

GE_GERICHTE ATAS/878/2025 vom 18. November 2025

GE Cour de justice, 2025-11-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_878_2025

FR: GE_GERICHTE ATAS/878/2025 du 18 novembre 2025

IT: GE_GERICHTE ATAS/878/2025 del 18 novembre 2025

Erwägungen

E. 1.1

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. 1.2

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. La procédure devant la chambre de céans est ainsi régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10).

E. 1.3

Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 LPA). En l'occurrence, la décision litigieuse a été notifiée au recourant le 28 mars 2025 et le délai de recours a couru jusqu'au samedi 12 avril 2025. Compte tenu de la suspension des délais du 7^e jour avant Pâques au 7^e jour après Pâques – soit du 13 au 27 avril 2025 inclus –, le délai de recours a été prorogé jusqu'au lundi 28 avril 2025, par application cumulative des art. 38 al. 4 let. a LPGA (arrêts du Tribunal fédéral 4A_190/2019 du 8 octobre 2019 consid. 1.1 ; 9C_413/2011 du 15 mai 2012 consid. 5.3 ; 5A_144/2007 du 18 octobre 2007 consid. 1). Posté le 12 mai 2025, le recours a été interjeté en temps utile. Comme il respecte également les conditions de forme prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. art. 89B LPA), il est recevable.

E. 2

Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimé supprimant le droit du recourant à la rente entière qui lui était allouée et refusant les mesures professionnelles.

E. 3.1

Dans le cadre du développement continu de l'AI, la LAI, le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) et l'art. 17 LPGA notamment ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (modifications des 19 juin 2020 et 3 novembre 2021 ; RO 2021 705 et RO 2021 706).

A/1681/2025 - 8/16 - En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Dans les cas de révision selon l'art. 17 LPGA, conformément aux principes

généraux du droit intertemporel (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1), il convient d'évaluer, selon la situation juridique en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, si une modification déterminante est intervenue jusqu'à cette date. Si tel est le cas, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables. Si la modification déterminante est intervenue après cette date, les dispositions de la LAI et du RAI dans leur version en vigueur à partir du 1er janvier 2022 sont applicables. La date pertinente de la modification est déterminée par l'art. 88a RAI (arrêts du Tribunal fédéral 8C_55/2023 du 11 juillet 2023 consid. 2.2 ; 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3). Selon cette disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie (al. 2).

E. 3.2

En l'occurrence, la décision litigieuse a été rendue après le 1er janvier 2022. Par ailleurs, l'intimé se prévaut d'un changement de circonstance qui serait survenu en juillet 2024. Par conséquent, les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

E. 4

Selon l'art. 17 LPGA dans sa teneur depuis le 1er janvier 2022, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100% (let. b) (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon A/1681/2025 - 9/16 - l'art. 17 LPGA. En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant 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, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse

(ATF 133 V 108 consid. 5).

E. 5

L'invalidité est une notion économique et non médicale, où sont prises en compte les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 15/06 du 21 décembre 2006 consid. 2.2). Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

E. 6.1

Pour pouvoir trancher le droit aux prestations, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré

A/1681/2025 - 10/16 - (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_713/2019 du 12 août 2020 consid. 5.2).

E. 6.2

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales, 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. 3a, 122 V 157 consid. 1c).

E. 6.3

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. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet 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 ; 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

A/1681/2025 - 11/16 -

E. 7

L'art. 16 LPGa prévoit que, 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. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a). Le revenu sans invalidité se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). 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. En effet, selon l'expérience générale, la dernière activité aurait été poursuivie sans atteinte à la santé. Les exceptions à ce principe doivent être établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_934/2015 du 9 mai 2016 consid. 2.2). La prise en compte d'un revenu accessoire suppose un lien entre l'atteinte à la santé et la cessation de l'activité s'y rapportant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_274/2009 du 3 décembre 2009 consid. 6 et les références). Pour déterminer le revenu d'invalidité de l'assuré, il faut en l'absence d'un revenu effectivement réalisé se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) (ATF 126 V 75 consid. 3b.). Le revenu tiré d'activités simples et répétitives (niveau 4 jusqu'à l'ESS 2010 et niveau 1 dès l'ESS 2012) est une valeur statistique qui s'applique à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail

importante dans des travaux légers (arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2015 du 23 février 2016 consid. 3.1). La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques. Il n'y a donc pas lieu d'examiner la question de savoir si un assuré 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 sur un marché où les places de travail disponibles correspondent à l'offre de main d'œuvre (arrêt du Tribunal fédéral 9C_326/2018 du 5 octobre 2018 consid. 6.2 et les références).

A/1681/2025 - 12/16 -

E. 8

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. 9.1

En l'espèce, le recourant fait valoir qu'il présente une totale incapacité de travail, son état de santé ne s'étant pas amélioré, ce qui implique que le droit à la rente entière d'invalidité devrait être maintenu, subsidiairement, il aurait droit à un reclassement. L'intimé pour sa part s'appuie sur les conclusions du SMR et estime que le marché équilibré du travail offre des activités sans formation compatibles avec les limitations fonctionnelles du recourant.

E. 9.2

En premier lieu, la Cour de céans rappelle que, par décision du 7 novembre 2007, l'OAI a octroyé au recourant une rente entière d'invalidité du 1er septembre 2005 au 31 octobre 2006, le SMR estimant qu'il ne pouvait plus exercer son activité habituelle, mais qu'il avait une capacité de travail complète dans une activité adaptée. Le recourant a déposé par la suite plusieurs demandes de prestations, mais l'OAI n'est pas entré en matière, ce dernier n'ayant pas rendu vraisemblable une aggravation de son état de santé. Suite à la demande de septembre 2022, l'OAI a considéré qu'une aggravation avait été rendue vraisemblable en raison des gonalgies bilatérales et des infiltrations au genou droit en juin 2019. Dans son avis du 18 novembre 2024, le SMR a retenu que la capacité de travail du recourant était nulle dans l'activité habituelle de bagagiste depuis au moins le

E. 14

juin 2019, date de l'infiltration du genou droit, et ce de façon définitive en raison des atteintes aux deux genoux, aux deux pieds et aux deux mains. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 100% depuis le 23 juillet 2024. Cette date était motivée par la

stabilité à 6 mois d'intervalle des douleurs chroniques du genou droit, l'écoulement d'un an et demi depuis la pose de la prothèse du genou selon contrôle du 10 juin 2024 et la fin du suivi psychiatrique au 23 juillet 2024. S'agissant des rapports médicaux au dossier, il ressort du dossier que le recourant est suivi par plusieurs services des HUG et par le Dr H_____.

A/1681/2025 - 13/16 - La Cour de céans considère que, contrairement aux allégations du recourant, ses médecins ont été que questionnés sur sa capacité de travail, cependant seuls les Drs H_____ et R_____ des HUG se sont prononcés sur ce point, les autres médecins des HUG s'étant essentiellement limités à transmettre leurs rapports de consultation. Dans ses rapports de février 2023 et mars 2024, le Dr H_____ concluait à une totale incapacité de travail en raison des atteintes physiques et psychiques. Cependant, dans son rapport du 22 septembre 2024 basé sur la consultation du 23 juillet 2024, la Dre R_____ développait que l'état psychique du recourant s'était amélioré depuis l'introduction d'un traitement anti-dépresseur en juin 2024. Elle concluait à une totale capacité de travail sur le plan strictement psychiatrique. Les conclusions du Dr H_____ sont ainsi contredites par la Dre R_____, laquelle souligne se prononcer uniquement sur le plan psychique. À ce stade, il sied de relever qu'à la lecture du rapport de la Dre R_____, cette dernière indique que le suivi psychiatrique auprès des HUG s'est terminé au 23 juillet 2024, il a toutefois été proposé au recourant de poursuivre auprès d'un psychiatre privé. L'intimé n'a pas interpellé le recourant pour savoir si la recommandation de la Dre R_____ avait été suivie. Il y a lieu de constater que, selon les éléments au dossier, l'état psychique s'était amélioré au 23 juillet 2024. Toutefois, on ignore ses répercussions avant et après cette date, la Dre R_____ se limitant à se prononcer sur la capacité de travail lors de la dernière séance du recourant alors que la décision litigieuse est intervenue bien après. S'agissant des atteintes physiques, comme indiqué précédemment, dans son avis du 18 novembre 2024, le SMR retient que le recourant ne peut plus exercer son activité habituelle depuis juin 2019 à tout le moins, il omet toutefois que, suite à l'instruction de la demande de prestations initiale du recourant, l'activité habituelle était d'ores et déjà proscrite, seule une activité adaptée était possible depuis novembre 2006. Sur le plan physique, le SMR motive l'amélioration par la stabilité des douleurs chroniques au genou droit à 6 mois d'intervalle et l'écoulement d'un an et demi après la pose de la prothèse. Cependant, dans le rapport du 6 décembre 2024, les Drs E_____ et S_____ mentionnent que l'assuré consulte pour des douleurs au niveau interne et postérieur avec irradiation dans le tibia en péjoration depuis 3 mois. Celles-ci annoncées comme présentes 24h/24h sont majorées s'il marche plus d'un kilomètre. Lors de cette consultation, le recourant indiquait souffrir également de douleurs au niveau du pied droit malgré l'essai de plusieurs semelles orthopédiques.

A/1681/2025 - 14/16 - Ainsi, contrairement à ce qui est retenu par le SMR, les douleurs du recourant ne sont pas stables. S'agissant de l'écoulement du temps après la pose de prothèse, le SMR notait lui-même dans son avis qu'au contrôle post-opératoire à un an et demi, il n'y avait pas de franche amélioration. S'agissant des autres atteintes du recourant, dans son rapport du 2 août 2024, le Dr Q_____ a indiqué que le recourant était limité s'agissant du port de charges et pour les activités nécessitant une utilisation répétée de la pince. En ce qui concernait l'exercice d'une activité adaptée, il ne pouvait pas se prononcer. Selon son appréciation, les douleurs au niveau des mains n'influençaient que marginalement la capacité de travail, l'incapacité de travail étant principalement liée à la gonalgie droite qui n'avait pas été examinée lors des consultations en rhumatologie. Par ailleurs, la Cour de

céans constate que l'intimé n'a pas investigué les douleurs annoncées aux niveaux des coudes, des épaules, des hanches, des cervicales et des lombaires, ces dernières étant considérées d'allure mécanique sans autre précision quant à leurs répercussions selon le rapport des HUG du 5 avril 2024. Il sied de relever que, dans ledit rapport, le Prof. O_____ et la Dre P_____ ont noté que l'examen clinique de l'épaule droite a mis en évidence des signes compatibles avec un conflit sous-acromial et font état de céphalées chroniques de longue date avec une discrète allodynie du cuir chevelu. Au vu de ce qui précède, la Cour de céans considère que les rapports médicaux sont insuffisants pour se prononcer sur l'évolution de l'état de santé du recourant, étant relevé qu'il n'y a pas eu d'appréciation globale de toutes ses atteintes et de leurs répercussions sur la capacité de travail. Par conséquent, les éléments au dossier ne permettent pas de trancher de l'existence ou non d'une amélioration durable de l'état de santé du recourant. Il en résulte qu'un complément d'instruction médical doit être réalisé sous la forme d'une expertise comprenant à tout le moins les volets rhumatologique et orthopédique. Il incombera notamment aux experts de se prononcer sur tous les diagnostics et limitations fonctionnelles, l'influence des différentes atteintes sur la capacité de travail et son éventuelle évolution, en motivant suffisamment leur appréciation. Vu les carences dans l'instruction réalisée par l'Office et de la nécessité d'actualiser le dossier médical du recourant, un renvoi à l'intimé se justifie pour mise en œuvre d'une expertise. 10. Il convient en conséquence d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision du 27 mars 2025 et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision motivée. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ;

A/1681/2025 - 15/16 - art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 - RFPA - E 5 10.03). Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

A/1681/2025 - 16/16 - 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.