

GE_GERICHTE ATAS/10/2018 vom 11. Januar 2018

GE Cour de justice, 2018-01-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_10_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/10/2018 du 11 janvier 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/10/2018 del 11 gennaio 2018

Erwägungen

E. 7

Selon une évaluation psychiatrique du 12 décembre 2006 du docteur D_____, psychiatre à la Permanence médico-chirurgicale de Chantepoulet, le patient souffrait d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, réactionnels aux différents facteurs de stress et à ses affections somatiques. Le psychiatre a recommandé d'introduire un traitement médicamenteux et une prise en charge psychiatrique. Il lui paraissait également indispensable de reconnaître ses douleurs et leur impact nocif sur son incapacité de travail, ainsi que de prévoir une réinsertion professionnelle "pour ce patient, travailleur, dévoué et fiable (voir ses certificats de travail)".

E. 8

Selon le rapport du 14 décembre 2006 du docteur E_____ du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), le patient était en bon état général avec une surcharge pondérale.

A/109/2017 - 3/15 - Le bassin était équilibré et la marche se faisait avec une boiterie du membre inférieur gauche. Ce qui frappait ce médecin était l'appréhension très importante du patient au moindre mouvement passif ou actif. La distance doigt/sol était de 50 cm et provoquait des douleurs importantes. Tous les signes de non organicité de Waddell étaient présents. En résumé, le Dr E_____ a constaté des lombalgies chroniques basses sur une dégénérescence pluriétagées de la colonne vertébrale et un syndrome de "fear avoidance". Il a exclu une solution chirurgicale et préconisé une prise en charge dans le contexte d'une consultation pluridisciplinaire de lombalgies chroniques.

E. 9

Le 11 janvier 2007, l'assuré a été vu en consultation par le docteur F_____ du service de rhumatologie des HUG, pour une prise en charge pluridisciplinaire. Ce médecin a mentionné, dans son rapport du 15 janvier 2007, que le patient avait déjà participé à deux reprises à l'école du dos, la dernière fois en mars 2006. A l'anamnèse systématique, on ne retrouvait aucun signe d'alerte, mais on notait un probable trouble anxieux important avec des crises pouvant faire évoquer des attaques de panique. Il a constaté que le patient était très anxieux avec une kinésiophobie extrêmement marquée, des signes de dysfonction musculaire étendue et des signes de Waddell tous positifs. Il existait une discopathie L4-L5 avec un modique II et une petite hernie discale para-médiane gauche, ainsi qu'une discopathie débutante L5-S1. Il s'agissait, selon le Dr F_____, de lombalgies communes chroniques avec de nombreux facteurs de risques de mauvais pronostics. Il paraissait important d'améliorer le traitement du trouble anxieux qui agissait comme amplificateur de la douleur et qui semblait pour l'instant mal contrôlé.

E. 10

Par décision sur opposition du 3 juillet 2007, l'OAI a confirmé sa décision précédente. Cette décision n'a pas fait l'objet d'un recours et est entrée en force.

E. 11

Le 30 août 2007, l'assuré s'est réinscrit au chômage. L'office cantonal de l'emploi (OCE) l'a adressé à son médecin-conseil, le docteur G _____, généraliste, pour établir les restrictions et limitations médicales à l'emploi. Dans son préavis médical du 7 mars 2008, ce médecin a constaté qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail, mais que l'assuré ne pouvait plus exercer l'activité exercée jusqu'à maintenant. Son affection était chronique. Il pouvait garder la position assise pendant huit heures par jour, la position debout pendant quatre heures, la même position du corps pendant deux heures, s'il s'agissait de la position debout, tout en assurant une alternance des positions. Il devait éviter l'inclinaison du buste à répétition. Le port de charges était limité à 5-6 kg. La motivation pour la reprise du travail ou une reconversion professionnelle était faible et l'absentéisme prévisible dû à l'état ou au traitement médical était moyen. Enfin, une réorientation professionnelle serait souhaitable.

E. 12

Selon le rapport d'observation des maîtres socio-professionnels de l'atelier des HUG du 16 juin 2008, l'assuré y a suivi un stage du 5 mai au 3 juin 2008 à raison de six heures par jour. Les postes de travail sédentaire léger ou debout avec port de charges répétitif dépassant 5kg n'étaient plus envisageables. L'assuré ne pouvait plus travailler dans le marché primaire (ou économique) à plus de 50%, mais il

A/109/2017 - 4/15 - pourrait travailler dans un atelier protégé. Enfin, un poste respectant ses limitations sera très difficile à trouver, de l'avis des maîtres socio-professionnels.

E. 13

Le 18 juin 2008, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, sur laquelle l'OAI a refusé d'entrer en matière, par décision du 7 octobre 2008. Sur recours de l'assuré, la Tribunal cantonal des assurances sociales (aujourd'hui la chambre des assurances sociales de la Cour de justice) a annulé cette décision et a renvoyé la cause à l'intimé pour entrer en matière sur l'examen de mesures d'ordre professionnel, par arrêt du 3 juin 2009.

E. 14

Le 1er juillet 2013, l'OAI a déterminé la perte de gain de l'assuré dans une activité adaptée à 10%.

E. 15

Par décision du 25 septembre 2013, l'OAI a refusé à l'assuré le reclassement et une mesure d'orientation professionnelle dès lors que le large éventail d'activités non qualifiées que recouvraient les secteurs de la production et des services, contenait un nombre significatif d'activités adaptées à ses limitations, de sorte que son intervention n'était pas nécessaire. Toutefois, sur demande expresse écrite et motivée de sa part, il pourrait examiner une aide au placement, pour autant que l'assuré participât activement aux mesures proposées, en faisant des recherches d'emploi.

E. 16

Sur recours, la chambre de céans a annulé cette décision et a mis l'assuré au bénéfice de mesures d'orientation professionnelle, par arrêt du 29 janvier 2014.

E. 17

Du 13 octobre 2014 au 11 janvier 2015, l'assuré a été mis au bénéfice d'un stage d'observation auprès de Pro Entreprise sociale privée (ci-après : Pro). Cette entreprise a conclu à ce qui suit au terme de ce stage : « Nos observations ont montré que les conditions pour l'exercice d'une activité, même adaptée, dans le 1er marché, ne sont actuellement pas réunies. [...], de par ses limitations, l'assuré n'a qu'une capacité très restreinte de travailler durablement sur une seule et même activité : non-endurance, position statique limitée, concentration réduite, port de charges faibles, rendements moyens. Ce sont autant d'indicateurs qui ne sont pas compatibles avec les exigences du marché économique ordinaire. Par contre, ce stage aura permis à l'assuré de retrouver et de renforcer son lien avec le travail. Ses blocages du départ ont fait place à une attitude en tout point conforme à ce que les responsables d'atelier attendaient de lui. Ces derniers ont apprécié sa progression constante, son sérieux et sa conscience professionnelle. Aussi, par rapport à une reprise d'activité professionnelle, nous recommanderions pour M. A_____ un poste dans le second marché qui serait adapté à ses capacités d'endurance et de résistance. Une activité légère, simple et répétitive dans le conditionnement ou la mise sous pli serait une piste à privilégier. Etant donné que l'assuré n'a pas pu être testé au-delà d'un taux

A/109/2017 - 5/15 - d'activité de 75 % en raison de ses douleurs et de sa non-endurance, le mettre en activité à un taux de présence de 100% nous apparait difficile en l'état ». Il ressort par ailleurs de ce rapport que le stagiaire a été présent tous les jours et que son taux d'activité était monté progressivement de 50% à 75%. Le taux de 100% n'a pas pu être atteint en dépit de ses efforts. Il s'est confronté à toutes les tâches et avait été très attentif à la qualité de son travail, malgré les douleurs. Aucune plainte ni attitude revendicatrice n'ont été relevées.

E. 18

Dans son avis médical du 1er octobre 2015, la doctoresse H_____ du SMR a considéré que la fatigabilité et la lenteur observées par Pro n'étaient pas expliquées par les lombalgies. En ce que cette entreprise a fixé la limite pour le port de charges à 5 à 7 kg occasionnellement, cette restriction était excessive par rapport à l'atteinte rachidienne. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de port de charges occasionnel de plus de 15 kg ; pas de position en porte-à-faux, notamment lors du levage de charges, pas de torsions du haut du corps et de creusement du dos en portant ou en posant une charge, absence de positions statiques prolongées. La Dresse H_____ a noté enfin que la diminution de rendement de 20% reconnue déjà en 2005 tenait compte de la nécessité d'alterner les positions et de faire des pauses supplémentaires pour détendre le dos. En l'absence d'explication médicale au faible rendement constaté lors du stage chez Pro, il n'y avait pas de raison de modifier les conclusions précédentes du SMR.

E. 19

Dans son rapport du 18 avril 2016, le service de réadaptation de l'OAI a considéré, en se fondant sur l'avis médical précité du SMR, que toute activité sédentaire était adaptée, tels qu'ouvrier d'usine/contrôleur, ouvrier à l'établi (montage-assemblage- emboitage), employé manutentionnaire, commis administratif affecté à des tâches de classement, de scannage informatique, d'huissier/réceptionniste affecté à la réception, gardien affecté à la

surveillance d'écrans et à la prise d'appels téléphoniques. Dans ces activités, la perte de gain n'était que de 28%, en admettant un abattement supplémentaire de 10% des salaires statistiques retenus.

E. 20

Dans son certificat médical du 5 octobre 2016, la Dresse I_____ a diagnostiqué des cervico-dorso-lombalgies aiguës sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne cervico-dorso-lombaire, sur séquelles d'une ancienne maladie de Scheuermann, sur hernie discale L4-L5 et sur protrusion discale L5-S1, de lombosciatalgies aiguës gauches à répétition sur hernie discale L4-L5, de lombalgies chroniques sur probable instabilité dorso-lombaire, spondylolisthésis de L4 grade I, d'arthrose interapophysaire postérieure, de suspicion de spondylarthrite séronégative, d'état anxio-dépressif, d'hypercholestérolémie et de périarthrite de la hanche gauche. L'état de santé s'aggravait de jour en jour et un traitement opératoire était indiqué. Il y avait des limitations fonctionnelles pour le port de charges lourdes, la station debout prolongée et les travaux à responsabilités. La capacité de travail de l'assuré était nulle.

A/109/2017 - 6/15 -

E. 21

Le 14 novembre 2016, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il avait l'intention de lui refuser le reclassement et une rente d'invalidité, compte tenu du fait que son degré d'invalidité n'était que de 28%. Ce faisant, il s'est fondé sur une capacité de travail de 100% avec une diminution de rendement de 20%. Quant aux activités adaptées, elles ne requéraient pas de formation préalable et il existait un éventail suffisamment varié d'activités non qualifiées accessibles, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de mettre en place des mesures professionnelles.

E. 22

Par courrier du 18 novembre 2016, l'assuré s'est opposé à ce projet de décision et a reproché à l'OAI de ne pas avoir tenu compte du rapport de Pro et du certificat médical du 5 octobre 2016 de la Dresse I_____.

E. 23

Par décision du 16 décembre 2016, l'OAI a confirmé le refus de reclassement et de rente.

E. 24

Par acte du 12 janvier 2017, l'assuré a formé recours contre cette décision, en reprenant ses griefs précédents. L'OAI et les médecins du SMR avaient mal compris sa situation de santé, ses souffrances physiques et morales. Par ailleurs, le calcul de son degré d'invalidité était erroné.

E. 25

Dans sa réponse du 6 février 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours. Conformément à l'arrêt de la chambre de céans du 29 janvier 2014, l'OAI avait mis en œuvre une mesure d'orientation professionnelle auprès de Pro, qui a constaté que les conditions pour l'exercice d'une activité même adaptée dans le premier marché n'étaient actuellement pas réunies. Cependant, de l'avis du SMR, il n'y avait pas d'explication médicale au faible rendement constaté lors du stage chez Pro. Par ailleurs, le service de réadaptation professionnelle a considéré que les limitations fonctionnelles évoquées par le médecin du

SMR étaient compatibles avec plusieurs activités sédentaires ne nécessitant pas de formation préalable. Il y avait ainsi une appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales. Dans cette situation, l'avis dûment motivé d'un médecin primait pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré, dès lors que les constatations lors d'un stage d'observation professionnelle pouvaient être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage. Cas échéant, il y avait lieu de confronter les deux évaluations et au besoin de requérir à un complément d'instruction. L'évaluation de l'invalidité ne pouvait cependant reposer valablement sur les seules conclusions contenues dans le rapport d'expert en matière professionnelle. Quant au certificat médical de la Dresse I_____ du 5 octobre 2016, il était entièrement superposable à celui établi en date du 21 octobre 2013. Par ailleurs, la chambre de céans avait constaté dans son arrêt du 29 janvier 2016 que les limitations supplémentaires alléguées par le recourant ne pouvaient être prises en considération, dès lors qu'elles n'étaient pas objectivables. Enfin, la perte de gain, respectivement le degré d'invalidité, n'était que de 28%, ce qui n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité.

A/109/2017 - 7/15 -

E. 26

Dans sa réplique du 23 février 2017, l'assuré a repris ses griefs précédents et a persisté dans sa conclusion implicite tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité.

E. 27

Par ordonnance du 2 mai 2017, la chambre de céans a mis en œuvre une expertise judiciaire et l'a confiée à la doctoresse J_____, rhumatologue FMH.

E. 28

Dans son rapport du 31 octobre 2017, l'experte a émis les diagnostics de lombalgies chroniques sur troubles statiques, d'obésité, de déconditionnement et de discopathie modérée L4-L5. Concernant la question de savoir si les limitations fonctionnelles ressortant du rapport d'évaluation de Pro ont un substrat organique, l'experte a exposé que le recourant n'avait pas de limitations pour se déplacer et qu'il devait alterner les positions assise et debout. Son port de charge était d'au maximum 5 à 7 kg occasionnellement et il avait des difficultés dans la position penchée en avant qui augmentait les douleurs. Ces limitations étaient en relation avec les lombalgies chroniques. Il était normal qu'après plus de quatorze ans d'inactivité professionnelle, il y avait un déconditionnement et un manque d'endurance. Néanmoins, une amélioration progressive du temps de travail et du rendement avait été constatée au cours de ce stage en raison des bonnes capacités d'adaptation. Il était tout à fait plausible que les activités exercées dans l'entreprise Pro eussent provoqué des douleurs, le recourant n'ayant exercé aucune activité professionnelle depuis plus de quatorze ans. La capacité de concentration pouvait être diminuée en raison des douleurs, mais celles-ci ne devraient pas empêcher une activité simple et répétitive qui ne nécessitait pas de grande capacité de concentration. La capacité de travail était entière dans toute activité relativement légère, respectant les limitations fonctionnelles, avec possibilité de changer occasionnellement de positions. Le rendement était diminué de 20% de ce fait. L'état de santé du recourant ne s'était par ailleurs pas aggravé depuis 2007 sur le plan rhumatologique. Enfin, le traitement pourrait être amélioré par une participation au programme ProMIDOs des HUG. Le traitement médicamenteux pourrait également être

amélioré. Le pronostic de l'experte judiciaire était sombre si le recourant ne recevait pas une aide pour une réintégration professionnelle, en raison de la chronicisation des douleurs, de l'âge, du manque de formation et du fait qu'il n'avait pas travaillé depuis 2003. Enfin, l'experte judiciaire s'est étonnée de ce que le recourant n'eût pas bénéficié plus tôt de mesures d'ordre professionnel.

E. 29

Par écriture du 15 novembre 2017, le recourant a persisté en substance dans ses conclusions, en s'étonnant également qu'il n'eût pas pu bénéficier d'une mesure professionnelle durant de longues années.

E. 30

Dans un avis médical du 24 novembre 2017, le Dr K_____ du SMR s'est rallié aux conclusions de l'experte judiciaire.

E. 31

Par écriture du 27 novembre 2017, l'intimé a implicitement persisté dans ses conclusions, en se fondant sur l'expertise judiciaire et l'avis du SMR précité.

E. 32

Sur ce, la cause a été gardée à juger.

A/109/2017 - 8/15 - 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) 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 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. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA). 3. Est litigieuse en l'occurrence la question du droit à une rente d'invalidité du recourant, respectivement si son état de santé s'est aggravé depuis la décision sur opposition du 3 juillet 2007 de l'intimé lui refusant le droit aux prestations. Se pose également la question de savoir si le recourant peut prétendre à d'autres mesures de réadaptation. 4. Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité ou l'étendue des besoins de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 RAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er mars 2004). Il en va de même lorsqu'une rente ou une allocation pour impotent a été refusée en raison d'un degré d'invalidité insuffisant ou de l'absence d'impotence et que l'assuré dépose une nouvelle demande (art. 87 al. 3 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 412 consid. 2b, 117 V 200 consid. 4b et les références). L'entrée en vigueur, le 1er janvier 2003, de l'art. 17 LPGA sur les conditions d'une révision du droit à la rente n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés en ce domaine sous le régime du droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, si bien que ceux-ci demeurent applicables

(ATF 130 V 349 consid. 3.5). En particulier, savoir si l'on est en présence d'un motif de révision du droit à la rente suppose une modification notable du taux d'invalidité. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances existant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le Tribunal fédéral des assurances a précisé qu'il convenait de comparer l'état de santé avec celui tel qu'il se présentait lors de la dernière décision entrée en force, pour autant que celle-

A/109/2017 - 9/15 - ci reposât sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (ATF 133 V 108 p. 110 ss consid. 5). 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 (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. Quand l'administration entre en matière sur la demande de révision, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Si elle constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (voir ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence). 5. 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 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). 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. 28 al. 2 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 (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

A/109/2017 - 10/15 - 6. 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. 7. 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 (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). 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 351 consid. 3). 9. 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. a. Ainsi, en principe, lorsqu'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 351 consid. 3b/bb). b. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de

A/109/2017 - 11/15 - manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). c. 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/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du

principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

10. En l'occurrence, l'expertise de la Dresse J_____ constate que l'état de santé du recourant ne s'est pas aggravé depuis la décision sur opposition du 3 juillet 2007. Il convient de relever que cette expertise revêt une pleine valeur probante, ayant été rendue en pleine connaissance du dossier médical, prenant en considération les plaintes du recourant, reposant sur un examen clinique approfondi et aboutissant à des conclusions motivées et cohérentes. Cela étant, indépendamment des atteintes à la santé retenues, les conditions légales pour une révision du droit aux prestations ne sont en l'occurrence pas remplies, de sorte que l'intimé a refusé à raison au recourant le droit à une rente d'invalidité. Au demeurant, selon l'experte judiciaire, le recourant dispose d'une pleine capacité de travail avec une diminution de rendement de 20%, comme cela avait déjà été constaté par l'intimé dans sa décision précédente. Il est vrai que le stage d'observations auprès de Pro a démontré que le recourant n'a pas les capacités pour travailler dans le premier marché du travail en raison de sa non-endurance, la position statique limitée, la concentration réduite, le port de charges faible et du rendement moyen. Cependant, l'experte judiciaire relève que ces limitations fonctionnelles ne sont pas induites par les atteintes médicales, mais par les quatorze ans d'inactivité professionnelle qui ont provoqué un déconditionnement majeur avec altération du rendement et de la capacité de concentration. Or, un déconditionnement est un facteur étranger à l'invalidité, dès lors qu'il ne s'agit pas d'une maladie. Par ailleurs, même en admettant que les douleurs diminuent la capacité de concentration, cela ne devrait pas empêcher l'exercice d'une activité

A/109/2017 - 12/15 - simple et répétitive qui ne nécessite pas une grande capacité de concentration, selon l'experte. Quant à l'avis du 5 octobre 2016 de la Dresse I_____, il a été pris en considération par l'experte judiciaire. Cet avis ne met donc pas en évidence des atteintes qui auraient été ignorées par cette dernière. Enfin, comme relevé ci-dessus, les conclusions des médecins traitant ont une moindre valeur probante que celles émanant d'un expert judiciaire. 11. Se pose encore la question de savoir si le recourant pourrait bénéficier d'autres mesures de réadaptation. a. Selon l'art. 8 al. 1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI en vigueur dès le 1er janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007, consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle) à cause d'invalidité ne peut être refusé en

raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA a été observée (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_100/2008 du 4 février 2009, consid. 3.2 et les références). Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite dès lors qu'elles présupposent un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules entrent en ligne de compte, en vue de l'acquisition d'une formation professionnelle, celles qui peuvent s'articuler sur un minimum de connaissances. Il convient bien plutôt de se reporter aux circonstances du cas concret. L'assuré qui

A/109/2017 - 13/15 - peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid. 1). b. Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 RAI). Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. La notion d'équivalence approximative entre l'activité antérieure et l'activité envisagée ne se réfère pas en premier lieu au niveau de formation en tant que tel, mais aux perspectives de gain après la réadaptation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_644/2008 du 12 décembre 2008 consid. 3). 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 ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé (cf. VSI 2002 p. 109 consid. 2a ; RJJ 1998 p. 281 consid. 1b, RCC 1988 p. 266 consid. 1 et les références). Si une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_464/2009 du 31 mai 2010). c. Selon l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. 12. En l'occurrence, une mesure d'orientation professionnelle a déjà été octroyée au recourant. Il ne peut bénéficier d'une autre mesure, notamment d'un reclassement dans une autre profession, n'ayant aucune formation initiale au départ.

A/109/2017 - 14/15 - A cela s'ajoute qu'au vu de son âge (58 ans) et de ses capacités limitées qui ne sont pas du ressort de l'assurance-invalidité, comme le déconditionnement, d'autres mesures professionnelles paraissent en tout état de cause vouées à l'échec. 13. Au

vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. 14. Dès lors que le recourant est soutenu par l'Hospice général, la chambre de céans renonce à percevoir un émolument de justice.

A/109/2017 - 15/15 - 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.