

# GE\_GERICHTE A/878/2016 vom 8. November 2016

GE Cour de justice, 2016-11-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_878\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_878_2016)

FR: GE\_GERICHTE A/878/2016 du 8 novembre 2016

IT: GE\_GERICHTE A/878/2016 del 8 novembre 2016

## Erwägungen

### E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à THÔNEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Thierry STICHER recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1962, vendeur de formation, mais travaillant comme opérateur de transmission auprès des pompiers à plein temps auprès de la Ville de Genève depuis 1985, a déposé le 24 septembre 2012 une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI), alléguant souffrir d'une hernie discale L5-S1 et d'une spondylodèse lombaire avec greffe.![endif]>![if> 2. Le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a confirmé le 29 octobre 2012 les diagnostics de status post-spondylodèse L5-S1 depuis 2011 et de sciatalgies bilatérales depuis 2002. Il fixe l'incapacité de travail à 100% depuis août 2011 et précise que l'assuré ne peut rester debout ou assis plus de deux heures au maximum.![endif]>![if> 3. Le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, a retenu, le 13 novembre 2012, une instabilité lombaire et fixé à 100% l'incapacité de travail à compter du 29 août 2011. Il a considéré que l'activité exercée n'était plus exigible en raison de douleurs lombaires chroniques.![endif]>![if> 4. Le 4 mars 2013, l'OAI a informé l'assuré que des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient actuellement pas indiquées.![endif]>![if> 5. Le 25 avril 2013, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé était resté stationnaire depuis deux-trois ans et que l'assuré souffrait de douleurs persistantes, d'irradiation à la face postérieure des deux jambes. Il relève que l'assuré marche avec une canne, que la flexion du tronc est impossible et que la position assise ne peut être tenue qu'au maximum une heure. L'assuré ne travaille plus depuis fin août 2011.![endif]>![if> 6. Le Dr C\_\_\_\_\_ a confirmé le 6 mai 2013 qu'il n'y avait pas de changement.![endif]>![if> Le 10 septembre 2013 toutefois, il a annoncé qu'une reprise de travail était possible à 100% à compter du 1 er août 2013. L'assuré a confirmé, par courrier du 19 septembre 2013, avoir repris son travail à l'essai, d'abord à 50% du 15 au 31 juillet 2013, et à 100% dès le 1 er août 2013. Son employeur a toutefois fait état de difficultés dans l'exercice de l'activité habituelle. 7. Le 21 mai 2014, le médecin du SMR a considéré qu'il ne disposait d'aucun élément médical objectif probant, selon lequel l'activité habituelle ne serait pas exigible à 100%.![endif]>![if> 8. Par décision du 13 novembre 2014, l'OAI a informé l'assuré que le droit à une rente entière d'invalidité lui était reconnu du 1 er avril au 31 juillet 2013.![endif]>![if> 9. Par courrier du 8 février 2015, l'assuré a annoncé que depuis le 7 avril 2014, il avait réduit son temps de travail de moitié en raison de douleurs au dos, ainsi que de sciatiques dans les deux jambes.![endif]>![if> 10. Le médecin-conseil de la Ville de Genève a confirmé le 20 janvier 2015 que l'assuré ne pouvait travailler qu'à 50% depuis le 7 avril 2014, taux maximal de reprise de travail dans toute activité adaptée.![endif]>![if>

11. Le 3 mars 2015, le Dr C\_\_\_\_\_ a annoncé qu'il avait remis son patient le même jour à l'arrêt de travail à 100%.! [endif]>! [if]> 12. Dans une note du 12 mars 2015, le médecin du SMR a ainsi constaté, d'une part, que le rapport du médecin-conseil de la Ville de Genève ne précise pas le type d'atteintes incapacitantes ni la nature de l'aggravation et retient des limitations fonctionnelles déjà prises en compte dans le rapport final du 20 septembre 2013, à savoir une alternance des positions assise/debout, et la nécessité d'adapter le poste de travail avec une chaise ergonomique, d'autre part, que le Dr C\_\_\_\_\_ fait état des mêmes atteintes que celles prises en compte antérieurement dans son courrier du 3 mars 2015 et n'apporte pas d'élément objectif en faveur d'une aggravation, de sorte que l'aggravation de l'état de santé depuis la dernière décision du 13 novembre 2014 n'a pas été rendue plausible.! [endif]>! [if]> 13. L'assuré a été reçu à l'OAI le 19 mai 2015 dans le cadre de l'intervention précoce et a été informé des conclusions du SMR. Il a indiqué que son employeur ne lui avait pour l'instant pas proposé d'alternative. Il dit envisager un emploi dans une position alternée (pas statique), étant précisé qu'il doit éviter les terrains irréguliers. Il est relevé que le poste de travail actuel a déjà été adapté.! [endif]>! [if]> 14. Dans un rapport du 12 juin 2015 adressé à l'employeur, le Dr C\_\_\_\_\_ a confirmé que l'assuré était incapable de travailler à 100% depuis le 3 mars 2015 en raison d'une instabilité et d'une discartrhose lombaire sévère ayant nécessité une décompression et une fixation lombaire par spondylodèse. Il précise que le patient souffre maintenant d'un syndrome vertébral lombaire chronique avec radiculations douloureuses dans les membres inférieurs. Il est dans l'impossibilité de garder la station debout ou assise pendant plus de 15 à 30 minutes. Il n'arrive pas à lever ou redéposer une charge de 7-8 kilos maximum, la limitation à la marche est de 2 kilomètres, et il ne peut porter sa ceinture de charges plus de trente minutes. Aucune reprise de travail n'est possible en l'état.! [endif]>! [if]> 15. Sur cette base, le médecin du SMR a retenu dans une note du 7 octobre 2015 une capacité de travail entière dans une activité respectant de manière stricte les limitations d'épargne du rachis lombaire, dès octobre 2015. Il s'est également fondé sur l'entretien téléphonique qu'il a eu avec le médecin-conseil de la Ville de Genève selon lequel « l'assuré est en mesure de travailler dans un poste pour autant que dans celui-ci l'assuré ne porte pas de charges et qu'il puisse changer de position à sa guise », ainsi que sur un courriel du Dr C\_\_\_\_\_ du 6 octobre 2015, précisant que « l'assuré pourrait, du point de vue médical, reprendre une activité professionnelle adaptée à son cas, ne l'obligeant pas à rester toute la journée assis et non plus ne pas rester en mobilité toute la journée. Ce qui veut dire qu'il faut une alternance de la mobilité pour sa région lombaire. J'espère que ce certificat médical aidera ce patient à retrouver un travail dans son métier original de policier municipal ».! [endif]>! [if]> 16. L'OAI a transmis le 4 décembre 2015 à l'assuré un projet de décision, selon lequel sa demande était rejetée, l'incapacité de travail ayant duré moins d'une année (mars à octobre 2015).! [endif]>! [if]> 17. L'assuré, représenté par Me Thierry STICHER, a contesté ce projet de décision le 17 décembre 2015, expliquant que son poste de travail n'était en réalité pas adapté. Il produit le 21 janvier 2016 un courrier du Dr C\_\_\_\_\_ daté du 19 janvier 2016, aux termes duquel! [endif]>! [if]> « Je rappelle que l'assuré a été opéré pour stabilisation de sa colonne lombaire avec une spondylodèse, greffe-fixation de L4, L5 et S1. Le problème de ses douleurs lombo-cruralgiques est en relation avec sa mobilité. En effet, il ne peut rester au même endroit assis et debout pendant plus d'une heure. Il doit donc se déplacer et marcher. D'où la difficulté à assumer ce travail au niveau de la centrale téléphonique. De plus, la seule façon de diminuer ses douleurs est de s'allonger pendant une heure, après trois à quatre heures de travail. Le nouvel élément

que j'apporte ici est un examen fait le 18 décembre 2015 : il s'agit d'une scintigraphie osseuse partielle avec complément tomoscintigraphique. Cet examen conclut à une bonne prise de greffe au niveau des segments opérés. c'est-à-dire de L4 à S1. Par contre, il y a une hyperfixation au niveau des articulations facettaires de L3 et L4 des 2 côtés et un élargissement de l'espace interosseux au niveau de ces articulations facettaires, suggérant un certain degré d'instabilité (rapport ci-joint). Nous avons essayé par tous les moyens de régler ce problème, notamment avec le maintien d'une ceinture lombaire pour aider le patient. Cela n'a pas suffi, malgré la petite amélioration, le problème de la douleur lombaire chronique reste présent. Dans ce contexte, il est important de réviser la position de l'AI, quant à l'acceptation d'un travail plus approprié dans le cadre d'employé de la police municipale ». Le 2 février 2016, l'assuré a informé l'OAI qu'il devait subir prochainement une intervention chirurgicale. 18. Dans une note du 8 février 2016, le médecin du SMR a considéré qu'il n'avait pas de raisons de modifier ses conclusions précédentes, mais a admis une baisse de rendement de 20% au vu des limitations fonctionnelles. 19. Par décision du 11 février 2016, l'OAI a confirmé le rejet de la demande, au motif substitué qu'une capacité de travail exigible de 80% n'ouvre aucun droit à une rente. Il a considéré que l'octroi de mesures professionnelles était sans objet, l'assuré étant déjà réadapté. 20. L'assuré, représenté par son mandataire, a interjeté recours le 16 mars 2016 contre ladite décision. Il indique que le Dr C \_\_\_\_\_ a reporté l'intervention chirurgicale prévue à l'automne 2016, et que depuis le 1<sup>er</sup> mars 2016, il a repris son travail à 80%, que toutefois ce taux dépasse ce qui peut être exigible de lui en raison de fortes douleurs qui l'obligent à prendre des antalgiques puissants, lesquels ont de nombreux effets indésirables (insomnies, étourdissements, paresthésies, vertiges, bouffées de chaleur, fatigue, faiblesses musculaires, etc.). Il reproche à l'OAI de considérer que son poste actuel de travail est adapté à ses limitations fonctionnelles. Enfin, constatant que l'OAI a finalement admis une baisse de rendement de 20%, il requiert la prise en charge de mesures de réadaptation professionnelle. Il conclut ainsi, principalement, à ce que la décision litigieuse soit annulée et à ce que l'OAI entreprenne avec l'employeur la mise en œuvre de mesures de reclassement, et subsidiairement, si par hypothèse l'instruction de la cause devait conclure à une incapacité de travail, ou en cas d'échec des mesures d'ordre professionnel, à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit accordée. 21. Dans sa réponse du 7 avril 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours, rappelant que selon le rapport du service de réadaptation du 16 novembre 2015, le poste de travail dans l'activité habituelle - ayant été adapté par l'employeur - est conforme aux limitations fonctionnelles. Des mesures de réadaptation ne se justifient par ailleurs pas, étant donné que c'est dans son activité habituelle qu'il est à même de valoriser au mieux sa capacité de travail résiduelle. 22. Dans sa réplique du 4 mai 2016, l'assuré a insisté sur le fait qu'il voulait maintenir sa capacité de travail et, partant, demande à ce que son poste soit adapté à ses limitations fonctionnelles. L'assuré rappelle à cet égard qu'il doit pouvoir alterner des moments en déplacement et des moments sédentaires. Il se réfère à la jurisprudence, du reste citée par l'OAI dans sa réponse au recours, selon laquelle il revient au conseiller en réadaptation et non au médecin d'indiquer les activités professionnelles concrètes entrant en considération, ce sur la base des renseignements médicaux. Il constate qu'aucune collaboration n'a été mise en œuvre entre l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle. Il critique enfin l'avis de la permanence de réadaptation AI en tant qu'il est très peu étayé et ne fait que relater des avis médicaux. 23. Dans sa duplique du 27 mai 2016, l'OAI a persisté dans ses conclusions. Il rappelle que les

limitations fonctionnelles de l'assuré qui justifient selon le SMR une baisse de rendement de 20% sont les suivantes : changement de position au moins toutes les heures, pas de positions statiques prolongées (assis/debout), pas de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis, pas de port de charge, pas de marche en terrain irrégulier, pas d'activités en position accroupie, à genoux ou impliquant de monter/descendre des escabeaux, échafaudages, etc.!

L'OAI se réfère au courrier de la Direction des ressources humaines de l'employeur de l'assuré daté du 22 décembre 2015, selon lequel l'assuré « conserve une pleine capacité de travail dans sa fonction d'opérateur de la centrale d'engagement – appointé, laquelle a été adaptée à ses limitations de santé (chaise ergonomique et table assis-debout ». Il relève à cet égard que les médecins s'accordent à dire que le poste actuel a été adapté aux limitations fonctionnelles. Il souligne enfin que le médecin du SMR a établi sa note du 8 février 2016 avec le réadaptateur suite à un entretien téléphonique avec le Dr C\_\_\_\_\_. 24. Ce courrier a été transmis à l'assuré et la cause gardée à juger.!

EN DROIT 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 1<sup>er</sup> 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. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable.!

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le présent recours est recevable. !

4. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations AI, plus particulièrement à la prise en charge de mesures de réadaptation professionnelle principalement, et à l'octroi d'une rente d'invalidité subsidiairement.!

5. a) Selon l'art. 87 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 3 sont remplies (al. 3). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 125 V 412 consid. 2b, 117 V 200 consid. 4b et les références). !

b) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. À cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114

consid. 2b). c) Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations (cf. art. 87 al. 3 RAI), elle doit examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques (arrêt 9C\_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4) - et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue. Si elle constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108 ) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 109 V 108 consid. 2 p. 114; 117; Ulrich MEYER/Marco REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3 e éd., n. 120, p. 456). Il sied de préciser à cet égard que c'est la dernière décision entrée en force 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 révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5 p.110 ss). 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). Il n'y a en revanche pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Par ailleurs, 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 (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1 et I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). d) Les normes réglementaires et les principes jurisprudentiels sur les modalités de l'examen d'une nouvelle demande après que des prestations ont été refusées par une décision entrée en force ne concernent que des demandes de prestations portant sur un objet identique. En revanche, l'assuré ne peut se voir opposer l'entrée en force d'un refus de prestations antérieur lorsqu'il fait valoir le droit à des prestations différentes, et donc un cas d'assurance différent (arrêt I 269/97 du 24 février 1998, in SVR 1999 IV n° 21 p. 64; cf. aussi ATF 117 V 198 consid. 4b p. 200). Au contraire, l'administration - et en cas de recours le juge - est tenue d'examiner de manière étendue sous l'angle des faits et du droit une demande de prestations certes nouvelle, mais qui porte sur une prétention différente de celle qui a fait l'objet de la décision de refus antérieure. 6. Préalablement, il y a lieu de constater que la décision querellée n'est pas une décision de non-entrée en matière. En effet, l'OAI s'est en l'occurrence prononcé et a refusé aussi bien la rente d'invalidité que les mesures professionnelles. [endif]>[if> Dès lors que l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de l'assuré, la chambre de céans doit examiner si c'est à bon droit qu'il l'a rejetée. 7. a. Aux termes de l'art. 8 al. 1 er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 1<sup>er</sup> janvier 2008).

b. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

8. a. 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).

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 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 125 V 351 consid. 3).

9. 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).!endif]>![if> 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.244/05 du 3 mai 2006 consid. 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. 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).

10. 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 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). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).!endif]>![if> 11. Enfin, 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).!endif]>![if> 12. En l'espèce, il convient de comparer les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision du 13 novembre 2014, accordant à l'assuré une

rente entière d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1<sup>er</sup> avril au 31 juillet 2013, avec ceux prévalant au moment de la décision querellée. Au 31 juillet 2013, l'OAI avait considéré, sur la base d'un certificat du Dr C\_\_\_\_\_ daté du 10 septembre 2013, que l'assuré avait retrouvé une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Celui-ci avait effectivement repris son travail d'abord à mi-temps, puis à plein temps depuis le 1<sup>er</sup> août 2013. Dans le cadre de la nouvelle demande déposée le 8 février 2015, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué le 12 juin 2015 que l'assuré était à nouveau incapable de travailler à 100% depuis le 3 mars 2015 en raison d'une instabilité et d'une discartrhose lombaire sévère ayant nécessité une décompression et une fixation lombaire par spondylodèse. Il précise que le patient souffre maintenant d'un syndrome vertébral lombaire chronique avec radiculations douloureuses dans les membres inférieurs ; il est dans l'impossibilité de garder la station debout ou assise pendant plus de 15 à 30 minutes ; il n'arrive pas à lever ou redéposer une charge de 7-8 kilos maximum, la limitation à la marche est de 2 kilomètres, et il ne peut porter sa ceinture de charges plus de trente minutes. Selon le médecin du SMR, en revanche, la capacité de travail est entière dès octobre 2015 dans une activité respectant de manière stricte les limitations d'épargne du rachis lombaire, (note du 7 octobre 2015). Il a toutefois admis le 8 février 2016 une baisse de rendement de 20% pour tenir compte des limitations fonctionnelles. Force est de constater, à l'instar du SMR, qu'il n'y a pas de nouvelle atteinte à la santé et que les limitations fonctionnelles sont les mêmes que celles qui étaient déjà décrites auparavant. Une baisse de rendement de 20% a quoi qu'il en soit été retenue. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans considère qu'il y a lieu de faire siennes les conclusions du SMR et de retenir une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée avec une baisse de rendement de 20%. 13. Reste à déterminer le degré d'invalidité. 14. 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 rencontra d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou 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 (ATF 135 V 297 consid. 5.2). 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). Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2). 15. En l'occurrence, l'assuré présente une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée avec une baisse de rendement de 20%. Compte tenu du fait que la capacité résiduelle de travail est exploitable dans son activité auprès de la Ville de Genève, le degré d'invalidité se confond avec l'incapacité de travail, soit en l'espèce 20%. Or, ce degré d'invalidité est inférieur au seuil de 40% permettant l'octroi d'une rente d'invalidité, à teneur de l'art. 28 al. 2 LAI. 16. a. Selon l'art. 8 al. 1 er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures 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 1 er 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). On applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 consid. 4b et les arrêts cités). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente qu'à celui des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGGA). b. D'après l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire le reclassement et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (al. 1). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement

d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain [art. 6 al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201)]. Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. La notion d'équivalence approximative entre l'activité antérieure et l'activité envisagée ne se réfère pas en premier lieu au niveau de formation en tant que tel, mais aux perspectives de gain après la réadaptation (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_644/2008 du 12 décembre 2008 consid. 3). En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; ATF 121 V 260 consid. 2c et les références). En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. Pour statuer sur le droit à la prise en charge d'une nouvelle formation professionnelle, on notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sont en principe pas déterminantes, mais bien plutôt le coût des mesures envisagées et leurs chances de succès, étant précisé que le but de la réadaptation n'est pas de financer la meilleure formation possible pour la personne concernée, mais de lui offrir une possibilité de gain à peu près équivalente à celle dont elle disposait sans invalidité (cf. VSI 2002 p. 109 consid. 2a ; RJJ 1998 p. 281 consid. 1b, RCC 1988 p. 266 consid. 1 et les références). 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). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGa a été observée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_100/2008 du 4 février 2009 consid. 3.2 et les références). Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid. 1). Il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_385/2009 du 13 octobre

2009). Si une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_464/2009 du 31 mai 2010). 17. Il résulte de ce qui précède que l'assuré a en principe droit à la prise en charge de mesures de réadaptation professionnelle, dès lors que son degré d'invalidité est de 20%.> Il y a toutefois lieu de rappeler que le mandat de réadaptation a été clôturé, le poste de travail - lequel a été adapté par l'employeur -, respectant les limitations fonctionnelles de l'assuré. La Direction des ressources humaines de l'employeur de l'assuré a à cet égard confirmé le 22 décembre 2015, que l'assuré « conserve une pleine capacité de travail dans sa fonction d'opérateur de la centrale d'engagement – appointé, laquelle a été adaptée à ses limitations de santé (chaise ergonomique et table assis-debout ». Les médecins ont également constaté que le poste actuel était adapté aux limitations fonctionnelles. L'assuré critique le fait qu'aucune collaboration n'a été mise en œuvre entre l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle. Or, il s'avère que le médecin du SMR a précisément établi sa note du 8 février 2016 avec le réadaptateur suite à un entretien téléphonique avec le Dr C\_\_\_\_\_, de sorte que l'argument tombe à faux. Aussi aucune mesure professionnelle ne se justifie-t-elle en l'occurrence. 18. Le recours est en conséquence rejeté.> 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.