

## **GE\_GERICHTE ATAS/1069/2016 vom 19. Dezember 2016**

GE Cour de justice, 2016-12-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1069\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1069_2016)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1069/2016 du 19 décembre 2016

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1069/2016 del 19 dicembre 2016

### **Erwägungen**

#### **E. 18**

Le 27 avril 2015, l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité. En comparant le salaire sans invalidité en 2013 (CHF 65'654.-) au salaire avec invalidité (CHF 59'088.-) selon les ESS 2012, TA1\_tirage\_skill\_level, pour un homme, niveau 1, indexé à 2013 et avec un abattement de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles, il en résultait un degré d'invalidité de 10%.

#### **E. 19**

Par projet de décision du 30 avril 2015, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui refuser toutes prestations d'invalidité. Le SMR estimait que depuis le 6 février

A/3727/2015 - 7/16 - 2013, la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle de nettoyeur était nulle, de façon définitive. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était totale, depuis toujours. À l'échéance du délai d'attente d'un an, soit le 6 février 2014, le degré d'invalidité était de 10%, soit insuffisant pour ouvrir le droit à une rente et à des mesures professionnelles. Sur demande expresse écrite et motivée de la part de l'assuré, l'OAI pouvait examiner le droit à une aide au placement.

#### **E. 20**

L'assuré a contesté le projet, en se référant notamment à un rapport de la Dresse F\_\_\_\_\_ du 27 mai 2015 et à un rapport de la Dresse G\_\_\_\_\_ du 29 juin 2015. Dans son rapport, la Dresse F\_\_\_\_\_ a rappelé les diagnostics posés. Elle a ajouté que malgré les traitements médicamenteux et la physiothérapie, l'assuré se plaignait de façon continue d'importantes douleurs au rachis dorso-lombaire et à l'épaule droite, de maux de tête, d'asthénie, d'angoisse, de troubles du sommeil et de troubles respiratoires. Son état de santé allait en s'aggravant de jour en jour, et ne lui permettait pas d'entreprendre un travail, quel qu'il soit, tant qu'il n'y aurait pas une stabilisation spécialement au niveau de l'épaule droite (l'assuré souffrait d'instabilité et de luxations à répétition). Par rapport du 29 juin 2015, la Dresse G\_\_\_\_\_ a relevé notamment que depuis son dernier rapport du 20 juin 2014, l'assuré présentait un état psychiatrique légèrement péjoré au niveau global. Les sensations de douleurs étaient davantage exprimées, ce qui engendrait une baisse de moral, avec une anhédonie et une apathie plus significatives. L'espoir était diminué et elle avait le sentiment d'un abandon progressif de la lutte pour la vie ; toutefois l'assuré n'exprimait pas d'idées noires. La concentration, l'attention et la mémoire étaient toujours déficientes. Le sentiment d'épuisement restait présent tandis que l'irritabilité et le contrôle des émotions étaient légèrement améliorés.

#### **E. 21**

Par avis du 24 septembre 2015, le SMR a estimé que les nouvelles pièces médicales ne permettaient ni de modifier ses conclusions précédentes, ni de retenir que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé depuis lors.

#### **E. 22**

Par décision du 28 septembre 2015, l'OAI a nié le droit de l'assuré aux prestations d'invalidité en reprenant la teneur de son projet de décision.

#### **E. 23**

Par acte du 23 octobre 2015, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il a notamment expliqué qu'il souffrait de maux de dos, qu'il ne pouvait pas faire d'efforts avec son bras droit car son épaule était déboîtée et qu'il souffrait de dépression. Il avait aussi de graves troubles du sommeil ce qui l'obligeait à porter constamment un masque d'oxygène durant la nuit. Il a produit un certificat de la Dresse F\_\_\_\_\_ du 15 octobre 2015, reprenant la teneur de celui établi le 27 mai 2015 et précisant que le recourant était en incapacité de travail à 100%, qu'il faisait état de douleurs constantes l'empêchant de dormir et qu'il se plaignait de nervosité, de vertiges et de cauchemars.

A/3727/2015 - 8/16 -

#### **E. 24**

Le 25 novembre 2015, le recourant a produit notamment un rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 1er septembre 2015, selon lequel l'IRM effectuée à cette date révélait un canal lombaire constitutionnel relativement étroit, une dégénérescence discale L2-L3 et L4-L5 avec discopathie L5-S1, une protrusion discale L3-L4 de localisation médiane et paramédiane droite sans contrainte radiculaire; une protrusion discale L4-L5 de localisation médiane et paramédiane sans effet compressif sur les racines, une hernie discale L5-S1 luxée vers le bas, en conflit avec les racines S1 à prédominance droite, une arthrose interapophysaire postérieure étagée et un cône médullaire de topographie normale et de signal homogène.

#### **E. 25**

Par réponse du 30 novembre 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours pour les motifs indiqués dans sa décision. Au surplus, l'expertise du CEMED avait pleine valeur probante. Par ailleurs, il renvoyait à un avis du 13 novembre 2015 du SMR qu'il produisait, selon lequel les documents apportés dans le cadre du recours n'apportaient aucun élément nouveau ou qui aurait été ignoré et les conclusions du 16 avril 2015 restaient entièrement valables. Selon la Dresse K\_\_\_\_\_, en comparaison avec l'IRM de 2010, prise en compte par les experts, l'IRM de 2015 était globalement superposable. Les deux examens mettaient principalement en évidence une hernie discale L5-S1 avec un conflit disco-radiculaire et des discopathies/protrusions discales dégénératives étagées. Le Dr E\_\_\_\_\_ décrivait en outre des signes de MODIC I au niveau du plateau inférieur et antérieur de L5. On ne savait pas si ces signes étaient déjà présents en 2010 car aucune analyse comparative n'avait été effectuée par le Dr E\_\_\_\_\_. En tout état de cause, l'IRM de 2015 ne montrait pas de modification spectaculaire par rapport à 2010. La confrontation des images à la clinique constatée fin 2014 et aux conclusions du CEMED était cohérente. Enfin, les limitations fonctionnelles rachidiennes avaient déjà été admises. Dans ce contexte, cette IRM récente n'apportait aucun élément suggérant une aggravation notable depuis l'expertise. Par ailleurs, le bilan du sommeil en 2014 était déjà connu et avait été pris en compte. Le SAS, quoique sévère, était étonnamment peu symptomatique (pas de fatigue ou somnolence diurne, pas

d'HTA) alors que le recourant semblait peu compliant au traitement. Hormis la conduite professionnelle qui devait être proscrite, le SAS était compatible avec une capacité de travail entière. Enfin, s'agissant du rapport du 15 octobre 2015 de la Dresse F\_\_\_\_\_, tous les diagnostics mentionnés avaient été pris en compte dans les conclusions de l'expertise et aucun fait objectif nouveau n'était rapporté.

#### **E. 26**

Par réplique du 29 janvier 2016, le recourant, représenté par son conseil, a conclu, principalement, à l'annulation de la décision, et subsidiairement, à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise aux fins de tenir compte de la réalité de son état de santé actuel. Le recourant a contesté notamment les limitations fonctionnelles retenues s'agissant de son épaule droite et l'absence de répercussion du SAS sur sa capacité de travail, alors qu'il présentait une fatigue et une somnolence diurne. Il contestait également

A/3727/2015 - 9/16 - que les atteintes psychiques n'aient pas de répercussion sur sa capacité de travail. Par ailleurs, les rapports des 27 mai et 15 octobre 2015 de la Dresse F\_\_\_\_\_ attestent une aggravation de son état de santé quant à son épaule droite, du rachis dorso-lombaire et de son état psychique. Le rapport de la Dresse G\_\_\_\_\_ du 29 juin 2015 attestait également une aggravation de son état psychique. Enfin, le rapport d'IRM du 1er septembre 2015 démontrait également une aggravation, notamment des signes de MODIC I au niveau du plateau inférieur et antérieur L5. À l'appui de ses allégations, le recourant a versé un rapport de la Dresse F\_\_\_\_\_ du 24 décembre 2015, reprenant la teneur des précédents rapports et ajoutant que le recourant disait faire des subluxations à répétition au niveau de l'épaule droite au moindre mouvement avec le bras droit. Cette symptomatologie douloureuse engendrait un état anxieux très important. Le recourant disait ne pas pouvoir dormir car les douleurs étaient constantes et il se plaignait également de nervosité, de vertiges et de cauchemars. Son état de santé physique et psychique ne lui permettait pas de travailler et il était en arrêt de travail à 100%.

#### **E. 27**

Par duplique du 24 février 2016, l'intimé a fait valoir que les experts avaient pris en compte l'intégralité des atteintes à la santé du recourant et s'étaient prononcés en pleine connaissance de cause sur sa capacité de travail. Les pièces médicales, prises en compte tant par les experts que par le SMR, ne permettaient pas de modifier l'appréciation des faits. Le recourant ne faisait état d'aucun élément objectivement vérifiable ayant été ignoré dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinent pour remettre en question les conclusions de l'expertise.

#### **E. 28**

Le 2 juin 2016, la cause a été 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 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable à la présente procédure. 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 4. Le litige porte sur le droit du recourant à des

prestations d'invalidité en raison de ses atteintes à la santé. 5. a. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie

A/3727/2015 - 10/16 - ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). b. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). c. 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 finalement 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. A 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). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2). 6. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4).

A/3727/2015 - 11/16 - 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). c. 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). d. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier 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 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

A/3727/2015 - 12/16 - e. 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). f. 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).

7. 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). 8. 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

A/3727/2015 - 13/16 - 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). 9. En l'occurrence, l'intimé a retenu qu'en raison de ses troubles somatiques, le recourant présente une incapacité de travail totale depuis le 6 février 2013 dans son activité habituelle et une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Dans le cadre de l'instruction du dossier du recourant, l'intimé a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire. Par rapport du 9 mars 2015, les Drs I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ ont diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail du recourant, des troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis et une tendinose du sus-épineux de l'épaule droite; sans répercussion sur sa capacité de travail, un SAS, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique (F33.00), des traits de personnalité émotionnellement labile type impulsif (T60.31), une discopathie en L5-S1, un status après arrachement osseux de p2 de l'auriculaire droit le 8 novembre 2012 et une surcharge pondérale. Selon les experts, les troubles du rachis et de l'épaule droite entraînaient des limitations fonctionnelles, et dans une activité respectant ces limitations, la capacité de travail était totale, sans diminution de rendement. Ces troubles n'avaient pas d'influence sur l'activité habituelle du recourant, pour autant que les limitations fonctionnelles puissent être respectées. Enfin, il n'y avait pas eu d'incapacité de travail durable et des mesures de réadaptation n'étaient pas indiquées. La chambre de céans est d'avis que les conclusions des experts ne sont pas convaincantes, et ce pour les motifs qui suivent. On relèvera déjà que s'agissant de l'épaule droite, les experts ont diagnostiqué une tendinose du sus-épineux, alors qu'à plusieurs reprises, ils ne font état que d'une "possible" ou d'une "éventuelle" tendinopathie (pp. 18 et 20 du rapport). S'agissant ensuite des limitations fonctionnelles, les

experts ont estimé qu'en raison des troubles du rachis, l'activité exercée devait notamment permettre l'alternance des positions assis/debout et ils ont conclu que les atteintes du rachis n'avaient pas entraîné d'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle du recourant (p. 21, point 2.5 du rapport d'expertise). Or, la chambre de céans peine à comprendre comment l'exercice de nettoyeur ou de laveur de vitres pourrait être compatible avec la nécessité d'alterner les positions assis/debout. Qui plus est, les experts ont également retenu qu'en raison de l'atteinte à l'épaule droite, l'activité exercée ne devait pas nécessiter l'utilisation régulière du bras au-dessus de l'horizontale. Tout comme pour les troubles du rachis, les experts ont estimé que l'atteinte à l'épaule droite n'avait eu aucune répercussion sur la capacité de travail du recourant (p. 21,

A/3727/2015 - 14/16 - point 2.5 du rapport d'expertise). Or, dans la mesure où l'activité habituelle du recourant consistait à laver les vitres, on ne voit pas comment cette activité pourrait être exercée sans utiliser le bras au-dessus de l'horizontale. S'agissant du SAS, les experts ont conclu que la pathologie respiratoire nocturne du recourant, jugée grave, ne justifiait pas une incapacité de travail. Pour parvenir à cette conclusion, les experts se sont notamment appuyés sur l'absence de plaintes du recourant (p. 17 du rapport). Or, on relèvera que contrairement à ce qu'indiquent les experts, le recourant a pourtant signalé l'absence d'amélioration de sa fatigue depuis l'introduction du traitement du SAS (p. 7 du rapport). Enfin, dans la mesure où cette pathologie relève de la pneumologie, il aurait été utile qu'un médecin spécialisé dans ce domaine se détermine sur les conséquences de cette atteinte sur la capacité de travail du recourant. Pour ces motifs, les conclusions des experts quant à l'absence de répercussion des troubles du rachis, de l'épaule droite et du SAS sur la capacité de travail du recourant n'apparaissent pas convaincantes. À cet égard, on relèvera que le SMR s'est d'ailleurs écarté des conclusions des experts, en indiquant que l'activité de laveur de vitres ne respectait pas entièrement les limitations fonctionnelles, notamment en lien avec la tendinose de l'épaule droite, de sorte qu'il reconnaissait une incapacité de travail totale durable dans cette profession depuis le 6 février 2013 (avis du 16 avril 2015). Cela étant, c'est à tort que le SMR a posé de nouvelles conclusions médicales, alors qu'il s'imposait d'écarter l'expertise réalisée par les Drs I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ et de mettre en œuvre une nouvelle expertise. Par ailleurs, la chambre de céans relèvera que sur la base notamment du rapport d'IRM effectuée le 13 septembre 2010 et d'une radiographie dorsale et lombaire du 15 septembre 2014, les experts ont estimé que les lésions organiques objectives ne pouvaient expliquer qu'une partie des troubles annoncés par le recourant (p. 18 du rapport d'expertise). Or, le rapport d'IRM lombaire effectuée le 1er septembre 2015 - que le recourant a produit dans le cadre de la présente procédure - fait état d'atteintes qui ne sont pas mentionnées dans le rapport du 13 septembre 2010. Même si, dans son avis du 13 novembre 2014, le SMR estime qu'il n'y a pas de « modification spectaculaire » par rapport à 2010, il n'en demeure pas moins qu'il apparaît pertinent et nécessaire qu'un spécialiste se détermine sur les conclusions de cette récente IRM lombaire, ce d'autant plus qu'elle a été réalisée avant que l'intimé ne rende sa décision litigieuse (le 28 septembre 2015). De surcroît, on relèvera encore que l'expertise mise en œuvre par l'intimé aurait dû comporter un volet orthopédique (avis du SMR du 20 août 2014 et communication de l'intimé du 3 septembre 2014). Or, force est de constater qu'aucun spécialiste en orthopédie n'a examiné le recourant. 10. Compte tenu de ce qui précède, à défaut d'informations fiables sur les atteintes dont souffre le recourant et leurs répercussions éventuelles sur sa capacité de travail, la

A/3727/2015 - 15/16 - chambre de céans n'est pas en mesure d'apprécier de manière adéquate la situation médicale du recourant. Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction médicale complémentaire, sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire, comprenant notamment les volets de la pneumologie, de l'orthopédie, de la rhumatologie et de la psychiatrie. 11. Enfin, le recourant fait valoir que son état de santé actuel atteste l'existence d'une aggravation, en se référant aux avis de ses médecin et psychiatre traitants. Or, on rappellera que le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Pour ces motifs, la chambre de céans ne saurait examiner si l'état de santé du recourant s'est aggravé postérieurement à la décision litigieuse. 12. Vu ce qui précède, le recours est admis partiellement et la décision querellée annulée. La cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. 13. Représenté par un mandataire, le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de CHF 1'500.- à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du

### **E. 30**

juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). 14. Étant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/3727/2015 - 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.