

# **GE\_GERICHTE ATAS/401/2023 vom 5. Juni 2023**

GE Cour de justice, 2023-06-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_401\\_2023](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_401_2023)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/401/2023 du 5 juin 2023

IT: GE\_GERICHTE ATAS/401/2023 del 5 giugno 2023

## **Erwägungen**

### **E. 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. 2**

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

### **E. 3**

Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA a contrario).

### **E. 4**

Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur 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). En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence). En l'occurrence, le droit éventuel à la rente est né avant le 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

### **E. 5**

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

### **E. 6**

Le litige porte sur le droit à la rente d'invalidité du recourant et son droit à des mesures professionnelles.

A/3363/2022 - 10/19 -

### **E. 7**

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 (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, mentale ou psychique 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).

## **E. 8**

En vertu de 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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). 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 I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

## **E. 9**

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais 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. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

## **E. 10.1**

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

A/3363/2022 - 11/19 - consid. 3.2 et les références ; ATF 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). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les

documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

### **E. 10.2**

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 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

### **E. 10.3**

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

A/3363/2022 - 12/19 -

### **E. 10.4**

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid.

4.3.1).

#### **E. 10.5**

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 ; ATF 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).

#### **E. 10.6**

Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer ; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs

A/3363/2022 - 13/19 - tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b ; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations y compris d'ordre médical qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_87/2022 du 8 juillet 2022 consid. 6.2.1 et les références). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge – conformément au principe de la libre appréciation des preuves – de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction

(arrêts du Tribunal fédéral 9C\_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17 et 9C\_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70 ; arrêt du Tribunal fédéral I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

### **E. 10.7**

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 ; ATF 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 ; ATF 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. 11**

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, 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

A/3363/2022 - 14/19 - nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 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. 12**

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser 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). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles

d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

### **E. 13**

En l'espèce, seule la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée est litigieuse, son incapacité totale de travail dans son activité habituelle de plombier étant reconnue. Il s'agit donc de déterminer si l'instruction médicale du dossier permettait d'aboutir à la conclusion que le recourant dispose d'une capacité entière de travail dans une activité adaptée dès le 1er janvier 2020, tel que l'a retenu le SMR.

#### **E. 13.1**

À titre liminaire, il sied de constater que le SMR a évalué la situation médicale sans avoir lui-même procédé à un examen médical, comme l'y autorise l'art. 49 al. 2 RAI, mais après avoir recueilli les avis des médecins traitants du recourant et pris connaissance de l'expertise réalisée par le Dr E\_\_\_\_\_. Au sujet de cette expertise, l'on retiendra, quant à sa forme, qu'elle ne répond pas à la qualification d'une expertise au sens de l'art. 44 LPGA. Elle n'a en effet pas été

A/3363/2022 - 15/19 - réalisée sur mandat d'une assurance sociale, mais sur celui de l'assurance perte de gain, et ne respecte pas le processus de désignation de l'expert et les droits de participation de l'assuré instaurés par cette norme. Quant à son contenu, l'évaluation du Dr E\_\_\_\_\_ contient les éléments essentiels d'une expertise, à savoir une anamnèse, la description des plaintes du recourant, un status orthopédique et des conclusions discutées après la synthèse médicale du dossier. Pour autant, les conclusions du Dr E\_\_\_\_\_ n'emportent pas, en tant que telles, la conviction. On peine en effet à comprendre pour quelle raison l'expert a retenu que le status après plastie scapho-lunaire des poignets n'est pas incapacitant, alors qu'il relève au cours de son examen clinique une mobilité légèrement restreinte du poignet gauche, une palpation de l'articulation quelque peu douloureuse et une palpation sensible de la cicatrice de cure du tunnel carpien avec des dysesthésies locales à la percussion. L'expertise ne contient aucune explication à cet égard, l'expert se contentant de faire figurer le diagnostic précité dans la rubrique de ceux n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail. Par ailleurs, le Dr E\_\_\_\_\_ ne mentionne pas même de diagnostic – incapacitant ou non – en lien avec les doigts, de sorte que son évaluation concernant les membres supérieurs ne paraît pas complète, le recourant ayant précisément subi une lésion de l'index droit en janvier 2020 et ayant été mis en arrêt de travail par le Dr D\_\_\_\_\_ dès juillet 2020. Il sied par ailleurs de souligner que le Dr E\_\_\_\_\_ n'est pas spécialisé en chirurgie de la main et que son expertise a été établie avant que le Dr D\_\_\_\_\_ rédige son premier rapport médical. L'expertise n'est donc pas exhaustive concernant les atteintes aux membres supérieurs du recourant. En tant qu'elle a été rendue en octobre 2020, soit près de deux ans avant le prononcé de la décision litigieuse, l'expertise ne peut pas non plus être considérée comme probante concernant les atteintes des membres inférieurs, dans la mesure où elle n'intègre pas leur évolution récente, notamment concernant le genou gauche finalement opéré en mai 2023, mais qui était déjà jugé comme incapacitant par le Dr C\_\_\_\_\_ en novembre 2021. La question centrale de l'éventuelle diminution de rendement n'est par ailleurs pas discutée à satisfaction et l'expertise contient une imprécision concernant la date d'exigibilité de la reprise d'une activité adaptée, qui n'est pas non plus motivée. Ces éléments ne permettent pas d'accorder une force probante suffisante à l'expertise.

### **E. 13.2**

Il apparaît par ailleurs que les conclusions du SMR aux termes desquelles le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1er janvier 2020 ne sont soutenues par aucune autre pièce claire du dossier. L'instruction menée par l'intimé a en effet permis de récolter des rapports médicaux des Drs C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_, qui ne permettent néanmoins pas d'aboutir à ce résultat. Certes, dans son rapport du 6 octobre 2020, le Dr C\_\_\_\_\_ a mentionné une capacité de travail de 100% pour un travail sédentaire ; il a cependant immédiatement indiqué que cela lui semblait « peu réaliste ».

A/3363/2022 - 16/19 - L'ambiguïté ainsi suscitée aurait dû être levée par l'intimé en demandant des clarifications au Dr C\_\_\_\_\_, étant relevé que les conclusions ultérieures de ce médecin ne plaident pas non plus pour l'exercice d'une activité professionnelle à 100%, au vu de son rapport du 2 novembre 2021, dans lequel il a fait état d'une très nette péjoration du genou gauche du recourant et de difficultés à terminer le stage à 50%, justifiant un prochain arrêt total. Quant au Dr D\_\_\_\_\_, les réponses contenues dans son rapport du 25 novembre 2020 ne permettent pas de conclure à une capacité de travail dans une activité adaptée ; il en va de même du rapport du

### **E. 13.3**

Interrogé par la chambre de céans, le Dr D\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main, a diagnostiqué de manière claire trois atteintes affectant la main droite et les poignets du recourant, en décrivant précisément dans quel cas elles induisaient des limitations fonctionnelles. À ce titre, ce médecin a retenu une limitation modérée de la fonction du poignet gauche en raison de la douleur et de la diminution de la force relative, une absence de limitation pour le poignet droit, mais une gêne à l'écriture et des douleurs aux chocs et aux efforts de vissage et de préhension en pince pollici-digitale en raison de l'instabilité articulaire de l'index droit. Son rapport, bien que détaillé, ne peut néanmoins suffire pour établir la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. En effet, en premier lieu, le médecin n'a pas revu le recourant depuis le mois de septembre 2021, de sorte qu'une éventuelle évolution des pathologies (favorable ou défavorable) n'a pas pu être prise en compte. De plus, les conclusions du Dr D\_\_\_\_\_ ne sont pas limpides sur le fait de savoir si le recourant présente une incapacité de travail en tant que telle dans une activité adaptée ou si seul son rendement est diminué, en ce sens qu'une activité adaptée peut être réalisée à temps complet d'un point de vue médico-théorique, mais nécessite de faire des pauses pour éviter la surcharge et se reposer. Or, cette distinction est essentielle puisque le SMR, qui ne remet pas en cause les limitations fonctionnelles mises en avant par le Dr D\_\_\_\_\_, estime que la capacité de travail du recourant n'est pas affectée et que les activités proposées par le service de réadaptation ne nécessitent pas de faire des pauses pour décharger les mains, de sorte que le rendement n'est pas diminué. Avant de déterminer si les activités envisagées respectent concrètement les limitations fonctionnelles du recourant – ce qui n'est pas une question médicale mais doit être précisé en concertation avec le service de réadaptation au regard des exigences requises par chaque activité – il faut cependant circonscrire de manière précise sa

A/3363/2022 - 17/19 - capacité de travail d'un point de vue médico-théorique et se prononcer en outre sur son rendement sous l'angle médical, celui-ci pouvant, ou non, être diminué dans une activité adaptée, que celle-ci soit exercée à temps plein ou à temps partiel, en fonction par exemple de la nécessité de réaliser des pauses ou en raison d'un ralentissement du rythme de travail. Il se justifie ainsi de renvoyer la cause à l'intimé pour

instruction complémentaire, la capacité de travail du recourant au regard de ses pathologies aux membres supérieurs n'étant pas suffisamment investiguée.

#### **E. 13.4**

Un tel renvoi permettra en outre d'éclaircir la question de l'éventuelle diminution de rendement liée aux atteintes des genoux. Certes, les Drs G \_\_\_\_\_ et H \_\_\_\_\_ ont mentionné être d'accord avec les conclusions du Dr E \_\_\_\_\_ et souscrire à une capacité entière de travail du recourant dans une activité adaptée. Cependant, ils ont tous deux également affirmé que son rendement était réduit par rapport à un assuré valide en raison de la gonarthrose gauche invalidante et du status post prothèse totale du genou droit, dans une mesure qu'ils ne parvenaient néanmoins pas à quantifier. Le fait qu'ils concèdent ne pas être en mesure de chiffrer cette diminution de rendement ne permet pas, in fine, d'écarter cet élément, largement corroboré par la mesure d'intégration professionnelle ayant mis en avant que le recourant avait dû varier les positions et réaliser de nombreuses pauses lors des divers ateliers, de durée variable, afin de soulager ses membres inférieurs et ses douleurs, même lorsqu'il montrait de l'intérêt pour l'activité réalisée et quand bien même la mesure avait rapidement été effectuée à 50% seulement. Il est également frappant de constater que le SMR ne s'est pas prononcé sur le rapport dressé par le centre de réadaptation, ne confrontant pas ses conclusions à la lumière des constatations faites à cette occasion. Or, si l'avis du médecin prime en règle générale sur celui du centre d'observation, ceci nécessite que le premier ait au minimum motivé les raisons pour lesquelles il s'écarte des observations de terrain, la capacité de travail d'un assuré devant être établie en étroite et réciproque collaboration entre ces deux acteurs. La difficulté du recourant à maintenir sur la durée une position assise, impliquant la nécessité d'alterner les positions, figure par ailleurs dans l'expertise du Dr E \_\_\_\_\_, dans le rapport médical du Dr H \_\_\_\_\_ du 22 mars 2023 et cet élément a de plus été confirmé par le recourant lors de son audition. Par conséquent, il est permis de penser que les affections des membres inférieurs entraînent une diminution de rendement, dont la portée exacte doit être précisée sur le plan médical.

#### **E. 13.5**

Au vu de ce qui précède, la chambre de céans n'est pas en mesure de statuer sur le droit à la rente du recourant, les conclusions médicales au dossier n'étant pas suffisamment probantes pour établir les conséquences réelles de ses atteintes à la santé quant à sa capacité de travail. Dans la mesure où des doutes subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'intimé, il est nécessaire d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer l'affaire à l'intimé pour

A/3363/2022 - 18/19 - instruction complémentaire, étant rappelé qu'il n'appartient pas au juge de suppléer aux carences de l'instruction menée par l'administration, sur des points qu'elle n'a pas du tout investigués (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). L'intimé devra ainsi procéder à une nouvelle instruction du dossier portant sur les affections des membres supérieurs et des membres inférieurs, leur évolution, et leur impact global sur la capacité de travail du recourant et son rendement, mais également, en fonction du résultat de l'instruction médicale, devra requérir un avis détaillé de son service de réadaptation quant à la question de savoir si les activités qu'il avait jugées adaptées le sont réellement au regard de l'ensemble des limitations fonctionnelles du recourant, singulièrement de la nouvelle limitation fonctionnelle admise par le SMR concernant la pince pollici-digitale à la main droite. À la suite de cette instruction, l'intimé calculera à nouveau la perte de gain du

recourant, en tenant compte des dernières données de l'ESS, étant rappelé que les statistiques de l'année 2020 font état de salaires légèrement plus bas que celles de l'année 2018 sur lesquelles l'intimé s'est fondé.

#### **E. 14**

Ce qui précède rend à ce stade sans objet les critiques du recourant concernant le calcul de la perte de gain (abattement insuffisant), l'absence de perspectives réalistes de trouver un emploi sur le marché équilibré du travail compte tenu de son âge et de ses limitations fonctionnelles, ou l'octroi de mesures professionnelles.

#### **E. 15**

En conclusion, le recours sera partiellement admis. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

A/3363/2022 - 19/19 - 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.