

# **GE\_GERICHTE ATAS/225/2018 vom 12. März 2018**

GE Cour de justice, 2018-03-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_225\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_225_2018)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/225/2018 du 12 mars 2018

IT: GE\_GERICHTE ATAS/225/2018 del 12 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) 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**

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

### **E. 3**

Le recours, interjeté dans les délai et forme légaux, est recevable (art. 56ss LPGA). On précisera en particulier que malgré leur libellé, les conclusions du recourant doivent être interprétées comme tendant à la condamnation de l'intimé au versement des prestations en cause, de sorte qu'elles ne sont pas constatatoires. Elles sont dès lors recevables (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_854/2016 du 21 juillet 2017 consid. 1).

### **E. 4**

Le litige porte sur le droit aux prestations du recourant, notamment sur son degré d'invalidité et sur le point de savoir si les conditions d'assurance sont remplies.

### **E. 5**

Selon l'art. 8 al. 1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures

A/843/2017 - 11/17 - soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI en vigueur dès le 1er janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital). Selon l'art. 9 al. 1 bis LAI, le droit aux mesures de réadaptation prend naissance au plus tôt au moment de l'assujettissement à l'assurance obligatoire ou facultative et s'éteint au plus tard à la fin de cet assujettissement. Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute

vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2, ATF 124 V 108 consid. 3a).

#### **E. 6**

En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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.

#### **E. 7**

L'art. 6 al. 2 LAI prévoit que les étrangers ont droit aux prestations, sous réserve de l'art. 9, al. 3, aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse, mais seulement s'ils comptent, lors de la survenance de l'invalidité, au moins une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse. Aucune prestation n'est allouée aux proches de ces étrangers s'ils sont domiciliés hors de Suisse.

A/843/2017 - 12/17 - L'art. 36 al. 1 LAI dispose qu'a droit à une rente ordinaire l'assuré qui, lors de la survenance de l'invalidité, compte trois années au moins de cotisations.

#### **E. 8**

a) Aux termes de l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Le moment de la survenance de l'invalidité doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 5 consid. 2b). b) S'agissant du droit à la rente, l'invalidité est réputée survenue lorsque naît ce droit conformément à l'art. 8 al. 1 LPGA en corrélation avec l'art. 28 LAI, c'est-à-dire au plus tôt lorsqu'une incapacité de travail d'au moins 40 % a duré une année au moins (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_610/2014 du 5 novembre 2014 consid. 3). c) Pour ce qui est de la survenance de l'invalidité pour les mesures de réadaptation d'ordre professionnel, l'art. 10 al. 2 LAI prévoit que le droit aux autres mesures de réadaptation et aux mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a prend naissance dès qu'elles sont indiquées en raison de l'âge et de l'état de santé de l'assuré. Selon la jurisprudence, est déterminant le moment à partir duquel l'invalidité, compte tenu de sa nature et de sa gravité, nécessite la mesure de réadaptation et la rend possible. L'événement

assuré est réputé survenu lorsque l'atteinte à la santé influe sur la capacité de gain à un degré tel que l'on ne peut plus exiger de l'intéressé qu'il exerce son activité comme il le faisait avant la survenance de l'atteinte, que la mesure de réadaptation envisagée apparaît nécessaire, et que les traitements et mesures médicales de réadaptation sont terminés. Par conséquent, même si la nécessité de mesures de réadaptation futures est souvent reconnaissable peu après l'événement à l'origine de l'invalidité, cela ne signifie cependant pas que le cas d'assurance respectivement l'invalidité sont alors survenus pour la mesure d'ordre professionnel en cause. Ce qui est déterminant à cet égard, c'est la date à partir de laquelle l'atteinte à la santé, en fonction de sa nature et de sa gravité actuelles, rend nécessaire la mesure d'ordre professionnel, d'une part, et en permet, d'autre part, la mise en œuvre. L'invalidité ne survient donc pas déjà lorsqu'il apparaît qu'une mesure d'ordre professionnel sera nécessaire, mais seulement lorsque l'état de santé de l'assuré rend possible une telle mesure. Aussi longtemps que la mise en œuvre de la mesure d'ordre professionnel est exclue en raison de l'état de santé de l'assuré, l'invalidité n'est pas survenue pour la mesure en cause (ATF 140 V 246 consid. 6.2 et les références).

## **E. 9**

a) Pour trancher le droit aux prestations d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent

A/843/2017 - 13/17 - 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 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; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2). b) 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. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). 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). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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). d) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus

A/843/2017 - 14/17 - de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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\_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

#### **E. 10**

Pour trancher le présent litige, il est nécessaire de déterminer si le recourant est invalide au sens de la loi, et dans l'affirmative d'analyser si la condition d'assurance liée à la durée de cotisation était réalisée au moment de la survenance de cette invalidité. a) Il convient ainsi en premier lieu de déterminer si les réponses que le rapport du Dr H\_\_\_\_\_ apporte à la première de ces questions doivent se voir reconnaître valeur probante. Force est de constater que tel est le cas. Cet expert a en effet rendu un rapport comprenant au plan formel tous les éléments nécessaires selon la jurisprudence, puisqu'il contient une anamnèse, relate les plaintes du recourant et les constatations cliniques, et que les conclusions, motivées, ainsi que les diagnostics ont été émis en parfaite connaissance du dossier du recourant. Les autres rapports médicaux au dossier ne justifient pas une autre appréciation. S'agissant des indications des médecins du Service de chirurgie orthopédique des HUG, le Dr C\_\_\_\_\_ a certes fait état d'une capacité de travail limitée à 50 % dans une activité adaptée dans son rapport du 3 juin 2015. Il n'a cependant pas motivé cette appréciation. De plus, le Dr D\_\_\_\_\_ a admis en janvier 2016 qu'un taux d'activité plus élevé serait envisageable. Ce médecin a par la suite affirmé que la capacité de travail du recourant était clairement diminuée dans toute activité. Cette assertion n'est cependant pas suffisamment étayée, et le Dr D\_\_\_\_\_ a du reste souligné qu'une analyse approfondie était nécessaire. Or, comme on l'a vu, le Dr H\_\_\_\_\_ a bien procédé à un examen fouillé de la situation. On notera par ailleurs qu'il admet les mêmes limitations fonctionnelles que les médecins précités. Quant au Dr F\_\_\_\_\_, les éléments qu'il a mentionnés dans son certificat du 28 juillet 2016 n'ont pas été ignorés par l'expert. De plus, la limitation du taux de travail à 40 % n'est pas motivée. Enfin, s'agissant du certificat du Dr I\_\_\_\_\_ du

#### **E. 15**

juin 2017, il ne contient pas non plus d'éléments nouveaux dont l'expert n'aurait pas tenu compte. En effet, ce médecin explique les douleurs dorsales par l'inégalité de longueur des membres du recourant. Or, ce sont là des troubles connus du Dr H\_\_\_\_\_, qui a rapporté des rachialgies, dont il a exposé qu'elles étaient en lien avec l'arthrodèse du genou.

A/843/2017 - 15/17 - Les arguments du recourant ne suffisent pas non plus à mettre en doute les conclusions du Dr H\_\_\_\_\_. En premier lieu, contrairement à ce qu'il affirme, le Dr H\_\_\_\_\_ n'a précisément pas conclu à l'existence de douleurs invalidantes, ce qu'il a justifié en soulignant que le traitement antalgique consistait en paracétamol, prescrit en réserve. En outre, l'existence de douleurs n'est en soi pas incompatible avec l'exercice d'une activité adaptée. Le recourant entend également tirer argument du fait qu'il n'a pas fait l'objet d'une expertise neurologique. Ce moyen ne lui est cependant d'aucun secours. En effet, comme le souligne à juste titre l'intimé, le Dr H\_\_\_\_\_ a procédé à un examen neurologique des membres inférieurs et supérieurs. En outre, si le Dr D\_\_\_\_\_ a évoqué la nécessité d'une évaluation approfondie, il n'a nullement indiqué qu'il devait s'agir d'une expertise émanant d'un neurologue. La chambre de céans relève d'ailleurs qu'il ne ressort pas du dossier que le recourant ferait l'objet d'un traitement neurologique, et que ce dernier ne le soutient d'ailleurs pas. Dans ces conditions, il n'est guère vraisemblable qu'il présente d'importantes atteintes de cet ordre qui auraient été omises par l'expert. Quant à la baisse de rendement de 20 % au moins alléguée par le recourant, elle ne repose sur aucun élément médical concret. Eu égard à ces éléments, la chambre de céans n'a pas de motif de s'écarter des conclusions du Dr H\_\_\_\_\_. Partant, par appréciation anticipée des preuves (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1), elle ne fera pas droit à la requête d'expertise du recourant. b) Le Dr H\_\_\_\_\_ a conclu que le recourant, occupé en tant que monteur de châssis de fenêtres jusqu'à l'accident qu'il a subi en juillet 2011 en Lybie, ne peut plus exercer cette activité en raison des blessures qu'il a subies. C'est ici le lieu de rappeler que l'invalidité est une notion avant tout économique et que ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_276/2014 du 22 octobre 2014 consid. 4.2). En l'espèce, les limitations fonctionnelles incompatibles avec la profession de monteur de châssis de fenêtres sont liées aux atteintes résultant de l'accident de juillet 2011, comme cela ressort de l'appréciation du Dr H\_\_\_\_\_. Partant, c'est cet événement qui doit être considéré comme invalidant. Aux termes de l'expertise du Dr H\_\_\_\_\_, la fracture de l'arthrodèse survenue en septembre 2014 a causé une incapacité de travail transitoire de quelques mois, mais elle n'a pas entraîné une aggravation des limitations fonctionnelles du recourant ou une détérioration durable de sa capacité de gain. Ce second événement n'est ainsi pas de nature à modifier le degré d'invalidité du recourant. c) En ce qui concerne le droit à la rente du recourant, il nécessite une durée de cotisations d'au moins trois ans, comme cela ressort des dispositions légales précitées. Or, même s'il fallait retenir que l'accident en Lybie a entraîné une invalidité ouvrant le droit à la rente, force serait alors de retenir que cette condition d'assurance ne serait pas réalisée. En effet, le recourant n'était pas encore établi en Suisse et ne s'y était pas acquitté de cotisations sociales au moment de la

A/843/2017 - 16/17 - survenance de l'invalidité, soit à l'issue du délai de carence d'une année prévu par l'art. 28 LAI, malgré son hospitalisation aux HUG de novembre 2011 à janvier 2012. Il n'aurait donc en toute hypothèse pas droit à une rente. d) S'agissant du droit à des mesures d'ordre professionnel, le Dr H\_\_\_\_\_ a retenu qu'une activité adaptée était exigible dès la consolidation de l'arthrodèse du genou droit consécutive à l'accident initial, c'est-à-dire en août 2012. C'est ainsi dès ce moment que des mesures d'ordre professionnel auraient pu être mises en œuvre. Partant, c'est à cette date qu'est réputée survenue l'invalidité en lien avec le droit à ces prestations. Or, le recourant ne justifiait pas non plus d'une année de cotisation en août 2012, de sorte que le droit aux mesures prévues à l'art. 8 LAI ne serait pas ouvert, et ce même s'il fallait retenir un degré d'invalidité de 20 % au

moins. Eu égard aux éléments qui précèdent, la décision de l'intimé s'avère conforme au droit. 11. Le recours est rejeté. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu en l'espèce de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative - E 510.03).

A/843/2017 - 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.