

GE_GERICHTE ATAS/539/2022 vom 14. Juni 2022

GE Cour de justice, 2022-06-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_539_2022

FR: GE_GERICHTE ATAS/539/2022 du 14 juin 2022

IT: GE_GERICHTE ATAS/539/2022 del 14 giugno 2022

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. 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. Le 1er janvier 2021, est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en

A/1561/2021 - 9/19 - revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Déposé après le 1er janvier 2021, le recours sera donc traité sous l'angle du nouveau droit de la LPGA (cf. ATAS/360/2021 du 15 avril 2021 consid. 3). 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). En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références). En l'occurrence, la décision querellée a été rendue antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur. 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, compte tenu de la suspension des délais du 7e jour avant Pâques au 7e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA), le recours est recevable.

E. 3

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'étendue de sa capacité de travail.

E. 3.1

Conformément aux 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 la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

E. 3.2

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

A/1561/2021 - 10/19 - assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 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 (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.).

E. 3.3

La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré, car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c ; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

E. 3.4

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 d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

E. 3.5

Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation

professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs ; ATAS/676/2019 du 26 juillet 2019 consid. 10a).

E. 3.6

Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (arrêt du Tribunal fédéral 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 et la référence; arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7).

A/1561/2021 - 11/19 -

E. 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 LPG), 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).

E. 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 125 V 351 consid. 3b/bb). 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 LPG) 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).

A/1561/2021 - 12/19 - 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 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). 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 ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

E. 4.3

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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 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 LPG).

A/1561/2021 - 13/19 -

E. 4.4

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité 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). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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. 4.5

La notion du marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance- chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalide a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 110 V 273 consid. 4).

E. 4.6

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt TF I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts TF I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328).

E. 4.7

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité.

A/1561/2021 - 14/19 - L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois, le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas

concret (ATF 113 V 22 consid. 4a et les références; voir aussi ATF 138 I 205 consid. 3.2).

E. 5

En l'espèce, le recourant a fait grief à l'intimé de ne pas avoir posé la question aux experts du rendement attendu de lui et à ces derniers de ne pas s'être prononcés sur ledit rendement. Le recourant reproche également à l'intimé de ne pas avoir indiqué des activités adaptées à ses atteintes à la santé et enfin aux experts de ne pas avoir discuté des avis de la Dre F_____ qui retenait une capacité de travail de 30% et du Dr I_____ qui retenait 20%.

E. 5.1

En l'occurrence, après avoir recueilli des avis des médecins traitants du recourant dont sa psychiatre traitante et du Dr I_____, médecin interne aux HUG, l'intimé a jugé qu'il était nécessaire d'ordonner une expertise pluridisciplinaire comprenant un volet psychiatrique, un volet rhumatologique et un volet de médecine interne. Trois experts ont ainsi été nommés et ils se sont prononcés à l'issue de l'étude circonstanciée du dossier, en pleine connaissance de l'anamnèse, après des examens cliniques complets de l'expertisé, en prenant en considération les plaintes exprimées par ce dernier et les explications qu'il a fournies notamment sur ses activités et limitations. Le contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont clairement exposés et les conclusions médicales ont été dûment motivées par les experts qui sont parvenus à des conclusions consensuelles. L'expertise menée par trois spécialistes, dont un spécialiste en médecine interne comme le veut la procédure en matière d'expertise pluridisciplinaire, est en tous points conforme aux réquisits jurisprudentiels et a en soi pleine valeur probante.

E. 6

S'agissant des griefs soulevés par le recourant quant au rendement possible dans une activité adaptée et quant à la prétendue absence de discussion sur l'avis de la psychiatre traitante, ils sont infondés pour les raisons suivantes : L'expert psychiatre entendu en audience a confirmé au sujet du rendement, comme l'avait exposé l'intimé, que les experts n'avaient pas retenu de baisse de rendement, raison pour laquelle l'expert principal, le psychiatre, en charge de rédiger l'avis consensuel, ne l'avait pas indiqué. Le grief est dès lors infondé. Sur le plan psychiatrique, l'expert a exposé pourquoi, contrairement à la psychiatre traitante, il retenait que le trouble dépressif était léger et associé à un trouble anxieux réactionnel à l'infarctus de juillet 2020. Il est faux de dire que l'expert n'a pas discuté l'avis de la psychiatre traitante dans l'expertise. Par ailleurs, l'expert a détaillé plus avant son avis lors de l'audience, en relevant les éléments mentionnés par la psychiatre traitante qui plaidaient également en faveur d'une dépression légère. L'avis de l'expert est celui d'un spécialiste. L'expert a motivé son avis et a pris en considération les éléments avancés par les médecins

A/1561/2021 - 15/19 - traitants, les plaintes exprimées par l'expertisé, jugées plausibles et cohérentes, l'anamnèse complète et ses observations cliniques. L'expert a en outre pris contact avec la psychiatre traitante et a rapporté l'avis de cette dernière en exposant pour quelle raison le sien était légèrement divergeant quant à la gravité de l'atteinte et à ses répercussions sur la capacité de travail. Le diagnostic et les répercussions sur la capacité de travail de l'assuré sont confirmés par les explications de ce dernier en particulier sur le déroulement de ses journées, ses ressources, sa famille, ses habitudes, ses plaintes et son traitement (une consultation psychiatrique par mois et un traitement médicamenteux depuis plusieurs années). Sans nier l'atteinte à la santé de l'expertisé, l'expert a constaté que les troubles de l'expertisé avaient entraîné des décompensations à des moments précis de sa

vie, mais que sa capacité de travail avait toujours été du point de vue psychiatrique de 100%. L'anamnèse de l'expertisé montre à cet égard que malgré son trouble dépressif et anxieux, l'expertisé a toujours gardé des ressources pour travailler tant au Kosovo qu'en Suisse jusqu'en 2018. Le recourant n'a jamais subi d'hospitalisation pour des motifs psychiques bien qu'il se soit rendu plusieurs fois en urgence à l'hôpital pour des crises d'angoisse. S'agissant du contexte social, l'expert a pris en compte que le recourant était marié et père de trois enfants majeurs dont il était proche et avec lesquels il vivait. Il bénéficiait d'un fort soutien de sa famille, de son épouse, de ses enfants et de sa belle-fille, lesquels prenaient en charge la majorité des tâches ménagères et les courses. Le recourant rendait des visites à des membres de sa famille au Kosovo, une fois par an, la dernière fois en 2018, avait trois amis en Suisse avec lesquels il faisait parfois des promenades. Il allait rarement au restaurant, mais y célébrait les anniversaires de ses enfants et sortait le week-end avec ses enfants lorsque ceux-ci l'emmenaient avec eux. Ces éléments concrets permettaient à l'expert de conclure à l'existence d'un contexte familial et social préservé. L'expert relevait ainsi que malgré son trouble dépressif léger, le recourant avait toujours eu des ressources personnelles et des mécanismes d'adaptation au cours de son existence. L'expert était ainsi fondé à s'écarter de la capacité de travail de 30% retenue par le médecin traitant de l'assuré. Les conclusions de l'expert en psychiatrie, basées sur l'examen clinique, le dossier, les plaintes, sont dûment motivées et convaincantes. Elles ne peuvent pas être remises en cause par les constatations de la psychiatre traitante, en particulier pour l'évaluation de la capacité de travail. S'agissant de la discussion sur l'avis du médecin I_____, les griefs du recourant sont également infondés. Le volet rhumatologique a été établi par un expert spécialiste en la matière qui a pris en compte les pièces médicales du dossier et les résultats d'examens qu'il avait lui-même sollicités pour compléter l'expertise. Il a relevé les plaintes de l'expertisé, fait des constatations lors d'un examen clinique et pris en considération les traitements suivis par l'expertisé par le passé (dans la mesure où au jour de l'expertise, l'assuré indiquait ne plus prendre d'antalgique ni faire de physiothérapie). Cet expert a relevé une discrédance entre les plaintes de

A/1561/2021 - 16/19 - l'assuré et les constats cliniques et compte tenu de l'absence de traitement suivi. L'importance des réductions dans les activités de la vie quotidienne ne correspondaient pas aux constatations cliniques et radiologiques. L'expert a néanmoins retenu des limitations fonctionnelles à respecter pour permettre une capacité de travail pleine dans une activité adaptée. L'avis de l'expert tient dès lors compte des diagnostics d'ordre rhumatologique retenus sur la capacité de travail. Ses conclusions à cet égard sont motivées et convaincantes. Elles ne sauraient être remises en cause par l'avis du Dr I_____, médecin interne et non spécialisé en rhumatologie. En outre, il convient de relever qu'au contraire de l'expert, le Dr I_____ a simplement indiqué que son patient ne pouvait pas exercer de travail demandant le port de charge, mais un travail requérant un effort physique à 20%, sans pouvoir se prononcer sur un travail de bureau. En outre, les diagnostics qu'il a retenus comprenaient des lombalgies aiguës non déficitaires et des gonalgies depuis 2019 qui étaient selon lui bien contrôlées par le Paracétamol, l'Ibuprofen et la physiothérapie. L'avis de ce médecin, contredit par l'expert, ne permet pas de comprendre pourquoi des douleurs qu'il juge bien contrôlées par des médicaments et de la physiothérapie, ainsi qu'une surdité stable et l'ob sitt  présente de longue date chez son patient (avant son incapacité de travail), réduiraient la capacité de travail du patient de 80%. Pour ces motifs, son avis ne peut se voir reconnaître une force probante. Il sera dès lors renoncé à son audition par appréciation anticipée des preuves. En revanche, l'avis de

l'expert qui a précisé de manière motivée que la capacité de travail de l'expertisé était entière dans une activité adaptée sans limitation, ainsi que ses conclusions, sont motivés et compréhensibles, de sorte qu'on doit leur accorder une pleine valeur probante. L'on ne peut pas admettre le grief du recourant quant à l'absence de discussion par l'expert de l'avis du médecin traitant, dans la mesure où l'expert a apporté des conclusions différentes quant au pourcentage de capacité de travail en les motivant et sans remettre en cause les diagnostics de gonalgies et de lombalgies retenus par le médecin traitant. Le troisième expert, spécialiste en médecine interne, s'est prononcé plus spécifiquement sur les conséquences de l'infarctus sur la capacité de travail et a retenu, sans que son avis ne soit contesté, que trois mois après l'infarctus, l'expertisé jouissait à nouveau d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Le recourant a d'ailleurs, à teneur du dossier, quitté les HUG en pleine forme selon les médecins l'ayant pris en charge en juillet 2020. L'expert a nié que les diagnostics d'obésité, d'hypoacousie et d'hypertension aient une répercussion sur la capacité de travail, ce qui apparaît cohérent, l'expertisé ayant présenté ces atteintes non invalidantes de longues dates sans qu'elles n'aient réduit sa capacité de travail. En répondant de la sorte aux questions qui lui étaient posées, l'expert en médecine interne, à l'instar des deux autres experts, a implicitement nié, force est de le constater, une perte de rendement due à l'atteinte retenue. En effet, s'il avait

A/1561/2021 - 17/19 - considéré qu'une baisse de rendement était attendue, il lui aurait appartenu de l'indiquer, ce qu'il n'a pas fait. Pour le surplus, le recourant n'apporte pas d'éléments médicaux propres à remettre en cause l'expertise qui doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. Eu égard à ce qui précède, la chambre de céans se ralliera aux conclusions des experts s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail du recourant. Il y a ainsi lieu d'admettre que ce dernier présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée sans diminution de rendement. Partant, par appréciation anticipée des preuves (ATF 130 II 425 consid. 2.1), la chambre de céans ne donnera pas suite à la demande d'audition des autres experts, de la Dre F _____ et du Dr I _____.

E. 7

Les modalités du calcul de l'invalidité opérée par l'autorité intimée (méthode ordinaire de comparaison des revenus, montant de ces derniers) ne sont pas remises en cause. L'évaluation du degré d'invalidité opérée par l'autorité intimée peut par conséquent être confirmée. C'est donc à juste titre qu'un taux d'invalidité de 15% a été retenu.

E. 8

Enfin, compte tenu du large éventail d'activités non qualifiées que recouvrent les secteurs de la production et des services, tels que retenu par l'intimé dans sa décision, on doit convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères (sans ports de charges, ni travaux lourds) et sont donc adaptées aux atteintes du recourant, telles qu'elles ont été décrites par les experts.

E. 9

Quant aux mesures de reclassement sollicitées à titre subsidiaire, l'on rappellera que ni le déconditionnement issu d'un mode de vie sédentaire et inactif, ni celui lié à une longue interruption de l'activité professionnelle ne suffisent en tant que tels pour admettre une diminution durable de la capacité de travail dans toute activité (cf. arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 524/04 du 28 juin 2005 consid. 5 et I 597/03 du 22 mars 2004 consid. 4.1). En revanche, lorsque le déconditionnement se révèle être la conséquence directe et inévitable d'une atteinte à la santé, son incidence sur la capacité de travail ne saurait

d'emblée être niée. À cet égard, les éléments empêchant la réadaptation et la réintégration professionnelles qui ne sont pas dus à l'atteinte à la santé n'ont pas à être pris en considération. Si la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail dépend cependant d'une mesure préalable liée à l'état de santé, et réservée du point de vue médical, il y a lieu d'en tenir compte pour évaluer ladite capacité de travail. Ainsi, lorsque le corps médical fixe une capacité résiduelle de travail, tout en réservant que celle-ci ne pourra être atteinte que moyennant l'exécution préalable de mesures de réadaptation, il n'y a pas lieu de procéder à une évaluation du taux d'invalidité sur la base de la capacité résiduelle de travail médico-théorique avant que lesdites mesures n'aient été exécutées (arrêts du Tribunal fédéral 9C_141/2009 du 5 octobre 2009 consid. 2.3.1, SVR 2010 IV n° 9 p. 27 et 9C_163/2009 du

A/1561/2021 - 18/19 -

E. 10

Au vu de ce qui précède, la décision attaquée sera confirmée et le recours rejeté.

E. 11

Il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 69 al. 1bis LAI et 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). * * * * *

A/1561/2021 - 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.