

# **GE\_GERICHTE ATAS/207/2020 vom 9. März 2020**

GE Cour de justice, 2020-03-09, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_207\\_2020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_207_2020)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/207/2020 du 9 mars 2020

IT: GE\_GERICHTE ATAS/207/2020 del 9 marzo 2020

## **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. 56 ss LPGA.

### **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 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). En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une

demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1er janvier 2004, 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

A/1137/2017722/2019 - 12/17 - invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 2 LAI). 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).

## **E. 6**

Selon l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3).

## **E. 7**

a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents 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). 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

A/1137/2017722/2019 - 13/17 - 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). b. Un rapport du SMR (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) 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 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. 8**

Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4.1). 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). Un renvoi reste possible notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, 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. 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_646/2010 du 23 février 2011 consid. 4).

## **E. 9**

Selon la jurisprudence, l'âge de la personne assurée constitue de manière générale un facteur étranger à l'invalidité qui n'entre pas en considération pour l'octroi de prestations. S'il est vrai que ce facteur - comme celui du manque de formation ou les difficultés linguistiques - joue un rôle non négligeable pour déterminer dans un

A/1137/2017722/2019 - 14/17 - cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, il ne constitue pas, en règle générale, une circonstance supplémentaire qui, mis à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, est susceptible d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'il rend parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt 9C 899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1). La jurisprudence a toutefois reconnu que lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge

donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 V 457 consid. 3.1 p. 459 s. et les références). Le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 p. 461 s.; voir aussi JACQUES-ANDRÉ SCHNEIDER, L'âge et ses limites en matière d'assurance-invalidité, de chômage et de prévoyance professionnelle étendue, in *Grenzfälle in der Sozialversicherung*, 2015, p. 5).

#### **E. 10**

a. En l'occurrence, suite à l'arrêt de renvoi de la chambre de céans du 4 décembre 2017, l'intimé a diligenté une expertise orthopédique, dont le rapport a été rendu le 30 novembre 2018. b. Fondée sur les pièces du dossier, des examens d'imagerie récents (radiographies des colonnes cervicale et lombaire du 20 novembre 2018 et une IRM du genou gauche du 26 octobre 2018), relatant les plaintes du recourant, comprenant une anamnèse complète, des constatations cliniques, des diagnostics clairs, une description des limitations fonctionnelles et une appréciation motivée de la capacité de travail du recourant, l'expertise orthopédique du 30 novembre 2018 répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. Selon ses conclusions, le recourant est considéré comme capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit une activité sédentaire ou semi-sédentaire dans laquelle il pourrait alterner la position debout avec la position assise à sa guise. Il devait éviter les métiers qui impliquaient la

A/1137/2017722/2019 - 15/17 - position accroupie ou à genoux et ceux qui impliquaient de monter ou descendre à répétition des escaliers ou des pentes ou de se pencher en avant ou des positions en porte-à-faux. De courts déplacements à plat étaient possibles. En particulier, l'expert a relevé que même si l'état de santé du recourant s'était dégradé depuis 2008, engendrant de nouvelles limitations fonctionnelles depuis l'examen du SMR du Dr I\_\_\_\_\_, le recourant conservait une capacité de travail complète dans une activité bien adaptée à ses limitations. c. Le recourant admet les limitations fonctionnelles retenues par l'expert mais conteste l'existence d'une capacité de travail dans une activité adaptée à celles-ci, principalement en raison de son âge, lequel constitue, selon lui, un obstacle à la possibilité de retrouver un emploi. d. Préalablement, il convient de constater que les limitations fonctionnelles telles que décrites par l'expert orthopédiste n'excluent pas, en elles-mêmes, toute possibilité d'exercer une activité lucrative, un travail sédentaire ou semi-sédentaire, avec alternance de positions étant préconisé par l'expert. En conséquence, même si l'état de santé du recourant s'est péjoré, l'exigibilité est restée identique, comme relevé par l'expert, de sorte qu'il n'existe pas de motif d'aggravation qui permettrait de

revenir sur la dernière décision de refus de rente d'invalidité, laquelle constatait un degré d'invalidité de 10 % depuis septembre 2004 (décision de l'intimé du 25 juillet 2008). S'agissant de l'âge du recourant, soit 63 ans au jour de l'expertise orthopédique et de la décision litigieuse, il ne saurait faire obstacle à l'exigibilité d'une activité lucrative exercée à 100 %. En effet, comme relevé par l'intimé, le recourant a été reconnu apte à exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès septembre 2004 déjà, alors qu'il était âgé de 49 ans. Certes, les limitations fonctionnelles du recourant se sont étendues de telle manière que le 15 novembre 2007, le Dr I\_\_\_\_\_ a ajouté que le recourant ne devait pas non plus effectuer de mouvement répétés de la nuque en flexion-extension, pas d'attitude en extension prolongée et pas de mouvement rapide en rotation de la nuque (avis du SMR du 15 novembre 2007). Une capacité de travail de 100 % a cependant été confirmée dans une activité adaptée dès novembre 2007, alors que le recourant était âgé de 52 ans, soit un âge qui ne permet pas d'exclure toute exigibilité professionnelle au sens de la jurisprudence précitée. En 2018, les limitations fonctionnelles retenues par le Dr Q\_\_\_\_\_ ont augmenté mais le genre d'activité exigible cité est similaire à celui exigible en novembre 2007 (sédentaire ou semi-sédentaire, avec alternance des positions). Il ne justifie ainsi pas de prendre en compte l'âge du recourant au jour de l'expertise du Dr Q\_\_\_\_\_ plutôt qu'en 2007, moment où il lui a été signifié qu'il présentait une capacité de travail dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. En conséquence, c'est à juste titre que l'intimé a estimé que la mise en valeur d'une capacité de travail totale du recourant était toujours exigible en 2018.

A/1137/2017722/2019 - 16/17 -

#### **E. 11**

Partant, le recours ne peut qu'être rejeté. 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 le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/1137/2017722/2019 - 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.