

GE_GERICHTE ATAS/1058/2024 vom 23. Dezember 2024

GE Cour de justice, 2024-12-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1058_2024

FR: GE_GERICHTE ATAS/1058/2024 du 23 décembre 2024

IT: GE_GERICHTE ATAS/1058/2024 del 23 dicembre 2024

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

Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

E. 2

Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de refus de prestations invalidité de l'OAI, au-delà du 31 janvier 2021.

E. 3.1

La LAI a connu une novelle le 19 juin 2020, entrée en vigueur le 1er janvier 2022. Dans ce cadre, le système des quarts de rente jusque-là applicable a été remplacé par un système linéaire de rentes (Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [Développement continu de l'assurance-invalidité], FF 2017 2442).

E. 3.2

L'art. 28b LAI, en vigueur depuis le 1er janvier 2022, dispose que la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2). Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). La lettre b des dispositions transitoires relatives à cette modification prévoit notamment que pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de ladite modification et qui n'avaient pas encore 55 ans à cette date, la quotité de la rente ne change pas tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (al. 1). La quotité de la rente reste également inchangée après une modification du taux d'invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA si l'application de l'art. 28b de la loi se traduit par une baisse de la rente en cas d'augmentation du taux d'invalidité ou par une augmentation de la rente en cas de réduction (al. 2). Le Message précise que la quotité de la rente est calculée conformément au nouveau système si son taux d'invalidité a subi une modification d'au moins cinq points de pourcentage (FF 2017 2504). On rappellera ici que l'art. 17 LPGA régissant la révision du droit à la rente en cas de modification du taux d'invalidité

A/2092/2024 - 13/26 - s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif (arrêt du Tribunal fédéral 9C_244/2020 du 5 janvier 2021 consid. 4.3.1).

E. 3.3

Selon la jurisprudence, lorsque la décision dont est recours a été rendue après le 1er janvier 2022, il y a lieu conformément aux principes de droit intertemporel généralement applicables (cf. sur ce point ATF 144 V 210 consid. 4.3.1) de déterminer en vertu du droit applicable jusqu'au 31 décembre 2021 si un droit à la rente est né avant cette date. Lorsque le droit à la rente est né après cette date, le nouveau droit est applicable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2).

E. 3.4

En l'occurrence, le droit à la rente est né en août 2020 selon la décision de l'intimé, de sorte que l'ancien droit reste applicable, sous réserve d'une modification du degré d'invalidité de cinq points de pourcentage au moins après le 1er janvier 2022 (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_55/2023 du 11 juillet 2023 consid. 2.2), dont la chambre de céans examinera, ci-après, si elle est survenue.

E. 4

Selon l'art. 8 al. 1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures 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. L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle et les mesures d'ordre professionnel, lesquelles englobent l'orientation professionnelle, la formation professionnelle initiale, le reclassement, le placement et l'aide en capital. L'art. 14a LAI précise que l'assuré qui présente depuis six mois au moins une incapacité de travail (art. 6 LPGA) de 50% au moins a droit à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (mesures de réinsertion), pour autant que celles-ci servent à créer les conditions permettant la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel (al. 1). Sont considérées comme mesures de réinsertion les mesures ciblées ci-après qui visent la réadaptation professionnelle les mesures socioprofessionnelles (let. a) ; et les mesures d'occupation (let. b) (al. 2). L'art. 15 LAI dispose que l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. 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 selon toute vraisemblance vouées à l'échec

A/2092/2024 - 14/26 - (arrêt du Tribunal fédéral I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour

que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20% (ATF 130 V 488 consid. 4.2, 124 V 108 consid. 3a).

E. 5

Il convient en préambule de rappeler ce qui suit au sujet du droit à la rente. En vertu de l'art. 28 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c) (al. 1). L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins (al. 2). L'art. 29 LAI dispose que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (al. 1). Le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 (al. 2). Conformément au principe selon lequel la réadaptation prime la rente, ancré à l'art. 28 al. 1 let. a LAI, le droit à la rente ne peut en principe naître que lorsque toutes les possibilités de réadaptation, dont les mesures de réinsertion, ont été épuisées. Le fait que les mesures de réadaptation n'aient été que partiellement, voire pas du tout efficaces, est sans incidence sur cet état de fait. Néanmoins, avant ce moment, un droit (temporaire) à la rente peut exceptionnellement naître si l'assuré n'était pas ou pas encore apte à la réadaptation (ATF 148 V 397 consid. 6.2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_380/2021 du 31 janvier 2022 consid. 5.1).

E. 6

La loi prévoit différentes méthodes pour évaluer l'invalidité d'un assuré en fonction du statut de ce dernier.

E. 6.1

Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il s'agit d'appliquer la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1).

A/2092/2024 - 15/26 -

E. 6.1.1

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. 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).

E. 6.1.2

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).

E. 6.1.3

Pour déterminer le revenu d'invalidé de l'assuré, il faut en l'absence d'un revenu effectivement réalisé se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des 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). Selon la jurisprudence, il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait réaliser l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global maximal de 25%

A/2092/2024 - 16/26 - permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 148 V 174 consid. 6.3). Savoir s'il convient de procéder à un abattement sur le salaire statistique en raison des circonstances du cas particulier constitue une question de droit, tandis que l'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret constitue une question typique relevant du pouvoir d'appréciation (ATF 146 V 16 consid. 4.2).

E. 6.2

Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels ; c'est la méthode spécifique

d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA). L'art. 27 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) dans sa teneur dès le 1er janvier 2018 dispose que par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance apportés aux proches. S'agissant du degré d'invalidité dans la sphère ménagère, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 128 V 93 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_657/2021 du 22 novembre 2022 consid. 5.1).

E. 6.3

L'art. 27 bis RAI dans sa teneur du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2021 – applicable ratione temporis (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_553/2017 du 18 décembre 2017 consid. 5.2) – prévoyait que pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7 al. 2 LAI, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition des taux suivants : le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative (let. a) ; le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (let. b) (al. 2). Le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est régi par l'art. 16 LPGA, étant entendu que le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps (let. a) ; la perte de gain exprimée en pourcentage est pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (let. b) (al. 3). Pour le calcul du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, on établit le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation si l'assuré n'était pas invalide. Ce pourcentage est pondéré au moyen de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 3 let. b et une activité lucrative exercée à plein temps (al. 4). Avec cette réglementation, le calcul du taux d'invalidité pour la partie concernant l'activité lucrative continue d'être régi par l'art. 16 LPGA. L'élément nouveau est que le revenu sans invalidité n'est plus déterminé sur la base du revenu correspondant au taux d'occupation de l'assuré, mais est désormais extrapolé pour

A/2092/2024 - 17/26 - la même activité lucrative exercée à plein temps. La détermination du revenu d'invalide est, quant à elle, inchangée. La perte de gain exprimée en pourcentage du revenu sans invalidité est ensuite pondérée au moyen du taux d'occupation auquel l'assuré travaillerait s'il n'était pas invalide (Gisella MAURO, Ralph LEUENBERGER, Changements dans la méthode mixte in Sécurité sociale, CHSS 1/2018).

E. 6.4

Pour déterminer la méthode applicable à un cas particulier, il faut selon la jurisprudence non pas, malgré la teneur de l'art. 8 al. 3 LPGA, chercher à savoir dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative aurait été exigible de la part de l'assuré, mais se demander ce qu'il aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 133 V 504 consid. 3.3). Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait également vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer, voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et

talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3 et les références). L'évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assuré, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2018 du 28 juin 2018 consid. 2.2). Selon le principe de la « déclaration de la première heure » développé par la jurisprudence et applicable de manière générale en assurances sociales, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, le juge peut accorder sa préférence à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le résultat de réflexions ultérieures (ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_663/2009 du 1er février 2010 consid. 3.2).

E. 7

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

A/2092/2024 - 18/26 - déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (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. 7.1

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. 7.2

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative,

une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

E. 7.3

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). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2)

E. 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

A/2092/2024 - 19/26 - 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 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

En l'espèce, il sied en premier lieu d'examiner si le statut mixte retenu par l'intimé est conforme au droit.

E. 9.1

Le recourant a toujours fait état d'activités exercées à temps partiel, et ses déclarations à l'enquêtrice sont univoques. Le recourant ne conteste d'ailleurs pas les avoir tenues mais soutient uniquement qu'elles découlent d'un malentendu, dont on ne voit cependant pas très bien en quoi il consisterait. Même s'il fallait considérer que le recourant a préféré des activités de nuit à temps partiel car elles étaient mieux rémunérées que des activités de jour, cela ne modifie en rien le caractère volontaire de ce mode d'organisation de sa vie professionnelle. On ajoutera que, même s'il tenait à travailler de nuit, le recourant aurait pu rechercher des compléments d'activités, par exemple en début de soirée ou en fin d'après-midi. Or, il n'existe aucun indice étayant les allégations à l'appui de son recours selon lesquelles il aurait cherché à augmenter son temps de travail, à compléter ses activités ou à trouver un autre emploi à temps complet. Partant, on doit admettre, notamment eu égard au principe des déclarations de la première heure, que le recourant aurait poursuivi une activité à temps partiel, même sans atteinte à la santé. Ses arguments selon lesquels son statut

familial et son divorce l'auraient contraint à augmenter son taux d'activité afin de trouver un logement à la suite de sa séparation ne suffisent pas à retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il aurait cherché une activité à plein temps, sans atteinte à la santé. On doit noter ici que le recourant vit, avec sa compagne, dans un logement de quatre pièces depuis sa séparation en 2018, selon ce qui ressort de l'enquête ménagère et du rapport du Dr B_____, de sorte qu'on ne saurait considérer qu'il lui aurait été indispensable de trouver un revenu rémunéré à plein temps pour se reloger de manière adéquate à la suite de sa séparation, sans atteinte à la santé. Au plan du calcul, l'intimé a établi que l'activité professionnelle était exercée à 75%. Le premier employeur a fait état d'une activité exercée huit à douze heures par semaine dans son rapport du 11 décembre 2018, et le second a fait état d'un taux d'activité de 50% dans l'annonce de sinistre, le contrat de travail avec cet employeur stipulant un revenu de CHF 2'100.- sur la base de la convention collective de travail. Le taux de 75% correspond à l'addition de ces taux d'activité en tenant compte d'une durée hebdomadaire de travail de 40 heures par semaine, une moyenne de dix heures par semaine étant prise en compte pour la première activité. Ce calcul s'avère donc exact.

A/2092/2024 - 20/26 - On notera encore que l'enquête concluant à l'absence d'empêchement dans la sphère ménagère n'est pas contestée, et il n'y a pas lieu d'y revenir.

E. 9.2

Il convient d'examiner si l'expertise des Drs H_____ et I_____ satisfait aux exigences en matière de valeur probante de rapports médicaux. Cette expertise a été basée sur le dossier médical complet du recourant, qui y est résumé. Elle contient, au plan formel, les éléments nécessaires selon la jurisprudence, puisque les médecins ont relaté l'anamnèse, les plaintes du recourant, ont consigné leurs observations cliniques et posé des diagnostics précis avant de se prononcer sur la capacité de travail du recourant. Sur le fond, les contradictions que le recourant croit voir dans le rapport d'expertise et qu'il a énumérées dans son courrier de contestation, ne relèvent pas de contradictions intrinsèques de l'expertise, mais il s'agit en réalité de différences entre les rapports médicaux et pièces du dossier qui y sont cités. Il y a, en revanche, une contradiction importante dans le fait que l'expert orthopédiste retient une capacité de travail de 80%, en raison du problème lombaire, alors même que les experts ont admis dans leur consilium une capacité de travail totale dans une activité adaptée, sans aucunement expliquer cette différence. On relèvera, de plus, que les conclusions de l'orthopédiste sont quelque peu imprécises, voire contradictoires, puisqu'il semble retenir que les lombalgies entraînent une réduction de 20% de la capacité de travail, tout en ajoutant qu'une prise en charge des gonalgies et de l'omalgie permettrait d'augmenter la capacité de travail à 100%. On s'étonne, dans ces circonstances, que l'intimé n'ait pas invité les experts à préciser et clarifier leurs conclusions, et qu'il ne se soit pas déterminé sur cette contradiction, que le recourant a relevée à plusieurs reprises dans la présente procédure. Cela étant, comme on le verra ci-dessous, ce point n'a pas de répercussion pratique en l'espèce. Pour le surplus, la motivation des conclusions des experts selon lesquelles la capacité de travail est entière dans une activité adaptée est certes relativement succincte. Cela étant, ils ont fait état, dans ce cadre, d'examen cliniques rassurants, révélant une bonne mobilité, et de douleurs dont la cotation est relativement basse. Ils ont, en outre, tenu compte des plaintes du recourant dans la définition des limitations fonctionnelles. Ils ont, par ailleurs, évoqué des incohérences, citant notamment le fait que le recourant a été en mesure de se dévêtir et de se rhabiller en accomplissant des gestes qu'il disait douloureux,

voire impossibles, qu'il a pu conduire durant deux heures en tout cas sans arrêt, et rester assis durant l'intégralité des entretiens, alors qu'il soutient ne pas pouvoir tenir la position assise plus d'une heure. Ainsi, contrairement à ce que soutient le recourant, les experts ne se sont pas bornés à exclure toute incapacité de travail en raison du seul fait qu'il avait pu conduire, sans s'arrêter, de Genève à Fribourg. À ce sujet, ses explications quant au fait qu'il se serait simplement plié à ses obligations de collaborer et aurait pris des médicaments ne convainquent pas.

A/2092/2024 - 21/26 - D'une part, il aurait pu se rendre à l'examen en aménageant des pauses si celles-ci étaient indispensables. D'autre part, si la médication lui permet de surmonter ses douleurs, on ne comprend pas pourquoi tel ne serait pas le cas dans la vie quotidienne et dans le cadre d'une activité lucrative, étant souligné que le recourant n'allègue pas qu'il aurait pris des antalgiques dans une mesure excédant la posologie recommandée, étant précisé que la compliance à un traitement médicamenteux paraît relever d'un traitement exigible au sens de l'art. 7 al. 1 LPGA, en l'absence de contre-indication médicalement établie. Or, dans le cas d'espèce, si le recourant a rapporté des maux de ventre en lien avec la prise d'antalgiques, aucun médecin n'a fait état d'effets secondaires incompatibles avec la poursuite du traitement ou émis de réserves à ce sujet. Quant au fait que les experts auraient mal interprété les déclarations du recourant en concluant que celui-ci espérait une rente, il n'a guère de portée. En effet, ce point n'est pas déterminant pour apprécier la capacité de travail médico-théorique, même s'il peut être pris en compte pour apprécier la cohérence du comportement d'un assuré. En ce qui concerne le fait que l'expert orthopédiste a indiqué que la situation n'était pas stabilisée, cela ne suffit pas non plus à conclure à l'inexigibilité d'une reprise professionnelle. En effet, cette assertion doit être comprise en ce sens que des arthroscopies pourraient être bénéfiques au recourant. Cela étant, aucun des médecins traitants – malgré le traitement relativement intensif et l'échec des nombreuses infiltrations – n'a suggéré pour l'heure de telles interventions. Celles-ci n'apparaissent ainsi pas comme des traitements concrètement envisagés actuellement, et l'expert en a lui-même relativisé l'indication puisqu'il note que celles-ci pourraient « potentiellement » avoir lieu. S'agissant du fait que les Drs H_____ et I_____ n'ont retenu d'incapacité de travail que dès la date de l'intervention pratiquée en mai 2020, il faut préciser que cette évaluation se réfère, non pas à l'activité antérieure d'agent de sécurité – dans laquelle ils ont admis une incapacité de travail totale depuis juillet 2017 – mais à une activité adaptée, dont aucun médecin traitant n'excluait expressément l'exercice jusqu'à cette intervention. La fin de l'incapacité de travail transitoire liée à l'arthroscopie pratiquée, établie six mois après celle-ci, ne prête pas non plus le flanc à la critique, malgré l'inflammation à l'épaule rapportée en décembre 2020 par les médecins des HUG, puisqu'elle s'entend également dans une activité épargnant les épaules. La mention dans le volet rhumatologique de l'expertise d'une douleur de l'épaule gauche, apparue en mai 2020, dans les suites d'une rixe dans le cadre de son travail, est certes inexacte. Cette erreur n'est cependant pas d'une importance telle qu'elle invaliderait l'intégralité de l'expertise, a fortiori dès lors que la cause et les circonstances d'apparition d'une atteinte ne revêtent pas une portée essentielle en matière d'assurance-invalidité, comme cela peut être le cas dans l'assurance-accidents.

A/2092/2024 - 22/26 - Le recourant fait, en outre, valoir que l'expert rhumatologue ne disposerait pas d'un titre de spécialiste FMH. À ce sujet, les Lignes directrices pour l'expertise rhumatologique établies par la Société Suisse de Rhumatologie, accessibles en

ligne <https://www.rheuma-net.ch/images/pdf/lignes-directrices-pour-lexpertise-rhumatologique-05-2018.pdf>, prévoient au chiffre 2.4 qu'une des exigences posées à l'expert est que celui-ci dispose d'une formation de spécialiste en rhumatologie, mais elles n'exigent pas qu'il soit titulaire d'un titre de spécialiste de la FMH. En l'espèce, selon le registre des professions médicales MedReg, le Dr I_____ est titulaire d'un titre de spécialiste obtenu en France après une formation post-graduée, et faisant l'objet d'une reconnaissance. Il ne s'est, par ailleurs, pas prévalu d'un titre de spécialiste FMH. On ne se trouve pas dans la situation ayant conduit à l'arrêt I 65/07 du 31 août 2007, dans lequel le Tribunal fédéral a retenu que le médecin examinateur s'était précisément arrogé un tel titre dans son rapport, alors qu'il ne pouvait pas y prétendre et qu'il ne disposait pas de l'autorisation de pratiquer prévue par le droit cantonal, ce qui entachait la fiabilité de son rapport. On doit, de plus, souligner que les conclusions des experts paraissent concorder avec l'appréciation des autres médecins. Il faut rappeler que le Dr B_____ avait, dans son expertise, conclu à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, en relevant que les plaintes n'étaient pas objectivées par les éléments radio-cliniques, constat partagé par la Dre C_____ s'agissant des lombalgies. La Dre D_____ retenait, elle aussi, à fin 2018, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, à l'instar du Dr F_____, qui a fait état de l'exigibilité d'un travail à temps complet, dans son rapport du 25 mars 2020. Ce médecin est, certes, revenu sur cette appréciation, puisqu'il a mentionné une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, dans ses rapports du 2 mars 2021 et du 24 octobre 2022, puis une capacité de travail nulle dans une activité adaptée le 24 juillet 2023. Cependant, ces changements d'appréciation ne sont pas motivés et ne suffisent ainsi pas à mettre en doute l'expertise, en particulier dès lors que malgré certaines précisions diagnostiques, l'état de santé, les limitations fonctionnelles et les douleurs décrits par le Dr F_____ dans ses différents rapports, paraissent pour l'essentiel superposables, celui-ci indiquant l'absence de changement en octobre 2022 et une évolution stationnaire en juillet 2023. On notera, du reste, que les limitations fonctionnelles admises par les experts vont au-delà de celles retenues par ce médecin. Quant aux médecins des HUG, ils ne se sont pas expressément prononcés sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Enfin, l'aggravation de l'état de santé, signalée en octobre 2024 par le Dr J_____, est postérieure à la décision attaquée, si bien que son éventuelle incidence sur la capacité de gain du recourant n'a, en toute hypothèse, pas à être analysée dans la présente procédure. En effet, le juge apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision

A/2092/2024 - 23/26 - litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_758/2020 du 25 mai 2021 consid. 3.2). Cela vaut également pour l'accroissement de la hernie discale constaté en septembre 2024.

E. 9.3

Le recourant fait, en outre, valoir que l'intimé ne pouvait retenir d'activité exigible sans lui avoir fait suivre le stage d'observation dans un centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité, dont le SMR avait retenu la nécessité. Cet argument ne lui est d'aucun secours, sans qu'il soit nécessaire d'examiner s'il a refusé de se soumettre à une telle mesure ou en a simplement souhaité le report à une date ultérieure pour des raisons de santé, de sorte que la question de son aptitude subjective comme condition du droit à une

telle mesure peut rester ouverte. En effet, le droit à l'orientation professionnelle selon l'art. 15 LAI suppose que l'assuré est capable en lui-même de faire le choix d'une profession ou d'une nouvelle orientation professionnelle, mais qu'à la suite d'une atteinte à la santé, il en est empêché parce que les connaissances relatives aux aptitudes, capacités professionnelles et possibilités ne suffisent pas pour pouvoir faire le choix d'une profession adaptée au handicap ou d'une nouvelle orientation dans une telle profession (arrêt du Tribunal fédéral 9C_236/2012 du 15 février 2013 consid. 3.5). Dans le cas d'un assuré dont l'activité après invalidité devait être adaptée à des mesures classiques d'épargne du rachis, le Tribunal fédéral a retenu que le caractère relativement anodin de l'atteinte à la santé n'exigeait pas une mesure d'orientation complète, les propositions formulées par le service de réadaptation de l'assurance-invalidité étaient suffisantes, et que le marché du travail équilibré présentait un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif étaient adaptées et accessibles sans aucune formation particulière, si bien qu'il n'existait guère d'obstacles à l'exercice d'un emploi adapté (arrêt du Tribunal fédéral 9C_534/2010 du 10 février 2011 consid. 4.3). Au vu des limitations fonctionnelles dans le cas d'espèce – correspondant en substance à l'exercice d'une activité sédentaire avec mesures d'épargne du rachis et sans sollicitations excessives des épaules – il n'apparaît pas d'emblée que la nature de l'atteinte est telle qu'elle imposerait un stage d'observation. De plus, le stage auprès de la Fondation IPT a déjà permis au recourant de suivre notamment le module PIE (Prise d'Informations en Entreprise), soit une méthode de recherche d'emploi alternative, axée sur l'approche du marché caché de l'emploi. À l'issue de cette mesure, plusieurs pistes professionnelles adaptées du point de vue médical ont été énumérées. Enfin, les exemples d'activités donnés par l'intimé et accessibles, sans formation particulière, paraissent effectivement adaptés aux limitations fonctionnelles du recourant. S'agissant de son affirmation selon laquelle la position assise lui serait impossible, elle ne correspond pas aux limitations fonctionnelles retenues au plan médical, et les postes suggérés par

A/2092/2024 - 24/26 - l'intimé semblent, quoi qu'il en soit, compatibles avec des changements de position, en se levant brièvement au besoin.

E. 9.4

Reste à vérifier le calcul du taux d'invalidité effectué par l'intimé. Comme on l'a vu, le statut mixte et la pondération à 75% de la sphère professionnelle doivent être confirmés dans le cas d'espèce. S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimé s'est référé au salaire de CHF 2'100.- multiplié par douze mensualités, selon le contrat conclu avec le premier employeur. Pour le second employeur, il a retenu un salaire horaire de CHF 36.15, vacances incluses, multiplié par 10.5 heures par semaine pour un 25%, au vu de l'horaire hebdomadaire de 42 heures annoncé par l'employeur dans la déclaration d'accident. Cela correspond en 2017 à CHF 17'840.-. Le revenu global se montant ainsi à CHF 43'040.- en 2017, et après indexation à CHF 43'255.20 en 2018 et à CHF 43'994.- en 2020. Extrapolés à 100%, les revenus avant invalidité étaient de CHF 57'633.- en 2018 et de CHF 58'659.- en 2020. On notera que les bases de calcul du revenu sans invalidité appliquées par l'intimé s'avèrent favorables au recourant, puisque, selon son compte individuel AVS – lequel est en principe déterminant selon l'art. 25 du règlement sur l'assurance- vieillesse et survivants du 31 octobre 1947 (RAVS - RS 831.101), ses revenus déclarés s'élevaient à CHF 8'205.- et CHF 10'952.- en 2015, CHF 4'200.- et CHF 15'110.- en 2016, CHF 10'500.- et CHF 7'699.- en 2017 et étaient ainsi largement inférieurs à ceux retenus par l'intimé. Quant au revenu après atteinte à la santé, c'est à juste titre que l'intimé l'a fondé sur le revenu tiré d'activités

simples et répétitives selon les ESS dans leurs éditions de 2018 et 2020. On doit ainsi retenir un revenu après invalidité de CHF 67'768.- en 2018 et CHF 65'815.- en 2020 après adaptation à la durée normale de travail. L'intimé a concédé un abattement de 10% sur ce revenu, ce qui le porte à respectivement CHF 60'991.- en 2018 et CHF 59'234.- en 2020. Dès lors que l'intimé n'a pas excédé son pouvoir d'appréciation en retenant un abattement de 10%, la chambre de céans n'est pas fondée à le revoir. Il convient de revenir ici sur la contradiction contenue dans le rapport d'expertise et la capacité de travail de 80% articulée par l'expert orthopédiste, en soulignant que, même en tenant compte d'une capacité de travail réduite à ce taux, et même en appliquant l'abattement maximal de 25% sur le revenu statistique d'invalidé, les degrés d'invalidité seraient respectivement de 29% en 2018 et 31% en 2020, ce qui serait insuffisant pour ouvrir le droit à la rente, même sans tenir compte de la pondération résultant du statut mixte du recourant. Ces comparaisons révèlent l'absence totale de perte de gain à la suite de l'atteinte à la santé.

A/2092/2024 - 25/26 - Compte tenu de ces éléments, c'est à juste titre que l'intimé a alloué à l'assuré une rente entière dès le 1er août 2020 – soit trois mois après l'incapacité de travail totale dans une activité adaptée que l'arthroscopie pratiquée en mai 2020 a entraînée, conformément à l'art. 88a al. 2 RAI – et qu'il y a mis un terme dès le 1er février 2021, soit trois mois après novembre 2020, date à laquelle le recourant a recouvré, à dires d'expert, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. La décision doit ainsi être confirmée dans son résultat.

E. 10.1

Mal fondé, le recours est rejeté.

E. 10.2

La procédure en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), le recourant supporte l'émolument de procédure de CHF 200.-.

A/2092/2024 - 26/26 - 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.