

GE_GERICHTE A/3595/2010 vom 18. April 2011

GE Cour de justice, 2011-04-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3595_2010

FR: GE_GERICHTE A/3595/2010 du 18 avril 2011

IT: GE_GERICHTE A/3595/2010 del 18 aprile 2011

Erwägungen

E. 6

ème Chambre En la cause Monsieur F _____, domicilié à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître STOLLER FÜLLEMANN Monique recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT M. F _____ (ci-après : l'assuré), né en 1960, de nationalité Suisse, marié, titulaire d'un CFC de polisseur, a exercé la profession de polisseur en bijouterie auprès de X _____ SA depuis le 11 novembre 1985 pour un salaire annuel brut de 93'730 fr. (valeur 2009). L'assuré a été en incapacité totale de travailler depuis le 17 octobre 2008, attestée par le Dr L _____, FMH rhumatologie, et le Dr M _____, FMH rhumatologie. Le 12 décembre 2008, une arthro-IRM de l'épaule gauche a conclu à "une tendinite calcifiante du sus-épineux à son insertion distale, sans rupture décelée. Certain degré de capsulite rétractile, comme en témoigne le comblement du récessus rétro-coracoïdien, sans restriction de la capacité articulaire ou de douleur à l'injection du produit de contraste. Discrets phénomènes dégénératifs débutants acromio-claviculaires". Le 1^{er} avril 2009, le Dr N _____, FMH médecine générale, a indiqué qu'il ne suivait plus le patient depuis décembre 2008, lequel était adressé au Dr L _____. Le 21 avril 2009, le Dr L _____ a attesté d'une tendinopathie calcifiée du sus-épineux de l'épaule gauche et capsulite rétractile se manifestant par des douleurs au bras gauche depuis l'automne 2008. Le 30 avril 2009, l'assureur perte de gain maladie de l'employeur a annoncé l'assuré à l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) (procédure de détection précoce) en indiquant une atteinte due à un mouvement répétitif au travail. Le 18 juin 2009, la Dresse O _____ du SMR a indiqué que l'activité habituelle ne lui semblait pas lourde mais elle laissait le soin à l'OAI de déterminer si l'activité habituelle était compatible avec l'atteinte à la santé. Il existait une capacité de 100 % dans toute activité adaptée depuis le 5 juin 2009. Un entretien détection précoce a eu lieu le 1^{er} juillet 2009 au cours duquel l'assuré a indiqué qu'il n'arrivait pas à lever le bras gauche et qu'il souffrait d'une capsulite rétractile et d'une calcification de l'épaule gauche. Il était en conflit avec un collègue sur son lieu de travail et son licenciement était en cours. Médicalement, il devrait pouvoir se rétablir et reprendre son travail. Le 2 juillet 2009, le Dr P _____ de la permanence SMRP détection précoce a indiqué qu'actuellement l'atteinte était incompatible avec la profession et qu'une demande devait être déposée. Le 18 août 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI. Le 2 septembre 2009, le Dr L _____ a indiqué qu'il suivait l'assuré depuis le 18 décembre 2008, lequel présentait une impotence fonctionnelle du membre supérieur gauche de sorte qu'il ne pouvait utiliser son bras gauche; le pronostic était réservé. Le 20 septembre 2009, le Dr N _____ a rempli un rapport médical AI dans lequel il a indiqué une tendinopathie calcifiée du sus-épineux gauche et capsulite rétractile depuis novembre 2008. Il n'avait plus revu l'assuré depuis le 1^{er} décembre 2008. Un entretien à l'OAI du 23 septembre 2009 a

relevé que l'assuré n'avait entamé aucune réflexion sur son avenir. Le 20 octobre 2009, l'OAI a rendu un rapport d'évaluation suite à deux entretiens. L'assuré s'estimait incapable de travailler comme polisseur et pensait pouvoir récupérer à 100 %. Il serait vraisemblablement licencié à son retour en emploi. Il présentait une attitude attentiste. Il était proposé de prendre contact avec l'employeur en vue par exemple d'un essai dans une autre fonction. Le 11 novembre 2009, une note de travail de l'OAI a indiqué que c'était suite au licenciement de l'assuré que celui-ci se serait retrouvé en incapacité de travail. Le 16 novembre 2009, l'assuré, dans le cadre d'un entretien téléphonique avec l'OAI, a indiqué qu'il voulait bien essayer une observation dans le cadre de l'intervention précoce. Par communication du 16 novembre 2009, l'OAI a accordé à l'assuré une mesure d'orientation auprès des EPI du 23 novembre au 20 décembre 2009, prolongée le 21 décembre au 22 décembre 2009. Le 25 novembre 2009, le SMR a indiqué que l'assuré présentait une capacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle et dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles (activité légère, sans port de charge ou travail avec le membre supérieur gauche éloigné du corps ou au-dessus du plan des épaules) depuis octobre 2008. Le 28 janvier 2010, les EPI ont rendu un rapport professionnel concluant au fait que le bras dominant était peu utilisable mais que l'assuré cristallisait toute une problématique personnelle sur son bras et n'était actuellement pas prêt à rebondir. Les cibles professionnelles étaient l'horlogerie, agent de voyage, guide accompagnateur touristique, vendeur en bijouterie et courtier en assurances. Par projet de décision du 3 février 2010, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré en relevant que selon le SMR l'activité de polisseur en bijouterie était adaptée à ses limitations fonctionnelles de sorte qu'il présentait un degré d'invalidité nul. Le 16 février 2010, l'assuré s'est opposé à cette décision en mentionnant que sa situation physique ne lui permettait pas d'exercer son travail habituel. Le 1^{er} mars 2010, le Dr L_____ a attesté que l'état actuel de l'assuré ne lui permettait pas une reprise de ses activités professionnelles en tant que polisseur en bijouterie. Le 22 juillet 2010, une arthro-IRM de l'épaule gauche a été effectuée relevant dans sa conclusion que "par rapport à l'arthro-IRM du 12 décembre 2008, on note une disparition de la calcification du tendon du sus-épineux. Il existe par contre aujourd'hui toujours des signes de tendinopathie du tendon du sus-épineux avec une forte suspicion de déchirure transfixiante, responsable d'une contamination de la bourse sous-acromiale par le produit de contraste intra-articulaire. Il n'y a pas de rétraction du tendon, ni d'atrophie musculaire. On confirme le diagnostic de capsulite rétractile. Absence d'arthrose". Le 24 août 2010, un rapport d'entretien téléphonique de l'OAI avec l'employeur a relevé, s'agissant du travail de l'assuré, que les pièces étaient très légères, sans travail des bras en élévation. Le 2 septembre 2010, un réadaptateur de l'OAI a rencontré le service des Ressources Humaines de l'employeur, lequel a précisé que l'assuré était un excellent polisseur, qu'il utilisait une mini-polisseuse portable et pourrait, sans solliciter le bras gauche, travailler dans le domaine du contrôle, au rhodiage ou au nettoyage des pièces. Le rapport de réadaptation professionnelle de l'OAI du 22 septembre 2010 a indiqué que l'activité habituelle de l'assuré respectait les limitations fonctionnelles retenues par le SMR. Par décision du 24 septembre 2010, l'OAI a confirmé son refus de prestations. Le 7 octobre 2010, les Drs Q_____ et R_____ du Département de chirurgie des Hôpitaux Universitaires du canton de Genève (HUG) ont rendu un rapport suite à une consultation du 4 octobre 2010. Il existait une petite lésion partielle de la face profonde du sus-épineux, sans rupture tendineuse. Ils ont posé le diagnostic de capsulite rétractile de l'épaule gauche; il n'y avait pas d'indication chirurgicale. Il lui était recommandé un traitement de physiothérapie et une éventuelle

infiltration au niveau de la bourse sous-acromiale. Le 22 octobre 2010, l'assuré, représenté par une avocate, a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales à l'encontre de la décision précitée en concluant à son annulation et au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire, à l'octroi de mesures professionnelles et subsidiairement d'une rente. Il fait valoir qu'il ne peut utiliser son bras gauche pendant plus de quelques minutes, qu'il n'a pas de force dans la main, laquelle est engourdie et douloureuse, de sorte que son travail de polisseur est impossible. Aucun médecin du SMR ne l'avait examiné et les arthro-IRM n'avaient pas été versés au dossier AI. En outre, les EPI avaient suggéré d'investiguer sa situation psychologique. Le 8 novembre 2010, le Dr L _____ a attesté d'une situation stationnaire, malgré la physiothérapie. Un avis auprès du Dr S _____ était sollicité. Le 9 novembre 2010, la Dresse O _____ a indiqué qu'après avoir pris connaissance des rapports d'IRM des 12 décembre 2008 et 22 juillet 2010, elle confirmait son avis du 5 juin 2009. Le 11 novembre 2010, l'intimé a conclu au rejet du recours en se fondant sur l'avis du SMR du 9 novembre 2010. Le 19 novembre 2010, l'assuré a été licencié par son employeur pour le 28 février 2011. Le 26 novembre 2010, le recourant a observé que l'OAI avait statué sans avoir un dossier médical complet. Le 7 décembre 2010, une infiltration intra-articulaire gauche a été pratiquée par le Dr T _____ à l'Hôpital de la Tour. A la demande du Tribunal cantonal des assurances sociales, le Dr L _____ a rendu un avis médical le 8 décembre 2010. Il relève que l'impotence du membre supérieur gauche était totale, empêchant l'assuré de reprendre son activité habituelle de polisseur en bijouterie; l'état clinique ne s'était pas amélioré; il était en totale opposition avec l'avis de l'OAI selon lequel l'assuré pouvait exercer normalement son activité de polisseur. Un examen radiologique avec distension de la capsule articulaire pour améliorer la mobilité était prévu. Le 18 janvier 2011, le Dr S _____ a rendu un rapport médical suite à une consultation du 17 janvier 2011. Le problème principal était la raideur sur capsulite. Il avait encouragé l'assuré à utiliser son membre supérieur gauche et à abandonner l'attitude protectrice qu'il avait prise et à effectuer des exercices quotidiens afin de récupérer une mobilité fonctionnelle. Une éventuelle arthrolyse arthroscopique était à envisager mais il existait un risque d'aggraver les douleurs. Une reprise de l'activité de polisseur n'était pas possible. Des travaux de classement ne sollicitant pas trop le membre supérieur gauche seraient envisageable à temps partiel. Le 31 janvier 2011, le recourant a persisté dans les termes de son recours. Le 14 février 2011, les Drs U _____ et O _____ du SMR ont rendu un avis selon lequel l'avis du Dr L _____ du 8 novembre 2010 et celui des HUG du 7 octobre 2010 n'apportait aucun élément médical nouveau. L'avis du Dr L _____ du 8 décembre 2010 n'était pas motivé concernant l'incapacité à exercer l'ancienne activité et n'expliquait pas pourquoi le 2 septembre 2009 la capacité de travail de l'assuré avait été reconnue par le médecin dans une activité respectant deux limitations fonctionnelles (soit sans travail avec les bras au-dessus de la tête et sans port de charge avec le membre supérieur gauche) et niée ensuite. Enfin, le Dr S _____ n'expliquait pas pour quelles raisons la capacité de travail était limitée à une activité adaptée partielle. Le 17 février 2011, l'intimé a observé que les données objectives permettaient d'admettre une capacité de travail entière dans l'activité habituelle. Le 21 mars 2011, la Cour de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. Le recourant a déclaré qu'il avait actuellement une mobilité de 30 % de son bras, qu'il allait reprendre le traitement de physiothérapie, qu'il avait des douleurs permanentes au bras, qu'il avait perdu toute souplesse dans le bras alors qu'elle était nécessaire à son activité de polisseur, qu'il pourrait exercer une activité de rhodiage et de contrôle comme apprécié par son ancien employeur

mais qu'il devrait faire une formation en produits chimiques pour le rhodiage, qu'il ne pouvait exercer une activité de nettoyage des pièces car celles-ci étaient lourdes, qu'il ne demandait pas de rente mis des mesures d'ordre professionnel. La représentante de l'OAI a déclaré que le recourant aurait pu être transféré par son employeur, s'il n'avait pas été licencié, dans des activités de rhodiage, nettoyage ou de contrôle, qu'il n'y avait aucune invalidité et qu'aucune mesure de réadaptation ne se justifiait. Le 4 avril 2011, la Cour de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise à la Dresse V _____, médecin spécialiste en rhumatologie, et leur a imparti un délai pour qu'elles se prononcent sur une éventuelle cause de récusation de l'experte ainsi que sur la mission d'expertise. Le 13 avril 2011, le recourant a déclaré qu'il acceptait l'experte et la mission d'expertise. Le 12 avril 2011, l'intimé a transmis un avis du SMR du 11 avril 2011 selon lequel il n'y avait pas de raison de s'opposer au choix de l'experte ni de poser d'autres questions. EN DROIT a) Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Dès le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). 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 une demande de prestation suite à l'incapacité de travail totale du recourant depuis le 1^{er} juillet 2008. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 3852) et celles du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008. 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 3 février 2010, qui a été confirmé par la décision du 24 septembre 2010, contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal cantonal des assurances sociales le 22 octobre 2010. c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA). 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 lui 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 qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). 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 18 e anniversaire de l'assuré. c) 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). Selon l'art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec les art. 7 et 16 LPGA, la réadaptation a la priorité sur la rente dont l'octroi n'entre en ligne de compte que si une réadaptation suffisante est impossible. Saisie d'une demande de rente ou appelée à se prononcer à l'occasion d'une révision de celle-ci, l'administration doit donc examiner d'office, avant toute chose, la question de la réintégration de l'assuré dans le circuit économique (ATF 108 V 210 , 99 V 48). A cet égard, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation nécessaires qui sont de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, qu'ils aient ou non exercé une activité lucrative préalable. Ce droit est déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable (art. 8 al. 1 LAI). Celles-ci comprennent en particulier des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement professionnel, service de placement) (art. 8 al. 3 let. b LAI). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée de l'assurance-invalidité présuppose qu'elle soit appropriée au but de réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, et cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure que subjectivement en rapport avec la personne de l'assuré. En effet une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée. Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en oeuvre une mesure ou y mettre fin (arrêt I 370/98 du 26 août 1999, publié in VSI 2002 p. 111). En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références). Si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient

jouer un rôle déterminant (arrêt I 397/87 du 15 janvier 1988, consid. 1 et la référence, publié in RCC 1988 p. 265; ATFA du 13 juin 2007; cause I 552/2006). En particulier, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 124 V 110). 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 peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). 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). 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 le principe inquisitoire. Il en va 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, 1989 n° K 809 p. 206). A 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). En l'espèce, la Cour de céans constate que la situation médicale du recourant n'est pas claire. D'une part, le Dr L_____ a attesté d'une tendinopathie calcifiée du sus-épineux de l'épaule gauche et capsulite rétractile justifiant une incapacité de travail depuis l'automne 2008 (avis des 21 avril et 2 septembre 2009) et n'autorisant pas une reprise de l'activité de polisseur en bijouterie (avis des 1^{er} mars, 8 novembre et 8 décembre 2010), les Drs W_____ et A_____ ont constaté une capsulite rétractile (avis du 7 octobre 2010), le Dr S_____ a relevé que l'activité de polisseur n'était pas possible, que des travaux de classement à temps partiel étaient uniquement envisageables (avis du 18 janvier 2011) et le Dr P_____ de la détection précoce a relevé que l'atteinte était incompatible avec la profession de l'assuré (avis du 2 juillet 2009). D'autre part, le SMR a estimé, sans examiner l'assuré, que l'activité habituelle était exigible à 100 % ainsi que toute activité légère, sans port de charge ou de travail avec le membre supérieur gauche éloigné du corps ou au dessus du plan des épaules (avis des 25 novembre 2009, 9 novembre 2010 et 14 février 2011).

E. 8

Au vu de ces avis médicaux divergeants, il convient d'ordonner une expertise rhumatologique judiciaire, laquelle sera confiée à la Dresse V_____, FMH spécialiste en rhumatologie, à Genève. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable ; Préparatoirement : Ordonne une expertise médicale. La confie à la Dresse V_____. Dit que la mission d'expertise sera la suivante : Prendre connaissance du dossier de la cause. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité M. F_____. Examiner M. F_____. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes: Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ? Quelles sont les plaintes de M. F_____ ? Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre M. F_____ (diagnostics avec et sans répercussion sur la capacité de travail, dates d'apparition) ? Quel est le status détaillé et l'évolution du status depuis le début de l'atteinte ? M. F_____ suit-il un traitement adéquat ? Quelles sont les limitations fonctionnelles ? Compte tenu de vos diagnostics, l'assuré pourrait-il exercer une activité lucrative ? Si non, pourquoi ? Si oui, laquelle ? A quel taux ? Depuis quelle date ? Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ? En particulier l'ancienne activité de polisseur est-elle exigible ? Si non, une activité adaptée est-elle possible ? En particulier une activité de rhodiage, de contrôle ou de nettoyage des pièces de bijouterie est-elle adaptée ? Si oui, depuis quelle date ? Si non ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles

qui entrent en ligne de compte ? Etes-vous d'accord avec les avis du SMR des 25 novembre 2009, 9 novembre 2010 et 14 février 2011 ? En particulier avec les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail à 100 % dans l'ancienne activité de polisseur et dans toute activité adaptée ? Si non, pourquoi ? Quel est le pronostic ? Au vu du dossier, votre réponse aux questions susmentionnées aurait-elle été identique à la date de la décision rendue par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, soit le 24 septembre 2010 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ? Si oui, pourquoi ? Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond. La greffière Nancy BISIN La présidente Valérie MONTANI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux par le greffe le

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