

# **GE\_GERICHTE ATAS/1197/2018 vom 17. Dezember 2018**

GE Cour de justice, 2018-12-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1197\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1197_2018)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1197/2018 du 17 décembre 2018

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1197/2018 del 17 dicembre 2018

## **Erwägungen**

### **E. 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.

### **E. 2**

A 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).

### **E. 3**

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

#### **E. 3.1**

; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_595/2013 du 30 novembre 2013). En l'occurrence, au jour de la décision litigieuse, le droit à une rente d'invalidité n'était en conséquence pas ouvert. La question d'une extension de l'objet du litige

A/4355/2016 - 27/29 - pourrait se poser. Toutefois, compte tenu des conclusions de l'experte judiciaire, lesquelles font dépendre le taux de capacité de travail du recourant dans une activité adaptée d'une mise en situation, il convient de constater qu'une mesure d'ordre professionnel apparaît nécessaire, avant de pouvoir se prononcer sur un éventuel droit à une rente d'invalidité du recourant. Or, au 28 novembre 2016, date de la décision litigieuse, le recourant présentait une incapacité de travail totale dans ses anciennes activités depuis neuf mois et une incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, de sorte qu'il peut être considéré comme étant, à cette date, menacé d'invalidité au sens des art. 8 al. 1 LAI et 1novies RAI. Partant, il a droit à des mesures de réadaptation. Il se justifie en conséquence de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il mette en œuvre toute mesure de réadaptation utile en faveur du recourant, en particulier une mesure d'ordre professionnelle telle qu'une orientation professionnelle. En effet, le recourant, éloigné du marché du travail depuis

plusieurs années et qui présente de multiples limitations fonctionnelles l'empêchant d'exercer toutes les activités exercées antérieurement, doit être considéré comme étant entravé dans la recherche d'un emploi adéquat, de telle manière qu'il répond, en particulier, aux conditions du droit à une orientation professionnelle (art. 15 LAI). De plus, une mesure de réinsertion devrait être à même de donner une réponse à la question laissée ouverte par l'experte quant à la capacité effective du recourant d'exercer une activité adaptée à son état de santé au-delà d'un taux de 50 %. Par ailleurs, il ressort de l'expertise que le recourant a la volonté de suivre une éventuelle mesure d'ordre professionnelle, l'experte ayant relevé que le recourant pensait être encore capable de travailler dans d'autres activités que les précédentes, mais sans gros efforts qu'il ne pouvait plus faire (expertise p. 6-7). Ces déclarations confirment celles faites par le recourant en audience le 26 juin 2017 dès lors qu'il n'a jamais affirmé qu'il ne pouvait plus retravailler mais seulement émis des doutes sur le genre de travail qu'il pourrait faire au vu de sa situation (procès-verbal d'audience du 27 juin 2017). Enfin, l'âge du recourant, 53 ans en 2018, n'est pas un obstacle à une mesure de réinsertion. L'intimé, après mise en œuvre des mesures précitées, devra en conséquence rendre une nouvelle décision qui se prononcera sur le droit du recourant à une éventuelle rente d'invalidité. 15. Partant, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé, dans les sens des considérants. 16. Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 3'000.- sera accordée au recourant à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement

A/4355/2016 - 28/29 - sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à charge de l'intimé. Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

A/4355/2016 - 29/29 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

#### **E. 4**

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

#### **E. 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

A/4355/2016 - 15/29 - 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).

#### **E. 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. 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).

## **E. 7**

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 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). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen),

A/4355/2016 - 16/29 - l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2). b. A teneur de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui nuit à la capacité de gain de l'assuré, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé

psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_72/2012 du 21 août 2012 consid. 3). Cependant, l'existence d'une comorbidité psychiatrique ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité en raison d'une dépendance. L'affection psychique mise en évidence doit contribuer pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain de l'assuré. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180 consid. 4d). En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu de distinguer entre les différentes atteintes à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.4). c. En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique.

A/4355/2016 - 17/29 - En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_395/07 du 15 avril 2008 consid. 2.3).

## **E. 8**

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). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les

plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). 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. 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).

A/4355/2016 - 18/29 - 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'écartier 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 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). 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. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas

remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche

A/4355/2016 - 19/29 - leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

### **E. 9**

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 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).

### **E. 10**

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

### **E. 11**

En vertu des 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 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) 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 LPGGA.

### **E. 12**

a. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un

A/4355/2016 - 20/29 - avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). b. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). c. Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent

A/4355/2016 - 21/29 - néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C\_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant

l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidité et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

d. Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré

A/4355/2016 - 22/29 - d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2).

## **E. 13**

a. Selon l'art. 8 al. 1 et 1bis LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPG) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant : a. 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 ; b. que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (al. 1). 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 (al. 1bis). Selon l'art. 1 novies RAI, il y a menace d'invalidité lorsqu'il est établi au degré de vraisemblance prépondérante que l'assuré perdra sa capacité de gain. Le moment auquel pourrait survenir l'incapacité de gain n'est pas déterminant. b. 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. L'orientation professionnelle, qui inclut également les conseils en matière de carrière, a pour but de cerner la personnalité des assurés et de déterminer leurs capacités et leurs dispositions qui constitueront la base permettant de choisir une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire

un placement adéquat. Y ont droit les assurés qui, en raison de leur invalidité, sont limités dans le choix d'une profession ou dans l'exercice de leur activité antérieure et qui ont dès lors besoin d'une orientation professionnelle spécialisée (Circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle, CMRP, p. 16, nos 2001 et 2002). Le Tribunal fédéral a rappelé que l'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession. L'art. 15 LAI suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer un tel choix, mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles ne sont pas suffisantes pour choisir une profession adaptée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_882/2008 du 29 octobre 2009 consid. 5.1 et les références). L'orientation professionnelle doit guider l'assuré vers l'activité dans laquelle il aura le plus de chances de succès, compte tenu de ses dispositions et de ses aptitudes. Parmi les mesures qui peuvent entrer en ligne de compte figurent notamment les entretiens d'orientation, les tests d'aptitudes ou encore les stages d'observation en milieu ou hors milieu professionnel. N'entrent en revanche pas en considération les mesures destinées à l'obtention des connaissances scolaires de base propres à garantir le succès d'un apprentissage ou d'un enseignement. L'orientation professionnelle peut être combinée avec un essai de travail de plusieurs mois, ceci également dans un centre de réadaptation ou de formation. Un examen stationnaire accordé d'avance ne peut en règle générale pas dépasser trois mois. Ce délai ne peut être prolongé que dans des cas exceptionnels.

A/4355/2016 - 23/29 - La prise en charge des coûts d'un séjour stationnaire sera particulièrement indiquée lorsqu'il intervient au titre d'un entraînement au travail ou d'une préparation à l'enseignement ou lorsque, suite à un licenciement, la concrétisation de la formation professionnelle initiale est mise en danger. L'état de santé de l'assuré et ses conséquences sur son aptitude à être formé doivent toutefois rendre nécessaire un tel séjour. I en va de même lorsqu'il séjourne dans un établissement pour l'exécution d'une mesure éducative, séjour qui ne s'oppose pas en principe à l'octroi de mesures d'ordre professionnel. Quant aux stages pratiques, ils ne devraient pas durer plus de deux semaines et être effectués pendant les vacances scolaires (ch. 2005 CMRP ; Michel VALTERIO, commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (AI), 2018, p. 215). c. 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. 1er). 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. Pour statuer sur le droit à la prise en charge d'une nouvelle formation professionnelle, on notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sont en principe pas déterminantes, mais bien plutôt le coût des mesures envisagées et leurs chances de succès, étant précisé que le but de la réadaptation n'est pas de financer la meilleure formation possible pour la personne concernée, mais de lui offrir une possibilité de gain à peu près équivalente à celle dont elle disposait sans invalidité (cf. VSI 2002 p. 109 consid. 2a; RJJ 1998 p. 281 consid. 1b, RCC 1988 p. 266 consid. 1 et les

A/4355/2016 - 24/29 - références). Cela étant, si en l'absence d'une nécessité dictée par l'invalidité, une personne assurée opte pour une formation qui va au-delà du seuil d'équivalence, l'assurance-invalidité peut octroyer des contributions correspondant au droit à des prestations pour une mesure de reclassement équivalente (substitution de la prestation ; VSI 2002 p. 109 consid. 2b et les références).

#### **E. 14**

a. En l'occurrence, l'expertise judiciaire du 16 mai 2018, comprenant le complément du 18 octobre 2018, fondée sur l'entier du dossier, lequel a été complété par l'experte, comprenant une anamnèse détaillée, un examen clinique, des radiographies ainsi qu'une consultation en pneumologie récentes demandées par l'experte, des diagnostics précis et des conclusions claires concernant les limitations fonctionnelles et la capacité de travail du recourant, remplit les critères jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnue une pleine valeur probante. b. L'experte a conclu à une incapacité de travail totale du recourant dans ses anciennes activités, survenue de façon progressive entre, au plus tôt, novembre 2015 et, au plus tard, mars 2016, tout en indiquant que les limitations fonctionnelles constatées au moment de l'expertise dataient probablement de l'automne 2015. S'agissant d'une capacité de travail dans une activité adaptée, elle est de 50 % depuis 2016, moyennant une formation spécialisée et une aide au placement (expertise p. 2). Le taux de 100 % n'est envisagé par l'experte qu'au mieux après six à douze mois, selon la tolérance physique du recourant, laquelle devait être observée à l'aide d'une mise en situation (expertise p. 21 et complément d'expertise p. 3). A teneur de ces conclusions, le recourant présente une incapacité de travail totale dans ses anciennes activités que l'on peut fixer, au degré de la vraisemblance prépondérante, à mars 2016 ; en effet, bien que l'experte considère les limitations fonctionnelles du recourant comme présentes probablement depuis novembre 2015 (complément d'expertise p. 2), elle a relevé que l'incapacité de travail était survenue de façon progressive entre novembre 2015 et mars 2016 (complément d'expertise p. 1) et que le recourant avait cessé toute activité de bucheronnage en février-mars 2016 (expertise p. 6). Par ailleurs, le recourant présente à tout le moins depuis mars 2016, une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, soit une activité manuelle légère, laquelle, contrairement à l'avis du recourant ne nécessite pas obligatoirement une mesure préalable de reclassement. c. Les critiques émises par l'intimé ne sont pas à même de mettre en doute les conclusions de l'expertise judiciaire. c/aa. L'intimé a relevé que l'anamnèse de l'experte judiciaire différait de celle de l'expert G\_\_\_\_\_ (du 6 juillet 2016). A cet égard, l'experte a expliqué de façon convaincante que la situation du recourant avait été sous-évaluée en 2016 ; elle a émis des réserves quant à la fiabilité de l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ et a relevé qu'elle

s'était mal passée, avec un problème de communication entre l'expert et le recourant ; le Dr G\_\_\_\_\_ s'est d'ailleurs borné à indiquer, comme activités de la vie quotidienne, que le recourant entretenait son terrain de 6000m<sup>2</sup>, effectuait des travaux de bucheronnage seul en montant sur les arbres jusqu'à dix à quinze mètres,

A/4355/2016 - 25/29 - avec sa tronçonneuse de 4 kg à la ceinture ainsi que divers travaux comme tondre le gazon ou changer des ampoules chez des voisins (expertise G\_\_\_\_\_ p. 8). Or, l'experte a effectué une anamnèse beaucoup plus détaillée, de laquelle il ressort que les gros travaux de bucheronnage que le recourant effectuait en aidant un ami ou seul, n'avaient plus été possibles respectivement depuis l'été 2014 (expertise p. 4) et depuis février-mars 2016 (expertise p. 5-6) ; les douleurs lombaires s'étaient aggravées en automne 2015, il souffrait aussi des épaules de sorte que toute activité de bucheronnage avait été arrêtée vers février-mars 2016 (expertise p. 6). Il n'y a ainsi pas d'incohérence entre les deux anamnèses, celle effectuée par l'experte étant plus précise quant aux dates d'apparition des diverses limitations fonctionnelles mentionnées, étant par ailleurs relevé que l'experte a souligné le fait que l'entretien du recourant avec le Dr G\_\_\_\_\_, le 6 juillet 2016, avait eu lieu seulement quelques mois après l'arrêt total des activités de bucheronnage du recourant (expertise p. 6), ce qui pourrait expliquer que le Dr G\_\_\_\_\_ a considéré, un peu trop rapidement, que le recourant était toujours à même de les réaliser. c/bb. L'intimé se rallie au constat effectué par l'experte en 2018 et estime que l'état de santé du recourant s'est aggravé dans une mesure telle qu'au 19 janvier 2018 sa capacité de travail dans ses activités habituelles est nulle. Il s'écarte de la date, pourtant motivée par l'experte, de survenance de l'incapacité de travail totale en mars 2016. A cet égard, la date du 19 janvier 2018 n'est pas convaincante dès lors qu'elle correspond aux examens radiologiques effectués à la demande de l'experte et ne tient pas compte d'autres éléments pertinents, tels que l'évolution des différentes pathologies rhumatologiques dégénératives du recourant. En outre, l'intimé admet, au vu des rapports médicaux versés au dossier par l'experte, que des limitations fonctionnelles existaient effectivement antérieurement à l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ mais estime qu'elles n'avaient aucun retentissement sur l'activité habituelle, sans motivation convaincante. Au surplus, il sera constaté qu'il est contradictoire de la part de l'intimé de dénier toute valeur probante à l'expertise judiciaire (écriture de l'intimé du 6 août 2018 p. 3), tout en suivant les conclusions de celles-ci quant à une incapacité de travail totale du recourant dans ses activités habituelles dès janvier 2018. c/cc. Selon l'intimé, le diagnostic d'éthylisme chronique ne peut être reconnu comme ayant une influence sur la capacité de travail. A cet égard, l'experte, tout en mentionnant ce diagnostic comme ayant une répercussion sur la capacité de travail du recourant, a précisé qu'il ne concernait que des travaux de conduite et de précision, ce diagnostic n'ayant aucune influence sur l'exercice d'une activité manuelle légère telle que décrite par l'experte comme activité adaptée (expertise p.

## **E. 19**

et complément d'expertise p. 3). L'incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée n'est donc pas justifiée par ce diagnostic. c/dd. Enfin, l'intimé conteste l'incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée fixée par l'experte, au motif que les pathologies ostéoarticulaires ne sont pas suffisamment graves et sévères (pas d'atteinte radiculaire, pas de déficit moteur

A/4355/2016 - 26/29 - ni d'opération prévue). Une activité sans baisse de rendement était exigible, telle que relevant de la surveillance, du contrôle ou de l'industrie légère. A cet

égard, l'experte n'a pas exclu toute capacité de travail complète du recourant dans une activité adaptée, mais a estimé qu'il était préférable que le recourant débute une activité à 50 % afin d'évaluer sa tolérance physique à l'effort ; l'experte préconise ainsi des mesures telles qu'une adaptation progressive à une nouvelle activité. Ce faisant, elle estime que le recourant doit être mis au bénéfice d'une mesure d'ordre professionnel avant de pouvoir se prononcer de façon plus précise sur son taux de capacité de travail dans une activité adaptée, singulièrement d'affirmer qu'il pourrait être supérieur à 50 %. d. Au vu de ce qui précède, les conclusions de l'expertise judiciaire, probante, doivent être suivies. Ainsi, il convient de retenir que le recourant a présenté depuis le 1er mars 2016 une incapacité de travail totale dans son ancienne activité et de 50 % dans une activité adaptée. En conséquence, au 28 janvier 2016, soit au jour de la décision litigieuse, le recourant ne présentait pas encore une incapacité de travail de 40 % au moins en moyenne durant une année (art. 28 al. 1 let. b LAI). Cette condition a été remplie le 1er mars 2017, dès lors que le recourant a présenté, à cette date, une incapacité de travail de 50 % dans toute activité depuis le 1er mars 2016. A cet égard, de jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 p. 243; 121 V 362 consid. 1b p. 366). Pour des motifs d'économie de procédure, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501 consid. 1.2 p. 503, 122 V 34 consid. 2a p. 36 et les références). Les conditions auxquelles une extension du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible vont nettement plus loin que le lien matériel étroit exigé pour l'extension de la procédure au-delà de l'objet du litige. Celles-ci doivent être réalisées cumulativement; la question qui excède l'objet de la contestation particulièrement doit être en état d'être jugée (cf. ULRICH MEYER/ISABEL VON ZWEHL, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in: Mélanges Pierre Moor, 2005, n° 27 p. 446; arrêt 9C\_694/2009 du 31 décembre 2010 consid.

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