

GE_GERICHTE ATAS/428/2025 vom 4. Juni 2025

GE Cour de justice, 2025-06-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_428_2025

FR: GE_GERICHTE ATAS/428/2025 du 4 juin 2025

IT: GE_GERICHTE ATAS/428/2025 del 4 giugno 2025

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

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. 3

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité.

E. 4.1

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. 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

A/495/2024 - 8/11 - 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, le litige porte sur la quotité de la rente d'invalidité, dont il n'est pas contesté que le droit est né postérieurement au 31 décembre 2021, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

E. 4.2

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). À 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. 4.3

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. 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

A/495/2024 - 9/11 - 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). 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. 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 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). 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

En l'espèce, la chambre de céans constate que la décision querellée repose essentiellement sur un rapport manuscrit du Dr C_____ du 1er février 2023, qui retenait que le recourant

serait capable de travailler dans une activité adaptée à 100% dans un délai peu lisible, qui pouvait correspondre à un mois ou à un an. Dans son rapport du 22 août 2024, le Dr C_____ a indiqué que suite à l'intervention du 15 février 2022, ayant pour but la réparation des tendons des muscles de la coiffe des rotateurs, la mobilité de l'épaule du recourant avait rapidement progressé, mais que cette épaule était restée toujours dominée par des phénomènes douloureux. Cela correspondait manifestement à une cicatrisation insuffisante des tendons des muscles de la coiffe des rotateurs et à une insuffisance d'épaisseur des tendons cicatrisés. Dans ce contexte, à un an de l'intervention de l'épaule droite, il paraissait difficile de remettre l'assuré au même poste de travail, mais il existait un espoir d'amélioration progressive des tendons réparés dans un délai raisonnable d'un an. Il résulte de ce dernier rapport qu'en février 2023, le Dr C_____ estimait que l'état de santé du recourant pouvait s'améliorer dans le délai d'un an. Ainsi, le délai évoqué dans son rapport du 1er février 2023, dans lequel le recourant pourrait être capable de travailler dans une activité adaptée à 100%, était d'un an et non d'un mois. Dès lors, ce dernier ne pouvait pas retenir que la capacité de travail du

A/495/2024 - 10/11 - recourant était de 100% dans une activité adaptée dès mars 2023, ce qui correspond à une lecture erronée du rapport du Dr C_____ du 1er février 2023. Dans son rapport du 18 mars 2024, le Dr C_____ qui certifiait que le recourant ne pouvait plus travailler quelle que soit l'activité professionnelle en raison des séquelles de son épaule droite et de son rachis lombaire. Dans son rapport du 22 août 2024, ce médecin indiquait que l'état de santé du recourant n'avait pas évolué favorablement et que toute activité manuelle restait douloureuse. Son état s'était en outre aggravé au courant de l'année 2022 avec des phénomènes douloureux du rachis. Toute activité professionnelle était impossible pour le recourant au vue de l'ensemble des pathologies. Ces deux derniers rapports remettent sérieusement en cause le pronostic de reprise d'une activité retenue par le Dr C_____ dans son rapport du 1er février 2023, qui a fondé la décision querellée. Cette décision doit en conséquence être annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire sur le plan orthopédique afin déterminer si le recourant a retrouvé une capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations et cas échéant depuis quand. La chambre de céans a en outre constaté, lors de son audience du 7 mai 2025, que le recourant semblait également atteint dans sa santé psychique dans une mesure qui pourrait être invalidante, quand bien même il n'en a pas forcément conscience et qu'une instruction complémentaire doit également faite sur ce plan.

E. 6

Il y a en conséquence lieu d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision querellée et de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il fasse procéder à une expertise bidisciplinaire du recourant (orthopédique et psychiatrique), au sens de l'art. 44 LPGA. 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/495/2024 - 11/11 - 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.