé invalidante. C'est le lieu de rappeler que 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. 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 (arrêt 9C_891/2012 du 5 avril 2013 consid. 3; arrêt I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2). C'est la raison pour laquelle la jurisprudence considère qu'il appartient avant tout aux médecins, et non aux spécialistes de l'orientation professionnelle, de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré souffrant d'une atteinte à la santé et sur les éventuelles limitations résultant de celle-ci. Or, comme déjà relevé, aucun des médecins spécialistes ne fournit d'explication objective à la fatigue alléguée par le recourant. 10. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté. ![endif]>![if> 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.