

## **GE\_GERICHTE ATAS/111/2018 vom 1. Februar 2018**

GE Cour de justice, 2018-02-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_111\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_111_2018)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/111/2018 du 1 février 2018

IT: GE\_GERICHTE ATAS/111/2018 del 1 febbraio 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 29**

Par écriture du 4 novembre 2016, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. En substance, le recourant reproche au SMR de s'être fondé uniquement sur un formulaire rempli par la Dresse C\_\_\_\_\_ le 3 mars 2016, concluant que le seul élément empêchant une reprise du travail serait une fracture fémorale spontanée survenue en décembre 2015. Le recourant allègue que non seulement cette appréciation n'est pas motivée, mais qu'elle fait fi de ses problèmes de rachis et au surplus, se trouve en contradiction avec le courrier adressé par ce même médecin au Dr K\_\_\_\_\_ le 16 février 2016. Selon le recourant, ces appréciations contradictoires formulées à quinze jours d'intervalle seulement auraient dû mener l'intimé à approfondir l'instruction du dossier par le biais d'une expertise.

A/3790/2016 - 8/17 - Le recourant ajoute que, compte tenu de ses douleurs, il doit prendre des antalgiques puissants qui ne sont pas sans effets sur sa capacité de travail, ce qui n'a pas non plus été pris en compte par l'intimé. À cet égard, il fait valoir que son employeur a d'ailleurs constaté qu'il rencontrait des difficultés d'expression et de mémorisation. À l'appui de sa position, le recourant a notamment produit : - un courrier adressé le 16 février 2016 à son médecin traitant par la Dresse C\_\_\_\_\_ ; en substance, elle y fait état d'une évolution osseuse défavorable sur le plan clinique, avec survenue d'une première fracture en décembre 2015 en dépit du traitement ; - un courrier adressé le 1er février 2017 au responsable des ressources humaines du DIP par la Dresse I\_\_\_\_\_, confirmant l'inaptitude définitive de l'assuré à exercer l'activité de chauffeur-livreur, impliquant le port répétitif de charges de plus de 5 kg, des mouvements du tronc en flexion/extension ou torsion, des mouvements répétés de flexion/extension du pied gauche et l'exposition régulière à des vibrations, chocs et contrecoups au niveau de la colonne vertébrale ; le médecin admet en revanche une capacité de travail dans une activité de type administratif (permettant l'alternance des positions), à raison de 30%, à répartir sur au moins quatre jours dans la semaine.

#### **E. 30**

Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 22 décembre 2016, a proposé que sa décision soit réformée en ce sens qu'une rente entière soit octroyée à l'assuré pour la période du 1er janvier 2015 au 30 juin 2016. Pour le surplus, il a persisté dans ses conclusions. L'intimé maintient que le reclassement respecte entièrement les limitations fonctionnelles du recourant (absence de port de charges, de travail en hauteur, de risques de chutes, de station statique prolongée et possibilité d'alterner les positions).

#### **E. 31**

Par écriture du 2 février 2017, le recourant a persisté dans ses conclusions en se référant à l'avis de son médecin, le Dr K\_\_\_\_\_, qui soutient qu'il est impossible de ne se fonder, pour l'examen de sa capacité de travail, que sur son ostéoporose. Une telle appréciation appelle un examen médical plus circonstancié que celui auquel a procédé l'intimé.

### **E. 32**

Le 8 février 2017, le recourant a produit un nouvel avis de la Dresse I\_\_\_\_\_, daté du 1er février 2017, précisant les limitations fonctionnelles constatées, dont il allègue qu'elles semblent plus contraignantes que celles évoquées par la Dresse C\_\_\_\_\_.

### **E. 33**

Des audiences d'enquêtes se sont tenues en date du 2 mars 2017. Le Dr K\_\_\_\_\_ a expliqué suivre l'assuré depuis la fin de l'année 2015 et le recevoir en consultation depuis lors environ une fois par mois. Selon le témoin, le problème principal réside dans l'ostéoporose, présente de longue date et assez sévère, qui a déjà nécessité deux interventions, étant précisé que toutes les thérapies manuelles et conventionnelles ont échoué.

A/3790/2016 - 9/17 - Le témoin a expliqué que la fracture spontanée du plateau tibial a été difficile à gérer, car la boiterie et la torsion du pied péjoraient la situation au niveau dorsal. Concrètement, cela se traduit par le fait que l'assuré ne peut conserver une situation statique plus de cinq minutes ; debout, il souffre du genou, assis, il souffre du dos ; qui plus est, il a du mal à se déplacer avec des cannes. À l'époque, en octobre 2015, le patient a été mis sous traitement médicamenteux, mais le cocktail de morphiniques, Lyrica, Palexia et antidépresseurs a eu des répercussions en termes de capacités cognitives. Il a dès lors été mis un terme à la prise de morphiniques en février 2016, car l'assuré n'était pas fonctionnel. Ils ont été remplacés par du Co-Dafalgan ; désormais, le recourant bénéficie de Tramal en réserve (en plus des anti-inflammatoires et du paracétamol) et le traitement médicamenteux n'a plus de conséquences directes sur les capacités cognitives de l'intéressé. Celles-ci demeurent néanmoins altérées par l'état dépressif modéré dont souffre le patient et ses troubles du sommeil. Le recourant a été adressé à un confrère psychiatre en été 2016, mais cela a tourné court car le spécialiste a constaté une consommation d'alcool dont le témoin a émis l'hypothèse qu'elle avait un but anxiolytique en précisant que, pour sa part, il n'avait jamais constaté de consommation problématique chez son patient. Selon le médecin traitant, le problème est très complexe. Tout s'imbrique : l'ostéoporose, les problèmes de dos - qui ne peuvent être résolus au vu de la situation osseuse -, le problème de genou - qui n'est plus traité mais qui reste douloureux - et, enfin, un état dépressif. À cet égard, le témoin a précisé que son patient est toujours sous traitement antidépresseur à faible dose (la prescription d'antidépresseurs doit être faite avec précaution car la combinaison avec le Tramal induit un risque de syndrome sérotoninergique). Tout à fait théoriquement, l'exercice d'une activité respectant les limitations énoncées (alternance des positions, interdiction du port de charges et du travail en hauteur, etc.) est possible, mais le témoin a fait part de sa perplexité quant à savoir en quoi elle pourrait consister concrètement. Dans la mesure où son patient ne tient pas en place, il lui faudrait trouver un employeur compréhensif qui accepterait la situation, des absences fréquentes en raison des douleurs et les répercussions de l'état dépressif sur ses capacités cognitives. Tout cela ne manquerait pas d'entraîner une diminution de rendement que le témoin a indiqué ne pouvoir évaluer avec précision. Selon lui, un examen pluridisciplinaire serait nécessaire. De façon générale, selon le témoin, la situation, depuis qu'il suit l'assuré, s'est améliorée sur le plan cognitif et sur le plan de la

mobilité mais son pronostic est cependant réservé quant au futur. Dès que l'assuré déploie une activité un peu plus importante (par exemple en montant des meubles durant le week-end), cela se répercute sur son état. Si celui-ci est bon aujourd'hui, c'est parce que l'activité physique de l'assuré ne comporte que peu de charges physiques.

A/3790/2016 - 10/17 -

#### **E. 34**

Entendue à son tour, la Dresse C\_\_\_\_\_ a indiqué avoir reçu l'assuré pour la première fois en mars 1999 et l'avoir revu depuis de manière épisodique. En 2002, elle a instauré un traitement d'une durée de trois ans et ne l'a plus revu entre 2005 et janvier 2015, date à laquelle son état s'est péjoré, rendant nécessaire un nouveau traitement. Fin 2015, des complications ont entraîné une modification du traitement. Le médecin a revu l'assuré pour la dernière fois en février 2016. La calcémie était alors normale. Le témoin a souligné que les limitations fonctionnelles évoquées le 24 février 2016 n'ont été émises qu'au vu, strictement, de la situation sur le plan osseux. Le témoin a confirmé que, sur ce plan, la capacité théorique de travail est de 100% compte tenu des limitations énoncées. La fissure de fatigue dont a souffert le recourant n'a pas nécessité de prise en charge particulière et le pronostic est bon, d'autant plus dans le cadre du traitement qu'il suit.

#### **E. 35**

Par écriture du 27 mars 2017, l'intimé a persisté dans ses conclusions en s'appuyant sur l'avis du docteur L\_\_\_\_\_, du SMR. Celui-ci constate que la Dresse C\_\_\_\_\_ a confirmé les limitations fonctionnelles déjà signalées précédemment. Quant au Dr K\_\_\_\_\_, qui ne suit l'assuré que depuis fin 2015, il insiste sur les problèmes psychiques de son patient, mais admet dans le même temps que l'état dépressif de celui-ci n'est que modéré et ne justifie qu'un traitement médicamenteux très restreint et aucune prise en charge spécialisée, ce qui démontre l'absence de sévérité. Le médecin du SMR relève par ailleurs que le médecin traitant ne se limite pas à un plan strictement médico-théorique lorsqu'il affirme ne pas voir quelle activité pourrait être adaptée à l'état de son patient et qu'il admet que la situation a évolué favorablement, tant sur le plan psychique que physique. Le fait qu'en l'absence de charges physiques, l'intéressé soit en forme confirme la possibilité d'une activité adaptée.

#### **E. 36**

Par écriture du 29 mars 2017, le recourant a persisté à son tour dans ses conclusions. Le recourant allègue que l'avis de son médecin traitant doit prévaloir puisque, contrairement à la Dresse C\_\_\_\_\_, il s'est prononcé d'un point de vue global (ostéoporose, problèmes de rachis, dépression et problèmes de genou). Selon le recourant, la combinaison des atteintes évoquées par le Dr K\_\_\_\_\_ a pour conséquence un impact qu'il qualifie de majeur sur sa capacité de travail, qu'il considère comme totalement nulle. Il demande une nouvelle fois la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire.

#### **E. 37**

Par écriture spontanée supplémentaire du 26 avril 2017, le recourant a tenu à contester la position du Dr L\_\_\_\_\_, la qualifiant « d'analyse de texte » non susceptible d'éclairer la juridiction.

A/3790/2016 - 11/17 -

#### **E. 38**

Par écriture du 21 juin 2017, le recourant a encore annoncé être dans l'attente d'un rendez-vous à la Polyclinique du Centre des maladies osseuses du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), dont il produirait par la suite un rapport.

### **E. 39**

Par écriture du 14 juillet 2017, le recourant a indiqué qu'aucun avis médical supplémentaire ne serait finalement émis.

### **E. 40**

Dès lors 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. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). 4. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA. 5. Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de l'assuré s'est aggravé depuis la décision initiale du 15 août 2011 qui lui accordait une rente entière

A/3790/2016 - 12/17 - d'invalidité limitée à décembre 2000, étant précisé que l'intimé a d'ores et déjà proposé dans sa réponse l'octroi d'une rente limitée à la période de janvier 2015 à juin 2016 - période d'aggravation transitoire (fractures). 6. a) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 17 LPGA; art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI]). b) Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue; elle doit donc procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA c'est-à-dire en en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision

initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b) afin d'établir si un changement est intervenu. Si l'administration arrive à la conclusion que l'invalidité ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision, entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas contraire, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations, et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 114 consid. 2a et b). 7. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 8. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité

A/3790/2016 - 13/17 - de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid. 1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). 9. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de

l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance- invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine). 10. 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

A/3790/2016 - 14/17 - décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 ss consid. 3). S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). 11. En l'espèce, l'intimé, s'il admet que le recourant doit se voir accorder transitoirement une rente entière du 1er janvier 2015 au 30 juin 2016 - période d'aggravation transitoire dues aux fractures survenues en 2015 et 2016, jusqu'à la consolidation de la seconde -, maintient en revanche que, pour le reste, l'assuré dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, c'est-à-dire administrative et semi-sédentaire (absence de port de charges, de travail en hauteur, de risques de chutes, de station statique prolongée et possibilité d'alterner les positions). L'intimé rappelle à cet égard que l'assuré a suivi une mesure de reclassement et qu'il a pu

assumer sans problèmes le poste qui lui avait été alloué auprès du Service des contraventions.

A/3790/2016 - 15/17 - Le recourant conteste être capable d'exercer une activité lucrative et reproche en substance à l'intimé d'avoir examiné sa situation sous l'angle exclusif de l'ostéoporose, en faisant fi de ses autres atteintes (rachis, genou, état dépressif modéré). L'aggravation motivant la nouvelle demande de l'assuré a nécessité une intervention, le 31 janvier 2011, à la suite de laquelle plusieurs médecins ont attesté d'une capacité de travail réduite à 50% dans l'activité habituelle, ce que ne conteste par l'intimé. L'assuré a cependant conservé formellement son poste auprès du DIP jusqu'à la mise en place de plusieurs stages, d'entente avec l'intimé, visant à son reclassement. Une nouvelle aggravation s'est produite en septembre 2014 (exacerbation des douleurs) - étant rappelé que le dernier stage de reclassement proposé au recourant a pris fin le 30 octobre 2014 -, qui a conduit à une nouvelle intervention, en avril 2015. Cette opération s'est déroulée sans complications, mais les douleurs ont persisté. En décembre 2015, l'assuré a été victime d'une fracture spontanée, qui a nécessité une nouvelle intervention et que le SMR a considéré comme consolidée à compter de mars 2016. Eu égard à ces éléments, c'est à juste titre que l'intimé propose l'octroi d'une rente entière de janvier 2015 (soit trois mois après l'aggravation) au 30 juin 2016 (trois mois après la consolidation de la fracture). Reste à examiner si le recourant peut justifier d'une aggravation de son état de santé durable conduisant à l'octroi d'une rente entière au-delà de cette date. Force est de constater à la lecture du dossier, fourni, réuni par l'intimé, que la situation médicale du recourant a déjà fait l'objet de multiples investigations médicales. Nul besoin dès lors de se livrer à une instruction supplémentaire, d'autant que les atteintes à la santé sont clairement identifiées et non contestées. En dehors de l'aggravation transitoire qui vient d'être mentionnée, on ne peut que constater que les conséquences en termes de capacité de travail des atteintes de l'assuré sont demeurées les mêmes. Ainsi : les limitations fonctionnelles sont restées inchangées. Qui plus est, elles prennent en compte les troubles lombaires ainsi que ceux du genou, puisqu'il a été retenu que l'assuré devait alterner les positions, éviter les montées, la marche et les situations dangereuses, et respecter les mouvements d'épargne du rachis. Ainsi donc, la profession dans laquelle a été reclassé l'assuré avec succès est restée adaptée à sa situation médicale. On relèvera à cet égard que si l'assuré n'a malheureusement pu se voir offrir de poste auprès du Service des contraventions, comme c'était initialement prévu, c'est uniquement pour des raisons ayant trait à l'administration cantonale et aux budgets disponibles, en aucun cas parce qu'il ne pouvait assumer le poste en question. Cela démontre, si besoin est, qu'il est parfaitement exigible de sa part qu'il exerce une activité administrative semi-sédentaire à plein temps, comme il l'a fait durant une année, de juillet 2013 à juin 2014. Seule la Dresse I\_\_\_\_\_ évoque, pour la première fois, dans un courrier du 1er février 2017, une réduction de rendement de 70%, qu'elle

A/3790/2016 - 16/17 - ne motive aucunement et qu'aucun autre document médical au dossier ne vient corroborer. Entendu par la Cour, le Dr K\_\_\_\_\_ a certes évoqué une nouvelle atteinte psychique, qu'il a cependant lui-même qualifiée de modérée, ce que confirment la légèreté du traitement prescrit, d'une part, l'absence de suivi spécialisé, d'autre part. Pour le reste, le médecin-traitant du recourant a d'ailleurs admis qu'une activité adaptée restait possible. Il a également reconnu qu'en l'absence de sollicitations physiques importantes, son patient était « en forme ». Tous ces éléments viennent confirmer l'exigibilité d'une activité adaptée. Il n'est cependant pas exclu qu'à l'avenir, d'autres

épisodes aigus surviennent, dus à l'ostéoporose, auquel cas il sera loisible à l'assuré de se prévaloir de nouvelles aggravations - dont il faut espérer qu'elles seront aussi transitoires que les précédentes - auprès de l'OAI. Eu égard aux considérations qui précèdent, c'est à juste titre que l'intimé a retenu l'exigibilité d'une activité adaptée. Le calcul du degré d'invalidité en lui-même n'étant pas contesté, il n'y a pas lieu d'y revenir ici. En définitive, le recours est partiellement admis et la décision litigieuse réformée dans le sens proposé par l'intimé. L'assuré a déjà fait l'objet d'une mesure de reclassement réussie. Cependant, au vu de ses limitations fonctionnelles, il conviendrait qu'il puisse bénéficier d'une aide au placement pour autant qu'il en fasse la demande et qu'il se montre motivé à retrouver un poste de travail adapté. Pour le reste, la décision est confirmée et le recours rejeté. Le recourant, qui est représenté, obtient partiellement gain de cause, de sorte qu'il a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la Cour de céans fixe en l'occurrence à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA; RS E 5 10 ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03).

A/3790/2016 - 17/17 - 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.