

GE_GERICHTE ATAS/417/2025 vom 3. Juni 2025

GE Cour de justice, 2025-06-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_417_2025

FR: GE_GERICHTE ATAS/417/2025 du 3 juin 2025

IT: GE_GERICHTE ATAS/417/2025 del 3 giugno 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 de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 1.2

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

E. 2

Le litige porte sur le droit du recourant à prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité dès le mois d'octobre 2023, singulièrement sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à son état de santé dès le mois d'octobre 2023.

A/2359/2024 - 8/12 -

E. 3.1

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. Les éléments pertinents de la présente cause étant postérieurs à l'entrée en vigueur desdites modifications, les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

E. 3.2

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). A droit à une rente d'invalidité, l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation

raisonnablement exigibles, qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

E. 3.3

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. 3.4

Selon l'art. 54a LAI, les SMR établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré qui sont déterminantes pour l'assurance-invalidité en vertu de l'art. 6 LPGA, pour l'exercice d'une activité lucrative raisonnablement exigible ou pour l'accomplissement des travaux habituels (al. 3). Lors de la détermination des capacités fonctionnelles, la capacité de travail attestée médicalement pour l'activité exercée jusque-là et pour les activités adaptées est évaluée et justifiée en tenant compte, qualitativement et

A/2359/2024 - 9/12 - quantitativement, de toutes les ressources et limitations physiques, mentales et psychiques (art. 49 al. 1bis RAI). Les limitations dues à l'atteinte à la santé au sens étroit, à savoir les restrictions à l'exercice d'une activité lucrative au sens de l'art. 8 LPGA de nature quantitative et qualitative, dues à l'invalidité et médicalement établies, doivent systématiquement être prises en compte pour l'appréciation de la capacité fonctionnelle. Il s'agit là de l'estimation du temps de présence médicalement justifié, d'une part, (capacités fonctionnelles quantitatives, par ex. en nombre d'heures par jour) et des capacités fonctionnelles qualitatives durant ce temps de présence, d'autre part (limitation de la charge de travail, limitations qualitatives, travail plus lent par rapport à une personne en bonne santé, etc.). En règle générale, ces deux composantes sont ensuite combinées pour obtenir une appréciation globale en pourcentage de la capacité de travail, autrement dit des capacités fonctionnelles. Ainsi, par exemple, une productivité réduite pendant le temps de présence exigible ou un besoin de pauses plus fréquentes doivent être systématiquement déduits lors de l'indication de la capacité fonctionnelle résiduelle. Cela permet également de tenir compte de la jurisprudence du Tribunal fédéral, selon laquelle la capacité de travail attestée par un médecin donne des indications sur l'effort pouvant être effectivement exigé, mais pas sur la présence éventuelle sur le lieu de travail. Dans certaines circonstances, il peut être nécessaire de demander des renseignements auprès du médecin traitant afin que le SMR puisse établir une évaluation globale et compréhensible de la capacité fonctionnelle résiduelle, qui tienne compte de tous les facteurs médicaux influents [OFAS, Dispositions d'exécution relatives à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (Développement continu de l'AI), rapport explicatif (après la procédure de consultation) du 3 novembre 2021 (ci-après : rapport explicatif), ad art. 49 al. 1bis, p. 60].

E. 3.5

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

A/2359/2024 - 10/12 - l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). 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).

E. 3.6

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).

E. 4

En l'espèce, pour rendre la décision contestée, l'intimé s'est fondé sur l'avis des médecins de l'assuré et d'une expertise administrative versée à la procédure pour retenir les diagnostics pertinents et apprécier la capacité de travail dans l'activité exercée en dernier lieu par le recourant d'aide de cuisine et sa capacité de travail dans une activité adaptée à son atteinte à l'épaule. Le diagnostic d'épaule gelée, soit une capsulite rétractile, évoqué après la décision attaquée par le nouveau médecin généraliste du recourant ne saurait être retenu sur la base de nouveaux documents qui ne discutent pas les précédents avis médicaux concordants fondés sur des examens approfondis de spécialistes, en particulier le Dr D_____ consulté par le recourant et l'experte E_____, lesquels ont précisément été amenés à se prononcer sur le cas et ont pris le soin d'exposer les diagnostics retenus ainsi que les motifs pour lesquels le diagnostic de capsulite n'entrait pas en ligne de compte. Sur ce point en effet, l'avis du Dr D_____ est rejoint par celui de l'experte et également par les

autres avis de médecins ayant suivi le recourant jusqu'à la décision attaquée. Les diagnostics pertinents convergeaient à l'instar des avis des médecins sur les conséquences des diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assuré. L'intimé s'est ainsi

A/2359/2024 - 11/12 - prononcé sur la base d'avis médicaux convergents, clairs et motivés, dont la valeur probante doit être reconnue par la chambre de céans. Il sied au demeurant de préciser que le Dr I_____, malgré le diagnostic « d'épaule gelée », affirme que son patient peut travailler dans une activité adaptée, de sorte que l'éventuelle divergence d'opinion sur ce diagnostic ne modifie pas le résultat quant à la capacité de travail du recourant. En effet, l'appréciation de la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée à l'état de son épaule ne fait pas apparaître de réelles divergences entre les avis médicaux exprimés, les médecins de l'assuré s'étant prononcés en faveur d'une capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'épaule droite. Le fait que la Dre G_____ atteste d'une incapacité de travail en raison des douleurs ne permet au demeurant pas de retenir que cette médecin consultée dès janvier 2024 à la Clinique H_____ ait exclu la possibilité d'exercer une activité adaptée à l'état de l'épaule du recourant. Enfin, les pièces relatives au traitement proposé par la Dre G_____ à la Clinique H_____ ne suffisent pas à remettre en doute les avis médicaux recueillis dans le cadre de l'instruction médicale, en particulier les avis probants de spécialistes en la matière. Il sera en fin de compte rappelé que le recourant exerçait, avant son activité d'aide cuisinier aujourd'hui incompatible avec son état de santé, une activité sans port de charge ni mouvement répétitif de logisticien qui serait adaptée à son état de santé actuel. Sa capacité de travail n'est ainsi pas uniquement théorique, mais pourrait réellement être exploitée. Au vu de ce qui précède, la décision attaquée ne peut qu'être confirmée.

E. 5

Le recours est dès lors rejeté. La procédure n'étant pas gratuite, un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge du recourant.

A/2359/2024 - 12/12 - 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.