

# **GE\_GERICHTE ATAS/269/2015 vom 13. April 2015**

GE Cour de justice, 2015-04-13, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_269\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_269_2015)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/269/2015 du 13 avril 2015

IT: GE\_GERICHTE ATAS/269/2015 del 13 aprile 2015

## **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**

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**

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, et plus particulièrement à une rente entière au-delà du 30 septembre 2013.

### **E. 4**

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. 4.1**

et la référence). Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49 %, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50 %, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2). A titre d'exemples, le Tribunal fédéral a considéré qu'il était exigible d'un assuré de 60 ans ayant travaillé pour l'essentiel en tant qu'ouvrier dans l'industrie textile qu'il se réinsère sur le marché du travail malgré son âge et ses limitations fonctionnelles (travaux légers et moyens avec alternance des positions dans des

A/186/2015 - 21/27 - locaux fermés; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 376/05 du 5 août 2005 consid. 4.2), de même que pour un soudeur de 60 ans avec des limitations psychiques et physiques, notamment rhumatologiques et cardiaques, qui disposait d'une capacité de travail de 70 % (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 304/06 du 22 janvier 2007 consid. 4.2). Notre Haute Cour a en revanche nié la possibilité de valoriser sa capacité de travail résiduelle d'un assuré de 61 ans, sans formation professionnelle, qui n'avait aucune expérience dans les activités fines médicalement adaptées et ne disposait que d'une capacité de travail à temps partiel, soumise à d'autres limitations fonctionnelles, et qui selon les spécialistes ne présentait pas la capacité d'adaptation nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 392/02 du 23 octobre 2003 consid. 3.3), ainsi que dans le cas d'un assuré de 64 ans capable de travailler à 50 % avec de nombreuses limitations fonctionnelles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 401/01 du 4 avril 2002 consid. 4c). Le Tribunal fédéral est parvenu au même constat dans le cas d'un agriculteur de 57 ans qui ne pourrait exercer d'activité adaptée sans reconversion professionnelle et qui ne disposait subjectivement pas des capacités d'adaptation nécessaires à cette fin (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.3.2).

## **E. 5**

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

A/186/2015 - 15/27 - 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. 6**

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 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 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). 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). 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). 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

A/186/2015 - 16/27 - plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A 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 Nr. 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). Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu

de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité

A/186/2015 - 17/27 - résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C\_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C\_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1). En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

## **E. 7**

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. 8**

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou

A/186/2015 - 18/27 - aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

## **E. 9**

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 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). 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

A/186/2015 - 19/27 - 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). Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. 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). 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 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). En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4). 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

A/186/2015 - 20/27 - considération pour lui (art. 16 LPGGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. 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'oeuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328). D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid.

#### **E. 10**

Dans le cas d'espèce, le recourant fait tout d'abord grief à l'intimé d'avoir, pour évaluer l'état de santé du recourant, et partant pour en déduire sa capacité de gain, volontairement écarté plusieurs avis médicaux concordants, d'une part, et les conclusions du rapport de l'ORIF, d'autre part, pour se fonder exclusivement sur de brefs rapports du SMR. a) Au vu des principes rappelés ci-dessus, il y a tout d'abord lieu d'observer que n'est pas litigieuse la période s'étendant du 1er février 2012 au 30 juin 2013, pour laquelle l'intimé a reconnu au recourant une invalidité totale, et le droit à une rente entière au 30 septembre 2013, compte tenu du fait que pendant cette période il était atteint dans sa santé, non seulement par rapport à ses problèmes rhumatologiques, mais également en raison de son affection oncologique, laquelle se trouve fort heureusement en rémission depuis fin juin 2013. Le recourant n'a pas remis en cause le fait que l'intimé ait considéré que dès moment-là, l'affection oncologique n'avait plus d'incidence sur sa capacité de travail. Seule entre donc en considération l'appréciation de l'atteinte à la santé pour les autres diagnostics, soit ceux qui ont conduit à l'incapacité de travail dès le début novembre 2009, respectivement dès fin août 2010, soit avant que ne survienne l'aggravation de l'état de santé en raison du cancer ORL, et après la rémission de ce dernier. Les avis médicaux entrant dès lors en considération sont ceux qui traitent des affections relatives aux douleurs du dos. Dans ce contexte, la chambre de céans retient, dans la chronologie du dossier, deux périodes: celle qui a précédé l'expertise confiée par l'assureur à un expert neutre, le Dr J\_\_\_\_\_, et celle qui a suivi l'expertise. b) Pour la première période, le Dr C\_\_\_\_\_, qui avait examiné le patient les 1er et 8 mars 2010 à la demande du médecin traitant, avait posé le diagnostic de

A/186/2015 - 22/27 - lombalgies chroniques sur canal étroit dégénératif. Il indiquait alors que la situation semblait s'être stabilisée avec un retour à l'état chronique connu avant le blocage (2 novembre 2009). En décembre 2010, les symptômes actuels étaient des lombalgies avec contractions musculaires. Au début janvier 2011 le Dr D\_\_\_\_\_ avait posé, les diagnostics de lombalgies chroniques avec spondylarthrose et canal lombaire étroit

(depuis 2005), ainsi que des cervicobrachialgies gauches, et syndrome du défilé thoracique gauche (depuis 2010). Il retenait que l'activité exercée était encore exigible, à 50 %, mais dans une activité adaptée, avec un rendement réduit en raison de ses douleurs lombaires, limitant sa vitesse d'exécution du travail en cuisine. Il envisageait un essai de reprise à 50 %, se posant la question d'une réadaptation au sein de l'entreprise, et indiquait le port d'une ceinture lombaire de soutien. Le Dr C\_\_\_\_\_, le 20 mai 2011, rappelait que le patient était en arrêt de travail depuis plus d'une année et avait bénéficié de nombreuses séances de physiothérapie. Les neurochirurgiens consultés n'avaient pas posé une indication opératoire. Plus récemment, il avait bénéficié d'une consultation neurologique pour cervicobrachialgies, l'examen n'étant par ailleurs pas conclusif. L'IRM cervicale n'était pas pertinente. Au status actuel ce médecin relevait un patient algique avec contractions musculaires diffuses et hypomobilité rachidienne. Le status neurologique est non déficitaire. Selon lui ce patient était entré dans une chronicité dont il serait difficile de sortir. A mi-juin 2011, le Dr D\_\_\_\_\_ confirmait les diagnostics précédents et indiquait que l'état de santé de son patient était resté stationnaire. À fin novembre 2011, dans la perspective de l'expertise du Dr F\_\_\_\_\_, il avait pris contact avec ce dernier, et actualisé la situation du patient. Une IRM lombaire avait été pratiquée à fin septembre 2011 afin d'examiner l'évolution des atteintes, par rapport à la situation à fin décembre 2009. Les données IRM lombaires parlaient en faveur d'une évolution favorable par rapport au comparatif du 23 décembre 2009, avec une résorption de la hernie discale L4-L5 précédemment décrite. Le reste de l'examen était sans changement significatif. c) Le Dr F\_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise le 15 décembre 2011. Il a fondé ses conclusions sur l'analyse du dossier AI, ainsi que sur le courrier du médecin traitant, daté du 20 novembre 2011, de même que sur le rapport d'interprétation de l'IRM lombaire du 28 septembre 2011, sur ses propres constatations cliniques du 13 décembre 2011 et sur l'analyse du dossier radiologique de l'assuré. L'expert a procédé à une anamnèse détaillée, comprenant l'histoire socio-professionnelle de l'assuré, ses antécédents de santé : il a pris en compte l'intégralité des documents médicaux à disposition, qu'il a inventoriés et décrits. Il a recueilli les plaintes et données subjectives de l'assuré, et procédé au status clinique détaillé, et étudié le dossier médical. Il a posé les diagnostics suivants : - avec répercussion sur la capacité de travail : lombalgies chroniques avec pseudo- sciatalgies gauches intermittentes : rétrécissement canalaire lombaire étagé de L3 à

A/186/2015 - 23/27 - L5 ; protrusion discale L4-L5 droite. Cervicalgies intermittentes actuellement en rémission. - sans répercussion sur la capacité de travail : tabagisme chronique ; status après fracture de la clavicule gauche et brûlures cutanées du thorax à gauche et du bras gauche en 1974. Après avoir pris en compte les différences éléments médicaux versés au dossier, il a répondu à toutes les questions posées : - s'agissant des influences sur la capacité travail, il a retenu les limitations suivantes : limitation dans la capacité de porter et soulever des charges supérieures à 5 kg, nécessité d'alterner les positions debout et assis toutes les 20 minutes, pas d'activités réalisées en porte-à-faux, pas d'efforts de marche prolongée. Il n'y a apparemment pas de limitations d'un point de vue psychique, sous réserve de l'incompétence de l'expert dans le domaine de la psychiatrie. Les troubles dont souffre l'assuré ont eu pour conséquence qu'il n'a plus été en mesure de poursuivre son activité de jardinier et d'aide de cuisine depuis août 2010 ; il avait été mis au bénéfice d'un arrêt de travail à 100 % depuis novembre 2009, puis à 50 % d'avril 2010 à août 2010, et de nouveau à 100 % depuis août 2010. S'agissant de sa capacité résiduelle de travail dans son activité habituelle d'aide de cuisine et de jardinier, elle est nulle, compte

tenu des limitations fonctionnelles décrites et selon le cahier des charges remis par l'employeur. L'activité exercée jusqu'ici n'est donc plus exigible. Il y a une baisse de rendement, laquelle a déjà été intégrée dans l'estimation de la capacité de travail. Du point de vue médical il y a une incapacité de travail de 20 % au moins depuis le 2 novembre 2009 (100 %) puis d'avril 2010 à août 2010 (50 %) puis à nouveau à 100 %. Le degré d'incapacité de travail est resté inchangé en dépit des divers traitements qui lui ont été prodigués. Il a considéré que sa capacité résiduelle de travail était nulle dans son activité habituelle d'aide de cuisine et de jardinier, compte tenu des limitations fonctionnelles décrites et selon le cahier des charges remis par l'employeur. Cette activité n'était plus exigible. S'agissant des possibilités de réadaptation professionnelle, l'expert a considéré que de telles mesures étaient envisageables, dès à présent. Concernant l'amélioration de la capacité de travail au poste occupé jusqu'alors, l'expert considérait qu'apparemment aucune mesure médicale ni moyen auxiliaire ou même une adaptation du poste de travail ne pourrait permettre d'améliorer sa capacité de travail au poste de travail habituel compte tenu du cahier des charges inhérentes à cette activité, principalement en cuisine, nécessitant des ports, des soulèvements de charges et du positionnement statique prolongé. L'expert a enfin indiqué qu'était exigible toute autre activité qui respecterait les limitations fonctionnelles décrites, et pourrait être réalisée à un taux de 100 %. Il n'y aurait pas de baisse de rendement dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Au vu des principes jurisprudentiels rappelés ci-dessus, la chambre de céans constate que le rapport de l'expert réunit toutes les conditions permettant de lui reconnaître une valeur probante: l'expert a en effet pris en compte et analysé

A/186/2015 - 24/27 - l'intégralité du dossier, entendu et examiné l'assuré, et confronté ses propres constatations à celles des médecins ayant eux-mêmes eu à se prononcer sur l'état de santé du recourant. Sur le plan objectif, il n'existe d'ailleurs pas de divergences entre lui et ses confrères. d) dans la phase postérieure à l'expertise, le Dr D\_\_\_\_\_ a confirmé, le 10 juin 2012, que la symptomatologie douloureuse lombaire était toujours présente et tout aussi handicapante. Le 30 janvier 2013 il a indiqué que depuis juin 2012, l'état de santé de l'assuré était resté stationnaire. Les diagnostics étaient inchangés. En août 2013, il confirmait qu'il n'y avait pas de changement notable depuis son dernier rapport, et s'agissant d'une éventuelle reprise de travail, selon lui, la situation médicale avec les limitations fonctionnelles ne permettait pas la reprise d'une activité professionnelle. Le 19 janvier 2014, il indiquait que sur le plan rhumatologique on ne constatait aucune amélioration par rapport à son rapport précédent, du 1er août 2013. Enfin, en octobre 2014, la situation de son patient n'avait que peu évolué. On pouvait donc, selon lui, affirmer que la situation médicale est figée. Ainsi, depuis l'expertise, sinon antérieurement à celle-ci, l'état de santé du recourant est resté stationnaire, ce que le médecin traitant a pu faire vérifier périodiquement par les consultations spécialisées demandées pour son patient, et les nombreux examens d'imagerie auxquels il était procédé périodiquement, à l'instar de ce que constatait le Dr C\_\_\_\_\_ en mai 2011 déjà. En conséquence, l'expertise du Dr J\_\_\_\_\_ a conservé toute son actualité, et elle est opposable au médecin traitant, lequel ne l'a d'ailleurs pas remise en cause. Tout au plus s'est-il, à plusieurs reprises, notamment dans ses rapports intermédiaires des 23 juin et 1er août 2013, borné à affirmer et répéter, sans jamais le justifier, que les limitations tant fonctionnelles qu'intellectuelles ne permettaient pas la reprise d'une activité professionnelle. Il n'a jamais expliqué les raisons médicales objectivement constatables pour lesquelles, en dépit d'un état stationnaire du point de vue rhumatologique, son patient se serait retrouvé, au fil du temps, dans l'incapacité totale

d'exercer la moindre activité professionnelle, tous domaines confondus, alors qu'il l'évaluait, dans l'activité exercée jusque-là, à 50 % dans une activité adaptée avec réduction du rendement en raison des douleurs lombaires chroniques limitant la vitesse d'exécution du travail en cuisine. De ce point de vue, d'ailleurs, la chambre de céans constate que l'ORIF dans son compte rendu de la visite du recourant de l'Atelier d'Intégration Professionnelle (ci- après : AIP) en date du 4 mars 2014, a relevé qu'à cette occasion, quand bien même l'assuré avait précisé qu'il lui était impossible de tenir la position assise statique plus de 15 à 30 minutes, il était resté assis durant une heure, tout au long de l'entretien, même si, au moment de se lever, il avait montré quelques difficultés à se redresser. Il avait toutefois encore indiqué à ses interlocuteurs qu'il aimait marcher au bord du Rhône, par beau temps, être capable de marcher plusieurs heures, même si sa démarche est lente et boiteuse. Questionné sur ses motivations à effectuer une

A/186/2015 - 25/27 - mesure à l'ORIF, il avait répondu qu'il ne savait pas pourquoi il se sentait de mauvaise humeur ce jour-là. S'agissant enfin de du rapport d'intégration socioprofessionnelle de l'ORIF, celui-ci ne paraît nullement avoir été écarté par l'OAI : certes, la Cellule monitoring de l'intimé a considéré, au vu des conclusions dudit rapport, que le fait d'écarter le domaine du tertiaire, pour une réadaptation, en raison des limitations linguistiques de l'assuré n'excluait pas une réinsertion possible dans le domaine secondaire. Mais il a illustré son argumentation en énumérant des exemples concrets d'activités adaptées telles que du travail de conditionnement, de construction à l'établi ou même dans l'horlogerie, puisque les atteintes dont souffre le recourant ne touchent pas les cervicales mais les lombaires. Contrairement à ce que le recourant soutient, l'intimé n'a nullement pris à son compte les conclusions du rapport de l'ORIF en tant qu'elles auraient bel et bien impliqué que le retour du recourant sur le marché de l'emploi serait compromis. Il a simplement relevé que si tel était le cas, cela était imputable à des facteurs étrangers à l'invalidité, soit en l'occurrence aux difficultés éprouvées par le recourant par rapport à la langue française. Celles-ci ne sont pas contestées. On observera toutefois que ces difficultés linguistiques existaient déjà, à l'époque où, sans invalidité, il travaillait en tant qu'aide de jardinier et aide de cuisine. Or, dans les activités décrites ci-dessus, tenant compte de ses limitations fonctionnelles, il ne devrait pas éprouver plus de difficultés que précédemment, à raison de la langue. Et en définitive, le rapport de l'ORIF conclut par le constat qu'il semble évident que le recourant à toutes les qualités humaines et professionnelles pour continuer à être actif et utile dans un milieu professionnel adapté. Il est notamment cité, à titre d'exemple, le pronostic qu'il serait un collaborateur apprécié dans un atelier protégé.

## **E. 11**

Au vu de ce qui précède, la chambre de céans arrive à la conclusion qu'aucune mesure d'enquête supplémentaire, notamment - comme le recourant y conclut préalablement - l'audition du responsable de l'ORIF et du médecin traitant, le Dr D\_\_\_\_\_ - ne serait susceptible d'influencer de manière décisive le résultat du recours : selon la jurisprudence citée, en cas d'appréciations divergentes entre les organes d'observations professionnelles et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (ATF I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). Dans le cas d'espèce, la chambre de céans a retenu une pleine valeur probante à l'expertise du Dr J\_\_\_\_\_, et constaté que le médecin traitant n'a apporté aucun élément susceptible de mettre en doute les conclusions motivées de l'expert, dont il ne s'écarte d'ailleurs guère s'agissant des éléments objectifs de l'appréciation, et ne se distance en

définitive que sur la question de la capacité de travail du recourant. Et de ce point de vue, force est de constater que le Dr D\_\_\_\_\_ ne fait que substituer sa propre évaluation à celle de l'expert, sans préciser quels éléments objectivement vérifiables auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise, et qui auraient dû conduire l'expert à une conclusion différente. Sans la moindre suspicion à l'égard du

A/186/2015 - 26/27 - médecin traitant, la chambre de céans rappelle que 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 confiance qui l'unit à ce dernier.

#### **E. 12**

Enfin, le recourant soutient que l'intimé retient - à tort - une réduction de 15 % sur le salaire d'invalidé, dès lors que l'âge et les limitations fonctionnelles importantes du recourant auraient dû l'amener à retenir la réduction maximale de 25 %. Au vu des principes rappelés ci-dessus, la chambre de céans considère que dans le cas particulier, on ne saurait considérer que l'intimé aurait fait un mauvais usage du large pouvoir d'appréciation qui lui est consenti dans ce domaine. En effet : au vu des exemples de jurisprudence cités, l'âge du recourant n'est pas si proche de la retraite que l'on devrait en tenir compte en augmentant le taux de réduction pour ce motif. La décision entreprise énonce clairement que ce taux de réduction a été appliqué en raison des limitations fonctionnelles en lien avec l'affection rhumatologique, l'intimé rappelant dans ses écritures sur recours que le taux maximum de 25 % de déduction ne s'applique pas systématiquement, et que l'abattement retenu doit procéder d'une évaluation globale, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. En l'occurrence, et comment l'a vu, l'âge du recourant n'est pas tel que l'on doive exclure pour ce motif toute perspective raisonnable de réinsertion du recourant dans le marché du travail, notamment dans les activités décrites par la Cellule monitoring de l'intimé, sinon par l'ORIF ; les critères linguistiques, intellectuels ou socioculturels préexistaient, lorsque, sans invalidité, le recourant travaillait normalement et à la satisfaction de ses employeurs. Ce grief est lui aussi mal fondé.

#### **E. 13**

En tous points mal fondés, le recours sera rejeté.

#### **E. 14**

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

#### **E. 15**

La procédure n'étant pas gratuite en assurance-invalidité, le recourant supportera l'émolument de procédure arrêté à CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

A/186/2015 - 27/27 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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