

## **GE\_GERICHTE ATAS/1012/2019 vom 5. November 2019**

GE Cour de justice, 2019-11-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1012\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1012_2019)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1012/2019 du 5 novembre 2019

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1012/2019 del 5 novembre 2019

### **Erwägungen**

#### **E. 40**

Par réplique du 18 février 2018, le recourant a relevé que les difficultés psychosociales avaient été évoquées dans le rapport des médecins de la Clinique Corela, alors que la valeur probante des rapports établis par cette institution avait été mise en doute de manière générale par le Tribunal fédéral. Dès lors que le Dr H\_\_\_\_\_ se fondait uniquement sur « la petite croix du rhumatologue de la Clinique Corela pour écarter toute influence psychiatrique dans la capacité de travail », il convenait de nier toute valeur probante à son rapport. S'agissant de l'abattement, le recourant a relevé qu'il présentait une atteinte du pied droit, une

A/4279/2018 - 9/20 - atteinte dorsale, une atteinte au membre supérieur gauche et une malformation au membre supérieur droit. Les chances de retrouver un employeur avec ces atteintes étaient par conséquent beaucoup plus faibles, même pour un poste adapté. Il rappelait enfin qu'il était gaucher et mono-manuel du fait de sa malformation congénitale, mais que son unique membre valide présentait désormais également des pathologies chroniques et invalidantes. Dans ces circonstances, on ne pouvait le considérer comme étant totalement mono-manuel.

#### **E. 41**

Par duplique du 12 mars 2019, l'intimé a relevé que l'existence d'une atteinte psychiatrique incapacitante n'avait pas été niée sur la base de l'expertise de la Clinique Corela mais sur la base du constat que « ne figure au dossier (ni n'a été produit par le recourant) aucun rapport circonstancié émanant d'un psychiatre qui ferait état d'éléments objectifs en faveur d'une atteinte à la santé psychique affectant de manière importante et durable la capacité de travail ». Enfin, l'intimé a persisté dans l'abattement de 10 %.

#### **E. 42**

Le 29 mars 2019, le recourant a encore relevé que quelle que soit la qualification donnée aux difficultés rencontrées, celles-ci relevaient d'une appréciation d'ordre psychiatrique. Or, une telle évaluation devait émaner d'un médecin psychiatre et non rhumatologue. Partant, le rapport du Dr H\_\_\_\_\_ était dénué de toute valeur probante.

#### **E. 43**

Sur ce, la cause a été gardée à juger. 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 - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi

établie. 2. À 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). 3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

A/4279/2018 - 10/20 - 4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur la valeur probante du rapport du Dr H\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, ainsi que sur l'existence d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant. 5. a. 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 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, mentale ou psychique 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). b. 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-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). c. Selon les art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins, mais 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. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance. 6. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les

A/4279/2018 - 11/20 - diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). b. La reconnaissance de l'existence desdits troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). 7. 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. À 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 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). c. 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. Selon l'art. 43 al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. L'art. 69 RAI précise pour l'AI que l'office de l'assurance-invalidité réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation ; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

A/4279/2018 - 12/20 - À teneur de l'art. 59 al. 2 et 2bis LAI, les services médicaux régionaux (ci-après : SMR) interdisciplinaires sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'art. 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Fondé sur les données de son service médical, l'office AI sera en mesure de déterminer les prestations à allouer, lesquelles doivent reposer sur des rapports médicaux satisfaisant aux exigences d'une qualité probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1063/2009 du 22 janvier 2010 consid. 4.2.3). Pour effectuer leurs tâches, les SMR peuvent se

prononcer sur dossier (art. 59 al. 2 bis LAI et 49 al. 1 RAI) ou examiner les assurés au sein du SMR (art. 49 al. 2 RAI). L'OAI peut également confier à un médecin expert indépendant la charge d'une expertise (art. 59 al. 3 LAI et 44 LPGA). Selon cette dernière disposition, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions. À noter que l'art. 43 al. 2 LPGA prévoit que l'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés. L'art. 44 LPGA prévoyant les conditions de mise en œuvre d'une expertise externe indépendante ne s'applique pas aux examens médicaux réalisés par les SMR (ATF 135 V 254 consid. 3.4). Cela étant, 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d ; ATF 123 V 175 consid. 3d ; ATF 125 V 351 consid. 3b ee ; ATF 135 V 465 consid. 4.3 et ss ; aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C\_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). 8. 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 A/4279/2018 - 13/20 - 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). 9. a. En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur le rapport du Dr H\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, pour rendre sa décision du 5 novembre 2018. C'est donc la valeur probante de ce document qu'il convient d'examiner. À titre liminaire, il y a lieu de relever que le Dr H\_\_\_\_\_, en tant que médecin du SMR, a réalisé un examen sur la personne au sens de l'art. 49 al. 2 RAI. Son rapport du 15 août 2017 ne constitue donc pas une expertise au sens de l'art. 44 LPGA, ce qui ne signifie pas pour autant que la valeur probante dudit document doit être niée d'emblée. Elle doit simplement être examinée conformément aux réquisits jurisprudentiels généraux. Cela étant précisé, force est de constater que le rapport précité du Dr H\_\_\_\_\_ remplit sur le plan formel toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document : il contient un résumé du dossier, une anamnèse détaillée, les indications subjectives du recourant, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas, et ses conclusions, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires, bien motivées et convaincantes. Sur le fond, le Dr H\_\_\_\_\_ a évoqué : - au niveau du coude gauche : une épitrochléite chronique (épicondylite médiale) et une neuropathie irritative du nerf cubital ; - au niveau du membre supérieur droit : une agénésie partielle du

membre supérieur droit et une main comportant trois doigts, dont deux sont soudés ; - au niveau du dos : des lombalgies communes non déficitaires dans le cadre d'une discopathie prédominant en L3-L4 ; - au niveau des membres inférieurs : un pied bot congénital droit et une inégalité de longueur des membres inférieurs en faveur de la droite, non compensée. Sur le plan psychiatrique, le Dr H\_\_\_\_\_ s'est contenté de résumer les déclarations du recourant, à savoir qu'il avait présenté des idées suicidaires en 2014 et 2015 car il ne supportait plus les douleurs du coude gauche. Il allait toutefois mieux au jour de l'examen. En raison des atteintes précitées, le médecin du SMR a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de marche au-delà de 30 minutes, pas de position debout au-delà de 10 minutes, pas de position assise au-delà de deux heures, pas de port de charges au-delà de 10 kg, pas de postures en porte-à-faux lombaires, pas de mouvements répétitifs de flexion-extension ou de rotation lombaires, pas d'activités

A/4279/2018 - 14/20 - répétitives ou contre-résistances, pas de vibrations ou d'appui sur la face interne du coude gauche et pas d'activités nécessitant une dextérité bi-manuelle. Les limitations retenues concernaient ainsi tant les membres supérieurs que les membres inférieurs et le dos. Pour le Dr H\_\_\_\_\_, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de monteur sanitaire, laquelle n'était pas adaptée aux malformations congénitales du recourant, dès lors qu'il s'agissait d'une activité physique, nécessitant des efforts bi-manuels. Il a encore expliqué que pour exercer son activité habituelle, le recourant avait développé de fortes compensations qui avaient fini par surcharger le membre supérieur gauche et la colonne lombaire. En revanche, le médecin du SMR était d'avis que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées, la capacité de travail était entière.

b. Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3). Le recourant reproche tout d'abord au rapport du Dr H\_\_\_\_\_ du 15 août 2017 de ne pas comporter de volet psychiatrique alors que l'existence de troubles psychiques ressortait du dossier et que des facteurs psychosociaux ou socioculturels (difficultés familiales et financières), associés à son handicap, pouvaient être à l'origine de l'état dépressif constaté par son médecin traitant. Force est toutefois de constater que l'OAI a sollicité un examen rhumatologique et non psychiatrique du SMR. C'est donc à juste titre que le Dr H\_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcé sur le caractère incapacitant d'éventuelles atteintes psychiques présentées par le recourant. Le défaut de volet psychiatrique ne remet ainsi pas en question les constatations sur le plan rhumatologique. Le recourant reproche également au médecin du SMR de ne pas avoir retenu de diminution de rendement malgré les nombreuses limitations fonctionnelles évoquées et d'avoir fait abstraction de la fatigue résultant des efforts considérables nécessaires pour compenser la malformation de son bras. Ces allégations ne sont toutefois étayées par aucun rapport médical. Il s'agit en réalité de simples ressentis, insuffisants pour contester la valeur probante du rapport du Dr H\_\_\_\_\_. Partant, au vu de ce qui précède, le rapport du Dr H\_\_\_\_\_ revêt une pleine valeur probante, de sorte qu'il y a lieu de retenir que le recourant est capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée. La question de savoir si un volet psychiatrique aurait dû être ordonné par l'OAI peut en l'état rester ouverte, dès lors que le recours doit être admis compte tenu de

A/4279/2018 - 15/20 - l'absence d'activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant comme cela ressort des considérations suivantes. 10. Le recourant conteste l'existence d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. a. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGa). b. 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 (art. 16 LPGa), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir 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 économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGa, ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (cf. RCC 1991 p. 329 ; RCC 1989 p. 328 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et 9C\_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). Le caractère irréaliste des possibilités de travail doit alors découler de l'atteinte à la santé – puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGa) – et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_175/2017 du 30 octobre 2017 consid. 4.2). 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 du Tribunal fédéral 9C\_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence).

A/4279/2018 - 16/20 - c. Ont notamment été considérées, par le Tribunal fédéral ou les offices de l'assurance-invalidité, comme étant des activités légères, ne requérant pas de formation particulière : les tâches simples de surveillance, de vérification, de contrôle ou encore les tâches d'approvisionnement de machines ou d'unités de production automatiques ou semi-automatiques (voir arrêt du Tribunal fédéral 9C\_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.3) ; les activités de vendeur(euse) / caissier(ère) dans un kiosque (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_502/2014 du 5 septembre 2014 ; 9C\_659/2014 du 13 mars 2015 et 9C\_474/2016 du 8 février 2017), les activités dans le domaine du bureau, réceptionniste, caissier(ère) en kiosque ou en station-service (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_502/2014 du 5 septembre 2014 et 9C\_474/2016 du 8 février 2017), les emplois sur une chaîne de montage en position assise, les métiers de gardien de musée, de surveillant de parking, de vendeur de billets (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_21/2008 du 29 septembre 2008), les professions d'auxiliaires

dans un magasin, dans une entreprise de lavage de voitures ou de gardien (de musée, de parking, sur un chantier) (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 836/02 du 14 février 2003) ; ou encore les métiers de surveillants de chantier, gardiens de musée, portiers, chauffeurs de taxi, opérateurs sur machines, garçons de course ou encore ouvriers à l'établi pour des travaux légers (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 482/00 du 21 mai 2001).

d. Le Tribunal fédéral a été amené à examiner à plusieurs reprises le caractère réaliste des activités adaptées envisageables. Notre Haute Cour a ainsi considéré, dans un arrêt 9C\_279/2008 du 16 décembre 2008 que les limitations fonctionnelles présentées par une assurée, souffrant de lombosciatalgies gauches irritatives L5 sur hernie intraforaminale L5-S1 gauche (pas de port de charges supérieur à 10 kg de façon répétitive, pas de position en antéflexion ou en porte-à-faux du tronc de façon répétitive ou contre résistance, pas de position statique assise au-delà de 40 minutes, diminution du périmètre de marche à 20 minutes, pas de position statique debout au-delà de 20 minutes, possibilité d'alterner les positions assise/debout au minimum deux fois par heure [de préférence à sa guise], pas d'activité en terrain instable, pas de montée ou descente d'escaliers à répétition, pas d'activité en hauteur, pas d'exposition à des machines ou outils provoquant des vibrations de 5 Herz ou moins) représentaient des mesures classiques d'épargne lombaire en vue d'éviter les douleurs provoquées par la pathologie susmentionnée. Pour le Tribunal fédéral, il convenait néanmoins d'admettre que le marché du travail offrait un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on devait convenir qu'un nombre significatif étaient adaptées auxdites limitations et accessibles sans aucune formation particulière (consid. 4). Dans un autre arrêt, le Tribunal fédéral a également considéré qu'il y avait suffisamment d'opportunités réalistes sur un marché du travail équilibré pour les personnes qui ne pouvaient exercer que des travaux légers de type mono-manuel, à

A/4279/2018 - 17/20 - l'instar de simples activités de surveillance, d'essais et d'inspection, ainsi que du fonctionnement et de la surveillance de machines (semi-) automatiques ou d'unités de production qui ne nécessitent pas l'utilisation des deux bras et des deux mains. De tels emplois existent également dans les entreprises liées à la production, raison pour laquelle il a jugé qu'une restriction du marché du travail à considérer ne s'imposait pas au secteur des services (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_100/2012 du 29 mars 2012 consid. 3.4 et les références). En revanche, dans l'arrêt 9C\_313/2007 du 8 janvier 2008, le Tribunal fédéral voyait mal comment une assurée qui devait éviter le port de charges supérieures à 1 kg et les mouvements de bras au-dessus de l'horizontale et ne disposait que d'une force de préhension et de serrage limitées, pourrait travailler dans le secteur de la vente. Il en allait de même des tâches de vérification ou de contrôle (par exemple de machines automatiques utilisées dans le travail à la chaîne) qui supposaient le maintien d'une même position pendant une certaine durée, ce qui était difficilement compatible avec la restriction mise en évidence par les médecins au niveau de la nuque. Enfin, les empêchements au niveau des bras et des mains limitaient également l'action de l'assurée sur des objets ou machines dont elle devrait contrôler la destination ou le fonctionnement. Quant à l'activité de surveillance proprement dite - exceptée celle de gardien de musée -, elle impliquait dans la plupart des situations la faculté de réagir physiquement à un imprévu (emploi de la force ou courir après quelqu'un), dont l'assurée était dépourvue. Le Tribunal fédéral avait donc considéré qu'il n'y avait pas d'activité adaptée à l'état de santé de l'assurée (consid. 5.3). Il en va de même dans l'arrêt 9C\_1035/2009 du 22 juin 2010 dans lequel le Tribunal fédéral a considéré que compte tenu des limitations fonctionnelles retenues (pas de port de charges de plus de 10 kg de façon répétitive, pas de travail nécessitant le port de charges avec

respiration bloquée et activité en force, pas de position statique assise au-delà de 40 minutes sans possibilités de varier les positions assise et debout, diminution du périmètre de marche à environ 20 minutes, pas de marche sur terrain instable, ni de montées ou descentes d'escaliers à répétition, pas de position en genuflexion ou accroupie, pas d'activité requérant un rendement imposé au niveau des membres supérieurs ou la pince pouce-index au niveau du membre supérieur droit contre résistance, pas d'activité minutieuse au niveau du membre supérieur droit), on devait admettre que, même en prenant en considération le large éventail d'activités simples et répétitives ne nécessitant pas de formation dans les secteurs de la production et des services, les possibilités d'un emploi adapté aux importantes limitations (en particulier au niveau des membres supérieurs) de l'assuré n'apparaissaient pas suffisantes pour qu'il put mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur le plan économique dans une mesure significative (consid. 3 et 4.2.4). 11. En l'espèce, le recourant a bénéficié d'une mesure de reclassement en tant que technicien-dessinateur en bureau technique, métreur-chiffreur en entreprise du BTP. En août 2016, l'intimé a toutefois mis un terme à cette mesure, le travail de bureau

A/4279/2018 - 18/20 - ne semblant pas convenir au recourant du fait des sollicitations répétées du membre dominant. Suite à cela, l'intimé a ordonné l'examen par le SMR. Selon le rapport du Dr H\_\_\_\_\_ du 15 août 2017, les limitations fonctionnelles sont les suivantes : pas de marche au-delà de 30 minutes, pas de position debout au-delà de 10 minutes, pas de position assise au-delà de deux heures, pas de port de charges au-delà de 10 kg, pas de postures en porte-à-faux lombaires, pas de mouvements répétitifs de flexion-extension ou de rotation lombaires, pas d'activités répétitives ou contre-résistances, pas de vibrations ou d'appui sur la face interne du coude gauche et pas d'activités nécessitant une dextérité bi-manuelle. Il s'agit donc non seulement de mesures d'épargne du rachis, qui peuvent certes être qualifiées de classiques, mais également des mesures d'épargne des deux membres supérieurs et inférieurs. Vu l'absence de formation du recourant, seules des activités simples sont susceptibles d'entrer en considération à titre d'activités adaptées. La chambre de céans voit toutefois mal comment un assuré qui ne peut pas marcher plus de 30 minutes, ne peut pas rester debout plus de 10 minutes et qui ne peut pas rester assis plus de deux heures, peut exercer des activités de surveillance, lesquelles impliquent des positions debout ou assise statiques (gardien de musée, surveillance par ordinateur, etc.) ou de la marche (rondes) voire, comme l'a retenu le Tribunal fédéral, la faculté de réagir physiquement à un imprévu. Il en va de même des tâches de bureau, de réceptionniste, de vérification ou de contrôle, lesquelles supposent également le maintien d'une même position pendant une certaine durée. En outre, il paraît difficile pour un assuré qui ne saurait exercer des activités répétitives, porter des charges de plus de 10 kg et exercer des activités nécessitant une dextérité bi-manuelle, de travailler dans le secteur de la vente, en tant qu'ouvrier en usine, à l'établi ou encore sur une chaîne de montage, en tant qu'opérateurs sur machines ou encore d'effectuer des tâches d'approvisionnement de machines ou d'unités de production automatiques ou semi-automatiques, ces activités étant par définition répétitives. Dans de telles circonstances, dès lors que le large éventail d'activités simples et répétitives ne nécessitant pas de formation dans les secteurs de la production et des services ne peut pas être pris en considération compte tenu des limitations fonctionnelles notamment au niveau des membres supérieurs, les possibilités d'un emploi adapté à l'état de santé du recourant n'apparaissaient pas suffisantes pour qu'il puisse mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur le plan économique dans une mesure significative. Il convient dès lors de retenir une incapacité de travail de 100 %. En fonction du taux d'incapacité de travail

ainsi déterminé, le degré d'invalidité présenté par le recourant doit être fixé à 100 % également, auquel correspond le droit à une rente entière d'invalidité. Aussi, le recourant a-t-il droit à cette prestation au-delà du 1er juin 2015.

A/4279/2018 - 19/20 - 12. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 5 novembre 2018 sera annulée. Le recourant sera mis au bénéfice d'une rente entière dès le 1er juin 2015 (art. 28 et 29 LAI). Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-. \* \* \* \* \*

A/4279/2018 - 20/20 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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