

# **GE\_GERICHTE ATAS/220/2018 vom 8. März 2018**

GE Cour de justice, 2018-03-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_220\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_220_2018)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/220/2018 du 8 mars 2018

IT: GE\_GERICHTE ATAS/220/2018 del 8 marzo 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), 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**

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA - entrées en vigueur le 1er janvier 2003 - 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**

Déposé le 22 août 2016, le recours a été formé dans les délai et forme prescrits, compte tenu de la période de suspension des délais courant du 15 juillet au 15 août inclusivement et du report au lundi 22 août 2016 de l'échéance dudit délai tombée sur le dimanche 21 août 2016 (art. 38 al. 3 et al. 4 let. b LPGA, 60 et 61 let. b LPGA ; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 [LPA – RS/GE E 5 10]).

### **E. 4**

Le litige porte, dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations, sur le point de savoir si le recourant peut prétendre une rente d'invalité entière au-delà du 31 août 2015.

### **E. 5**

a. Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande (art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 [RAI – RS 831.201]), elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu. En cas de recours, cet examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a). Selon la jurisprudence, l'administration doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6), c'est-à-dire comparer les circonstances existant lorsque la nouvelle décision est prise avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V 108 consid. 5), pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré

d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente. C'est en effet la dernière

A/2762/2016 - 10/19 - décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 343 consid. 3.5.2). b. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5).

#### **E. 6**

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).

#### **E. 7**

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. 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. 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

A/2762/2016 - 11/19 - let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance,

puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). 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. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n. U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (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

A/2762/2016 - 12/19 - (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). 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). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I.514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

## **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**

a. 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

A/2762/2016 - 13/19 - 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). b. Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 5). c. 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 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, 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 du Tribunal fédéral I.377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246). 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 qui est soumis à l'administration ou au juge, 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 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). Le Tribunal fédéral a considéré que le seuil dès lequel on peut parler

A/2762/2016 - 14/19 - d'âge avancé se situe à 60 ans (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2). d. Lors d'une nouvelle demande ou d'une révision du droit aux prestations, il s'agit d'examiner si un changement de circonstances important susceptible d'influencer le taux d'invalidité évalué antérieurement s'est produit. Si la seule modification réside dans l'écoulement du temps et, partant, a trait à "l'âge avancé" de l'assuré, ce facteur en soi ne peut entraîner l'application de la jurisprudence rendue à ce sujet et publiée in ATF 138 V 457 consid. 3.1. Admettre le contraire reviendrait à faire prendre en charge par l'assurance-invalidité les répercussions économiques de l'écoulement du temps - qui ne constitue pas une atteinte à la santé au sens des art. 3 et 4 LPGA - pour les assurés auxquels le droit à une rente (ou à une rente plus élevée) a été nié une première fois, à la seule condition qu'ils présentent une nouvelle demande ou une demande de révision au moment où ils se trouvent proches de l'âge donnant le droit à la rente de vieillesse (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.2 et 4.3.3 et les références).

## **E. 11**

a. En l'espèce, il convient d'examiner si l'état de santé du recourant s'est péjoré depuis le rejet de la demande de prestations par décision du 27 novembre 2009, dans laquelle le taux d'invalidité a été arrêté à 5%. Pour ce faire, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient lors de cette décision à ceux prévalant au moment de la décision querellée du 17 juin 2016. b. La décision du 27 novembre 2009 a été rendue sur la base de l'avis du SMR du 27 juillet 2009 - lequel repose sur le rapport du 11 juin 2009 du médecin traitant, le Dr C\_\_\_\_\_, ainsi que sur le rapport du 23 juillet 2009 des EPI. Le médecin-traitant a diagnostiqué des lombalgies chroniques sur discopathies étagées ainsi que des gonalgies persistantes malgré l'arthroscopie réalisée en octobre 2008. Il a relevé que le recourant n'était plus en mesure d'exercer son activité habituelle, mais dans une activité adaptée, celui-ci devait éviter les travaux en position debout uniquement, sur un terrain irrégulier, avec les bras au-dessus de la tête, en position accroupie/à genoux, le port de charges

supérieures à 10 kg, la montée sur une échelle/un échafaudage et des escaliers. Ainsi, le SMR a considéré que la capacité de travail du recourant était nulle dans son activité habituelle, mais entière dès juin 2009 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites (activité légère, permettant d'alterner les positions assise et debout, sans porte-à-faux du buste, sans positions accroupies/à genoux, sans travail en hauteur, sans montée/descente répétée d'escaliers). Quant au rapport du 23 juillet 2009 des ÉPI, il a mis en évidence que la capacité de travail du recourant était exploitable dans le circuit économique normal, dans une activité simple, en position assise permettant l'alternance des positions. c. À l'appui de la décision du 17 juin 2017, l'intimé s'est fondé sur l'avis du SMR du 8 février 2016, complété le 4 mai 2016, lequel s'appuie sur les rapports des

A/2762/2016 - 15/19 - Drs E\_\_\_\_\_ – médecin-traitant – et F\_\_\_\_\_ – médecin d'arrondissement de la SUVA - des 8 et 30 juin 2015. Après avoir pratiqué le 3 mars 2015 une décompression ainsi qu'une plastie d'allongement en Z de la bandelette ilio-tibiale du genou droit, dans son rapport du 8 juin 2015, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution de l'état de santé était bonne, et le pronostic jugé bon. La capacité de travail était entière depuis le 1er juin 2015, le recourant devait cependant éviter le déplacement dans les escaliers. On rappellera que, postérieurement à la décision initiale de refus de prestations, le recourant a subi pas moins de trois autres opérations du genou droit - une arthroplastie totale par prothèse le 16 février 2010, une arthroscopie avec débridement et synovectomie le 9 février 2011, et une révision de cette prothèse, avec changement du bouton rotulien le 9 août 2012. Quant au Dr F\_\_\_\_\_, dans son rapport du 30 juin 2015, il a posé les diagnostics de ménissectomie compliquée à distance de gonarthrose et d'arthroplastie totale du genou. Le spécialiste a estimé que l'activité habituelle n'était plus exigible. En revanche, dans une activité réalisée essentiellement en position assise, permettant quelques déplacements, sans port de charges supérieures à 10 kg, sans déplacement répété dans les escaliers, la capacité de travail était entière, sans baisse de rendement. Le recourant nie la valeur probante dudit rapport, au motif que le Dr F\_\_\_\_\_ ne disposait pas de radiographies récentes ni ne motivait ses conclusions. La Cour de céans constate toutefois que l'appréciation dudit médecin se base sur l'examen clinique du recourant, son dossier médical et prend en considération les plaintes exprimées par celui-ci. Le Dr F\_\_\_\_\_ s'est prononcé quant à la capacité de travail du recourant et à ses limitations fonctionnelles, après avoir observé que celui-ci éprouvait encore des douleurs, ne portait plus de cannes, présentait une discrète boiterie à la marche sur le genou droit, prenait un comprimé les matins et ne suivait plus de séances de physiothérapie. S'agissant de la mobilité du genou, il n'existait pas de signe d'instabilité antéro-postérieure ou latérale ni d'instabilité au niveau rotulien. Les conclusions du médecin d'arrondissement sont claires et ne comportent pas de contradiction. Si ce praticien relève que le recourant n'avait pas apporté une radiographie récente, celle pratiquée le 1er juillet 2015 - à la demande dudit médecin - met en exergue que le bilan de contrôle était dans les limites normales, sans signe de descellement autour du matériel (PTG droite). Aucun indice ne permet donc de remettre en cause le bien-fondé des conclusions du F\_\_\_\_\_, étant par ailleurs relevé que dans son rapport du 11 mars 2016, le Dr B\_\_\_\_\_ - qui ne préconise aucun traitement particulier ni une nouvelle opération - fait état d'éléments ayant déjà été pris en compte par le médecin d'arrondissement, soit les importantes douleurs, associées à une boiterie. Il a lieu dès lors lieu d'admettre que le rapport du 30 juin 2015 du Dr F\_\_\_\_\_ peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. Par conséquent, l'avis du SMR du 8

A/2762/2016 - 16/19 - février 2016, aux termes duquel la capacité de travail du recourant est totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (position assise, pas de port de charges supérieures à 10 kg, pas d'emploi répété d'escaliers, pas de sollicitation des genoux [position accroupie, à genoux, emploi d'échelles et d'échafaudages]), dès le 1er juin 2015, soit trois mois après l'intervention réalisée par le Dr E\_\_\_\_\_, ne prête pas le flanc à la critique, étant relevé que dans son avis du 4 mai 2016, le SMR a spécifié que l'incapacité de travail était totale jusqu'au 1er juin 2015. Sur le vu de ce qui précède, c'est donc à juste titre que l'intimé a reconnu une dégradation de l'état de santé du recourant, ayant des répercussions sur la capacité de gain de celui-ci, depuis la décision initiale du 27 novembre 2009.

#### **E. 12**

a. Eu égard à ce qui précède, l'intimé, dans sa décision querellée, octroie une rente entière d'invalidité du 1er mai 2011 (dès le mois durant lequel la demande de révision a été présentée) au 31 août 2015 (trois mois après l'amélioration de l'état de santé constatée depuis le 1er juin 2015). Le recourant, par contre, soutient que son état de santé ne s'est pas amélioré après l'intervention chirurgicale pratiquée par le Dr E\_\_\_\_\_. Il produit à cet égard divers certificats attestant une incapacité de travail totale depuis le 2 février 2016 ainsi que des rapports établis par ses médecins traitants. L'intimé, pour sa part, répond que les documents versés au dossier se rapportent à des faits survenus postérieurement à la décision litigieuse, de sorte qu'ils ne sauraient remettre en cause la décision du 17 juin 2016. b. Selon une 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 où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5). c. La Cour de céans relève que le 6 avril 2016 le recourant a signalé à l'intimé qu'il avait été victime d'un accident en date du 24 mars 2016. Le rapport de consultation du 1er juin 2016 du Dr D\_\_\_\_\_ retient en outre un nouveau diagnostic, soit une arthrose douloureuse du genou droit. On ignore cependant si l'incapacité de travail totale attestée depuis le 2 février 2016 est liée à cette atteinte-ci. Les conséquences de l'accident et celles de l'arthrose auraient dû faire l'objet d'une instruction et être prises en considération, dès lors que tant l'événement du 24 mars 2016 que l'arthrose, diagnostiquée pour la première fois dans le rapport du 1er juin 2016, sont antérieurs à la décision dont est recourant (datée du

#### **E. 17**

juin 2016).

A/2762/2016 - 17/19 - Au vu des éléments qui précèdent, il apparaît que l'intimé n'a pas suffisamment instruit le dossier du recourant au plan médical. Cela dit, un renvoi à cette fin n'est pas nécessaire, pour les motifs exposés ci-après. 13. a. Le recourant, né le 14 mars 1952, était âgé de 63 ans, lorsque, dans son rapport du 30 juin 2015, le Dr F\_\_\_\_\_ a retenu, de manière fiable, l'exigibilité d'une activité adaptée à plein temps. À ce moment-là, le recourant avait donc atteint un âge avancé au sens de la jurisprudence. Dans la mesure où

depuis le refus signifié le 27 novembre 2009, la nouvelle demande de prestations n'est pas motivée par le simple écoulement du temps, mais par la modification des conséquences de l'atteinte à la santé du recourant sur sa capacité de gain, justifiant désormais l'octroi d'une rente entière d'invalidité (limitée selon l'intimé), force est de constater que les principes énoncés dans l'arrêt du Tribunal fédéral 138 V 457 trouvent application afin de déterminer si le recourant, de manière réaliste, était en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. b. Or tel n'est pas le cas en l'occurrence. Le recourant ne bénéficie en effet d'aucune formation professionnelle reconnue. Il a, au cours de son expérience professionnelle, exercé, outre des activités de nettoyage, des emplois en qualité de garçon d'office ou d'aide de cuisine, soit des activités qu'il n'est plus en mesure de mettre en valeur au vu des limitations fonctionnelles l'affectant (position assise, sans port de charges supérieures à 10 kg, sans emploi répété d'escaliers, sans sollicitation des genoux). Ces restrictions physiques impliquent par conséquent une reconversion professionnelle. L'absence prolongée du marché du travail (depuis mai 2008) plaide cependant en défaveur d'une capacité d'adaptation sur le plan subjectif. À cela s'ajoute le fait qu'on peine à imaginer qu'un potentiel employeur consente objectivement à investir les moyens et les efforts nécessaires pour permettre au recourant de se réinsérer dans le monde du travail, d'autant plus que celui-ci atteindrait dans moins de deux ans (à compter du 30 juin 2015) l'âge ouvrant le droit à une rente de vieillesse de l'AVS (art. 21 al. 1 let. a de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants, du 20 décembre 1946 [LAVS – RS 831.10]). Compte tenu de l'ensemble des circonstances, on ne peut attendre du recourant qu'il reprenne une activité adaptée. c. Dans ce cas de figure, le degré d'invalidité du recourant doit être déterminé en fonction de sa capacité de travail résiduelle dans l'activité qu'il exerçait avant la survenance de son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_913/2012 du 9 avril 2013 consid. 5.4). In casu, cette capacité, qui s'élevait à 0% depuis le 1er octobre 2008, est demeurée inchangée dans le cadre de la nouvelle demande de prestations, déposée le 20 mai 2011. Ainsi, le recourant, qui présente un degré d'invalidité de 100%, sera mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1er mai 2011 (art. 88bis al. 1 let. a RAI) au 31 mars 2017 (date à partir de laquelle le recourant peut prétendre la rente de vieillesse de l'AVS ; art. 30 LAI en relation avec l'art. 21 al. 2 LAVS).

A/2762/2016 - 18/19 - 14. Sur le vu de ce qui précède, l'audition des Drs D\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_, requise par le recourant, s'avère superflue. 15. Le recours est admis et la décision du 17 juin 2016 annulée. Le recourant, représenté, obtenant gain de cause, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens, fixée en l'espèce à CHF 3'000.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative, du 30 juillet 1986 [RFPA – RS/GE E 5 10.03]). Étant 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, arrêté en l'espèce à CHF 200.-.

\*\*\*

A/2762/2016 - 19/19 - 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.