GE_GERICHTE ATAS/225/2025 vom 1. April 2025

GE Cour de justice, 2025-04-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_225_2025

FR: GE_GERICHTE ATAS/225/2025 du 1 avril 2025

IT: GE_GERICHTE ATAS/225/2025 del 1 aprile 2025

Erwägungen

E. 1.1
Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l’assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d’espèce est ainsi établie.

E. 1.2
À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'AI, à moins que la loi n'y déroge expressément.

E. 1.3
Interjeté dans la forme et le délai – de trente jours – prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA ainsi que 62 ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

A/1935/2024 - 8/21 -

E. 2
Le 1er janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur. En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1er janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références). En l'occurrence, la décision querellée a certes été rendue postérieurement au 1er janvier 2022. Toutefois, un éventuel droit à une rente d'invalidité serait né au plus tôt en mai ou juin 2021, dès lors que l’incapacité de travail (art. 6 LPGA) d’au moins 40% en moyenne invoquée par l’intéressé aurait duré au moins une année sans interruption notable (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI) à partir du 1er juillet 2019 et dès lors que la demande de prestations avait été déposée le

E. 3

L'objet du litige porte sur le droit éventuel de la recourante à des prestations AI, mesures professionnelles et/ou rente. Son acte de recours est à cet égard intitulé « Recours au refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles », ce dont on peut déduire que l'assurée ne limite pas ses conclusions à l'octroi d'une rente mais n'exclut pas des mesures professionnelles. De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

E. 4

A/1935/2024 - 9/21 -

E. 4.1

En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1, tel qu'en vigueur dès le 1er janvier 2021, la version antérieure indiquant « dans son domaine d'activité » plutôt que « qui entre en considération »). 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). Aux termes de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Conformément à l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

E. 4.2

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente 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). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à

40% au moins.

E. 4.3

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 127 V 294 consid. 4c ; 102 V 165

 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

E. 4.3.1

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanent d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, telle la classification internationale des maladies (ci-après : CIM) ou le DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual) (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références). Cette procédure d'administration des preuves est notamment applicable à la fibromyalgie (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.1). L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'AI, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

E. 4.3.2

Ainsi, selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit

ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité

A/1935/2024 - 11/21 - d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence). Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). - Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3), A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1) Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3). B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2) C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3) - Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement ; consid. 4.4) Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2). Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

E. 4.4

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 (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). 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).

E. 4.4.1

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

A/1935/2024 - 12/21 - 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

E. 4.4.2

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 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). 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. À 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 qui ont 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 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

E. 4.5

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). Chez les assurés actifs – comme la recourante l'est reconnue par l'intimé –, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGA).

E. 4.6

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 135 V 39 consid. 6.1 ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

E. 4.7

Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel il appartient au juge d'établir d'office l'ensemble des faits déterminants pour la solution du litige et d'administrer, le cas échéant, les preuves nécessaires (cf. art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA). En principe, les parties ne supportent ni le fardeau de l'allégation ni celui de l'administration des preuves. Cette maxime doit cependant être relativisée par son corollaire, soit le devoir de collaborer des parties, lequel comprend l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela est raisonnablement exigible, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués (ATF 138 V 86 consid. 5.2.3 ; 125 V 193 consid. 2). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 124 V 372 consid. 3 ; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le

A/1935/2024 - 14/21 - cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références). Conformément au principe inquisitoire, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l’administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

E. 5.1

En l’espèce, les rapports d'expertise en chirurgie maxillo-faciale et ORL (bidisciplinaire) des Drs E_____ et F_____ du 3 mai 2023, en « médecine interne » du Dr H_____ du 8 novembre 2023 ainsi qu’en psychiatrie du Dr R_____ du 26 avril 2024 répondent tous, sur le plan formel, aux exigences posées par la jurisprudence pour qu'on puisse leur accorder une pleine valeur probante. En effet, ces expertises ont été conduites par des médecins spécialisés dans les domaines concernés, en vue d'établir des synthèses des différentes pathologies de l'expertisée, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier. Les experts ont personnellement examiné la recourante préalablement à l'établissement de leurs rapports d'expertise respectifs, et ils ont consigné les renseignements anamnestiques pertinents, recueilli les plaintes de l'assurée et résumé leurs propres constatations. Ils ont en outre énoncé les diagnostics retenus et répondu à toutes les questions posées. Enfin, les conclusions des experts sont claires et bien motivées.

E. 5.2

Dans son acte de recours, l’intéressée fait valoir quatre incohérences de la décision querellée, avant de conclure : « Je n’ai actuellement et depuis plus d’une année, ni chômage, ni hospice, ni revenu car incapable, à cause de mon état de

 santé, d’exercer ou même de garder une activité lucrative. [À la ligne] Je me trouve dans une impasse car je n’ai pas les moyens à ce jour de me soigner ».

E. 5.2.1

S’agissant des première et deuxième incohérences, d’après elle, il est mentionné dans ladite décision que son incapacité de travail date de 2005, alors qu’elle n’était pas encore arrivée en Suisse à cette date-ci, qu’elle aurait toujours dit que son état de santé s’était considérablement détérioré en 2017 et qu’elle aurait travaillé jusqu’à cette année-ci. La date de 2005 est censée être celle du début de l’incapacité de travail de 25% selon le rapport du 14 novembre 2023 du SMR. En effet, à teneur du rapport d’expertise du Dr H_____, la capacité de travail de 75% est « restée stable depuis le début de la prise poids », selon le SMR « en lien avec la maladie de Verneuil et le SAOS (NDR : syndrome d’apnées obstructives du sommeil) dans le contexte d’une obésité classe III depuis la prise de poids en mai 2005 passant de 70 kg à 120 kg et d’un pré-diabète ». Le SMR n’indique pas précisément d’où il tire l’année 2005. Il est relevé dans le rapport d’expertise en « médecine interne », sous « anamnèse systématique » (déclarations de l’expertisée) : « Variation de poids : il a fait suite aux injection de cortisone. En 2007. J’ai doublé mon poids à partir 57 kg en deux ans. J’ai même mis un anneau gastrique durant 4 ans, sans effet en 2009 peut-être » (p. 14), étant toutefois relevé que l’expert psychiatre a compris que l’anneau gastrique avait été posé en 2007 (cf. rapport d’expertise du Dr R_____, p. 12). L’année 2005 est deux ans avant 2007 et quatre ans avant 2009, et elle découle donc des propres déclarations de l’intéressée. Au demeurant, une éventuelle mécompréhension de deux ans entre 2005 et 2007 ne saurait, en l’occurrence, en aucune façon être de nature à remettre en cause la valeur probante des expertises. L’année 2005 comme début de l’incapacité de travail de 25% n’est pas en contradiction avec le fait que la maladie de Verneuil est connue depuis 2017 (cf. rapport d’expertise du Dr H_____, p. 11) ou 2012 (cf. rapport d’expertise du Dr R_____, p. 12). Pour le reste, il ressort clairement de la demande AI de l’assurée que l’emploi secrétaire à Genève au taux de 100% du 1er octobre au 31 décembre 2014 était sa dernière activité lucrative et que activités du 8 janvier 2016 au 8 janvier 2017 puis du 20

janvier au 20 septembre 2017 étaient des activités non professionnelles au sens strict mais plutôt de « réinsertion » (comme indiqué dans sa demande AI), plus précisément, sur mandat de l'hospice, un stage dans un journal puis « un stage d'aide technique de recherche et démarchage entreprise dans une entreprise de placement » (cf. rapport d'expertise psychiatrique, p. 15 ; cf. aussi extrait du compte individuel [CI] au 11 décembre 2020).

E. 5.2.2

Le fait que, selon le quatrième grief, la décision litigieuse ait été envoyée à l'hospice est sans pertinence et, au demeurant, non problématique, étant donné que celui-ci a demandé le 15 février 2021 à l'OAI de lui rembourser les avances

 qu'il avait accordées à l'intéressée depuis le 1er janvier 2015 et que cette dernière s'était engagée à la même date à reverser à l'hospice les éventuelles rentes d'invalidité rétroactives à hauteur des prestations qu'il lui avait consenties.

E. 5.2.3

Pour ce qui est de la troisième incohérence, la recourante écrit : « Il est mentionné que mon incapacité de travail est inférieure à 40% ; or il m'est impossible de me vêtir, marcher ou de me mouvoir 5 jours sur 7, ce qui m'empêche d'avoir et de garder un travail ». Une telle impossibilité, de grande intensité, n'est confirmée par aucun élément du dossier. Elle est en outre en contradiction claire le contenu des trois rapports d'expertise susmentionnés, que l'assurée ne remet en cause sur aucun point précis. En particulier, de manière constante, ces rapports d'expertise décrivent la « journée type » de la manière suivante, en résumé : l'expertisée se lève vers 6h00 ou 7h00, elle effectue ses tâches ménagères et les courses avec l'aide de son mari, prépare les repas, regarde un film le soir, tout en pratiquant de façon relativement régulière des sports en piscine ou en salle de sport comme sport ainsi que la pâtisserie comme hobby (cf. rapports d'expertise des Drs E_____ et F_____, p. 23-24, du Dr H_____, p. 16, et du Dr R_____, p. 17-20).

E. 5.2.4

Du reste, une impossibilité de se vêtir, de marcher ou de se mouvoir cinq jours sur sept ne correspond pas entièrement avec l'opposition rédigée le 22 décembre 2023 par son médecin traitant, le Dr B_____. Ce dernier y mentionne : la maladie de Verneuil (« une maladie chronique cutanée ») « qui se manifeste par des nodules inflammatoires extrêmement douloureux chronique avec des poussées inflammatoires très fréquentes aggravant ses difficultés de mobilisation », « la patiente [devant] demander de l'aide de son compagnon pour lui faire des soins de l'hygiène » ; « des crises aiguës à cause de son endométriose qui l'oblige à rester au lit, et ceci pendant plusieurs jours », une colopathie fonctionnelle qui l'empêchait de supporter le port d'un pantalon, étant précisé que l'intéressée « a refusé l'utilisation d'anti-TNF car elle projette d'avoir une grossesse et n'est pas soulagée par antalgiques usuels ce qui compromet la pratique d'une activité professionnelle » ; des « envies suicidaires » que la patiente a évoquées lors de leur dernier entretien téléphonique. Au demeurant, le suivi de la recourante par le Dr B_____ n'est pas fréquent, puisqu'il la voit, depuis août 2018, environ trois fois par an (cf. rapport d'expertise psychiatrique, p. 20), et, selon un entretien téléphonique du

E. 5.2.5

Au plan psychique, l'expert R_____ prend en considération de manière approfondie – et non contestée – les indicateurs développés par la jurisprudence du Tribunal fédéral.

Notamment, cet expert ne retient pas d'incohérences chez une assurée authentique, la seule incohérence concernant la demande de rente d'invalidité pour des raisons psychiatriques en l'absence de limitations fonctionnelles significatives et uniformes d'un point de vue psychiatrique objectivables ; l'expertisée, sans degré de gravité fonctionnel significatif, « présente un isolement social partiel, mais pas total » (elle a des contacts réguliers avec sa famille et ses amis), et garde des capacités et ressources personnelles satisfaisantes d'un point de vue psychiatrique (cf. p. 18, 21, 29 et 37-38). Sous « poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie pour le traitement et la réadaptation », le Dr R_____ répond : « L'assurée présente une motivation nulle pour une réadaptation professionnelle dans un contexte de déconditionnement et une motivation nulle pour un traitement antidépresseur et nulle pour le suivi psychiatrique selon l'anamnèse » (p. 38).

E. 5.2.6

Les constatations et appréciations du Dr R_____ sont à cet égard en cohérence avec celles du Dr H_____ (cf. notamment p. 26-27 et 29-30 du rapport d'expertise de ce dernier). D'après cet expert en médecine interne, l'intéressée n'a pas été très compliante aux propositions thérapeutiques : « la chirurgie est repoussée, de crainte d'être 'scalpée', les antibiotiques sont utilisés avec parcimonie, le tabagisme est poursuivi, le traitement antidiabétique est abandonné. Ce n'est pas une attitude cohérente avec un désir de guérir » (p. 26). Concernant la maladie de Verneuil en particulier, l'expertisée a « un parti pris d'éviter les antibiotiques autant que faire se peut, de ne pas prendre de contraceptifs oraux ni d'immunomodulateurs, et ce 'peut-être jusqu'à la ménopause', le désir d'enfant passant au premier plan. On doit signaler l'appétence pour les médecines alternatives représentant pour l'assurée une solution qui ne la rapproche pas d'une prise en charge classique, ainsi que le manque d'accès à la médecine pour des raisons économiques » (p. 24-25).

E. 5.2.7

En définitive, ni la recourante ni son médecin généraliste traitant, qui ne s'est pas exprimé après le prononcé de la décision querellée, ne font état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre des trois expertises précitées et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions des différents experts.

E. 5.3

Cela étant, l'intimé n'a aucunement investigué la problématique médicale décrite ci-dessous malgré la demande de l'expert H_____.

E. 5.3.1

Cet expert pose, comme ayant une « influence sur la capacité de travail », non seulement le diagnostic de maladie de Verneuil (apparemment stable, et peu

 active), mais aussi celui de probable syndrome des apnées obstructives du sommeil (cf. p. 21). Le Dr H_____ relève plusieurs éléments de fait (absence d'anémie, absence d'insuffisance cardiaque, etc.) plaidant contre un syndrome de fatigue chronique, qui serait dû à un syndrome des apnées du sommeil (cf. p. 23). Selon lui, toutefois, l'expertise a mis en évidence un test d'Epworth avec un score de 16, « suggérant un syndrome des apnées du sommeil, avec ronflements et obésité plus susceptible de rendre compte de ce symptôme » (cf. p. 24). Dans l'« appréciation de la gravité des troubles », concernant le syndrome des apnées obstructives du sommeil, l'expert H_____ note : « si l'assurée est restée éveillée durant toute l'expertise, et s'il est probable que le syndrome des

apnées obstructives ne soit pas d'intensité sévère, une polygraphie nocturne est néanmoins recommandée au médecin traitant pour s'en assurer et proposer un traitement le cas échéant » (p. 23). Certes, sous « A. Catégories 'degré de gravité de l'atteinte fonctionnelle'- a) Complexe 'atteinte à la santé' », il est écrit en fin de la let. i. au sujet dudit syndrome : « Si l'expert a été attentif à diagnostiquer un possible syndrome des apnées obstructives du sommeil, ce dernier devrait faire l'objet d'une investigation probablement pas les médecins traitants. En effet, il n'est a priori pas sévère, une somnolence et des bâillements à répétition n'étant pas observés en expertise » (p. 29). Toutefois, selon les conclusions de l'expert H_____ (p. 28), la capacité de travail est de 75%, « restée stable depuis le début de la prise poids », soit « 6 heures par jour pour autant qu'il n'y ait pas de syndrome sévère des apnées obstructives du sommeil ou qu'un pneumologue évalue la capacité de travail à la baisse ». En outre, il n'y a a priori pas de réduction de la performance (« dans ce temps de présence ») « pour autant qu'en cas de prescription de CPAP, le masque soit supporté ». Est, de plus, précisé : « Cette capacité (NDR : de 75%) est restée stable depuis le début, le pronostic pourra être fait après polysomnographie ». Concernant les « mesures médicales et thérapies ayant un impact sur la capacité de travail », celle-ci pourrait être améliorée de façon sensible « en cas de traitement d'un syndrome des apnées du sommeil sévère », « la mise en place d'un CPAP [devant] être évaluée après 3 mois ».

E. 5.3.2

Cela étant, il découle de ce qui précède, en particulier des conclusions (p. 28) – qui priment ce qui est écrit sous « A. Catégories 'degré de gravité de l'atteinte fonctionnelle' » (p. 29) – que la capacité de travail de 75% – dans toute activité adaptée – est fixée par le Dr H_____ sous réserve que : soit le possible ou probable syndrome des apnées obstructives du sommeil augmente substantiellement la fatigue par rapport à ce qu'a constaté et apprécié ledit expert et réduit donc encore dans une certaine mesure la capacité de travail ou la performance, sauf si ce syndrome est compensé et traité (en premier lieu par un

 appareil CPAP, voire par d'autres traitement médicaux) de manière à en annuler les effets incapacitants ; soit ledit syndrome des apnées obstructives du sommeil n'a pas d'incidence supplémentaire sur l'état de santé de la recourante en plus de ce qui a déjà été constaté et apprécié par l'expert, et un traitement exigible (avec essai dans un premier temps d'un appareil CPAP) pourrait encore améliorer la capacité de travail, la faisant passer au-dessus de 75%. Plus de clarté n'apparaît pas pouvoir être trouvée concernant cette problématique pneumologique dans le rapport d'expertise du Dr H_____.

E. 5.3.3

Le SMR comprend quant à lui, le 14 novembre 2023, ce rapport d'expertise concernant la question du syndrome des apnées obstructives du sommeil de la manière qui suit : « L'expert recommande de réaliser une polysomnographie et de mettre en place une CPAP si nécessaire (p. 28 du rapport d'expertise). Ledit traitement pourrait à terme (3 mois) améliorer l'état de santé de l'assurée et par là même sa CT (NDR : capacité de travail) pour autant que ladite CT soit évaluée à la baisse suite à la polysomnographie, toutefois, compte tenu de l'atteinte, cet examen est indiqué. Ainsi, nous laissons le soin au CM en charge du dossier d'adresser le rapport d'expertise au médecin traitant avec l'accord de l'assurée au préalable ».

E. 5.3.4

Cependant, il ne ressort du dossier aucune investigation au plan pneumologique de la part de l’OAI.

E. 5.4

La question de la confirmation ou non d’un syndrome des apnées obstructives du sommeil de même que de la possibilité et exigibilité d’un traitement contre cette atteinte à la santé étant restée complètement non instruite jusqu'ici, alors qu’il s’agit d’un point important et éventuellement susceptible d’augmenter l’invalidité à un degré supérieur à 40%, la cause doit être renvoyée à l’intimé pour instruction complémentaire puis nouvelle décision, le recours étant ainsi admis dans cette mesure (donc partiellement).

E. 5.4.1

Il appartiendra au SMR et à l’office de déterminer la meilleure façon d’évaluer, à tout le moins dans un premier temps, la question du syndrome des apnées obstructives du sommeil : consultation de l’assurée auprès d’une ou un spécialiste en pneumologie, ou expertise dans ce domaine. Si les examens à ce sujet, notamment la polysomnographie, conduisent à confirmer l’existence d’un syndrome des apnées obstructives du sommeil, la question se poserait encore de savoir si cette atteinte à la santé est ou non incapacitante et si le caractère éventuellement invalidant persiste après les traitements exigibles (cf. art. 7 al. 1 LPGA [incapacité de gain]), soit dans un premier temps probablement la mise d’un appareil CPAP durant les nuits, puis éventuellement, si ce traitement s’avérait problématique, des alternatives médicales. Cette investigation prendrait plusieurs mois, au moins trois mois selon l’expert H_____ et le SMR.

A/1935/2024 - 20/21 - Il est à cet égard rappelé qu’il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2, 2ème phr., LPGA). La recourante est rendue attentive à son devoir de collaboration, qui impliquera en particulier de se soumettre aux examens médicaux que l’OAI lui indiquera et de suivre les traitements prescrits contre l’éventuel syndrome des apnées obstructives du sommeil, à tout le moins jusqu’à ce que le SMR et l’office disposent de tous les éléments médicaux leur permettant de se prononcer en toute connaissance de cause sur la question de l’incapacité de travail. En cas de non-respect du devoir de collaborer, l’intéressée pourrait supporter les conséquences d’une impossibilité pour l’intimé de déterminer s’il y a ou non incapacité de travail supplémentaire pour cause de syndrome des apnées obstructives du sommeil.

E. 5.4.2

L’instruction complémentaire portera non seulement sur la période passée (jusqu’au prononcé de la décision querellée), mais également sur la période comprise jusqu'au prononcé de la nouvelle décision qui sera rendue.

E. 5.4.3

Dans ce cadre, le SMR et l’OAI devront clarifier la pertinence et les implications du rapport du 27 juin 2024 du radiologue S_____, qui, à la suite d’une IRM du cou réalisée le même jour, conclut, après comparaison avec une IRM cérébrale et cervicale du 17 avril 2018 – qui ne figure prima facie pas au dossier et dont il conviendra de requérir la production –, à une « progression en taille des angiomes à flux latéro-cervicaux gauche décrits ci-dessus. À noter également une hernie discale C5-C6 postéro-médiane / paramédiane droite responsable d’une empreinte conséquente sur le cordon médullaire adjacent, sans myélopathie radiologique ».

E. 5.4.4

Par ailleurs, l’instruction complémentaire portera non seulement sur la question d’un éventuel droit à une rente d’invalidité, mais aussi sur la question d’éventuelles mesures professionnelles. À cet égard, dans l’hypothèse où l’instruction complémentaire conduisait à conclure à une invalidité de 40%, suffisante pour l’octroi d’une rente AI, il est rappelé qu’une incapacité de gain ne peut être retenue que si elle persiste non seulement après les traitements mais également les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 al. 1 LPGA). 6. La recourante, qui obtient partiellement gain de cause, n'est pas représentée par un mandataire et n’a pas allégué des frais particulièrement importants pour défendre ses droits dans le cadre de la présente procédure, de sorte qu'aucune indemnité ne lui sera accordée à titre de participation à des frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 200.- sera mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).

A/1935/2024 - 21/21 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

E. 9

octobre 2023 entre l’expert H_____ et ledit médecin généraliste traitant, ce dernier n’a pas vu la patiente depuis plusieurs mois et « il travaille surtout en téléconsultation et 1 fois la quinzaine au cabinet du Dr T_____» (cf. rapport d’expertise en « médecine interne », p. 21).

A/1935/2024 - 17/21 -

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