

# **GE\_GERICHTE ATAS/623/2024 vom 19. August 2022**

GE Cour de justice, 2022-08-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_623\\_2024](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_623_2024)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/623/2024 du 19 août 2022

IT: GE\_GERICHTE ATAS/623/2024 del 19 agosto 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. 1.2**

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 ; 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.

### **E. 1.3**

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. 2**

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité, au-delà du 28 février 2021, étant relevé que l'intimé a admis, en cours de procédure, un droit du recourant à une demi-rente d'invalidité en lieu et place d'un quart de rente d'invalidité dès le 1er mars 2021.

### **E. 3.1**

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).

A/2957/2021 - 9/14 - 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. 28 al. 2 LAI).

### **E. 3.2**

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). 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 ; 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). Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de

A/2957/2021 - 10/14 - conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et

2.2.2 ; 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

### **E. 3.3.1**

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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 incapable de travailler. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui - en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part -, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

### **E. 3.3.2**

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le

A/2957/2021 - 11/14 - domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références). 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.

### **E. 3.3.3**

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des

conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

#### **E. 3.3.4**

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 ; 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. 3.4**

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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 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 126 V 319 consid. 5a).

A/2957/2021 - 12/14 -

#### **E. 4**

En l'occurrence, dans la décision attaquée, l'intimé a retenu une capacité de travail du recourant nulle dans toute activité dès le 16 décembre 2016 et de 80% dans une activité adaptée à son état de santé dès le 1er décembre 2020 ; le degré d'invalidité était de 100% dès le 1er décembre 2017 et de 40% dès le 1er décembre 2020, de sorte que le recourant avait droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er février 2018 (sa demande étant tardive) et à un quart de rente d'invalidité dès le 1er mars 2021. Après avoir pris connaissance du rapport d'expertise judiciaire bidisciplinaire, l'intimé a modifié son appréciation et retenu une capacité de travail du recourant dès le 1er décembre 2020, de 50% dans une activité adaptée et nulle dès le 23 décembre 2021. Le degré d'invalidité était, dès le 1er décembre 2020, de 58%, de sorte que le recourant avait droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1er mars 2021. Quant au recourant, il estime avoir droit, dès le 1er février 2018, à une rente entière d'invalidité, dès lors que l'expertise judiciaire a conclu à une capacité de travail nulle dès janvier 2017.

#### **E. 4.1**

Le rapport d'expertise judiciaire bidisciplinaire, y compris l'appréciation consensuelle des experts, fondé sur les pièces du dossier, comprenant une anamnèse complète, la description

des plaintes du recourant, des diagnostics et limitations fonctionnelles clairs et une motivation convaincante, répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. Il est admis par les parties que le recourant présente une capacité de travail nulle dans toute activité depuis le 16 décembre 2016 jusqu'au 30 novembre 2020 et dès le 23 décembre 2021. Reste litigieuse la période du 1er décembre 2020 au 22 décembre 2021, singulièrement celle - pertinente dans le cadre de la présente procédure - du 1er décembre 2020 au jour de la décision litigieuse, le 8 juillet 2021.

#### **E. 4.1.1**

L'expert psychiatre conclut à une capacité de travail du recourant réduite à un taux de 50% depuis novembre 2019. L'intimé, en se ralliant à l'avis du SMR du 8 avril 2014, a considéré que les conclusions de l'expert étaient convaincantes, ce qui peut être confirmé.

#### **E. 4.1.2**

L'expert orthopédique a conclu à une activité du recourant adaptée aux limitations fonctionnelles possible en théorie mais pas en pratique, car l'activité adaptée devait être exercée en position couchée, le recourant n'étant pas à même de travailler en position assise plus de 5 à 10 minutes, devant ensuite changer de position. Il retient que l'état de santé du recourant s'est détérioré entre l'expertise du 1er février 2021 et son propre examen du 5 mai 2023 et que la capacité de travail de celui-ci était probablement nulle depuis janvier 2022. Cette appréciation a été confirmée par le SMR, lequel retient une aggravation de l'état de santé du recourant depuis l'intervention chirurgicale du 23 décembre

A/2957/2021 - 13/14 - 2021 entraînant une incapacité de travail totale depuis cette date. Cette appréciation peut également être confirmée.

#### **E. 4.1.3**

Dans leur appréciation consensuelle, les experts rappellent que, du point de vue orthopédique, la capacité de travail est nulle dans toute activité depuis janvier 2022 et de 50% du point de vue psychiatrique depuis novembre 2019. Ils considèrent cependant qu'au vu du cumul de l'atteinte psychique et de l'atteinte physique, laquelle allait en se péjorant, l'incapacité de travail était probablement totale depuis novembre 2019. Cette conclusion, motivée par l'interaction entre les diagnostics somatiques et psychiques et résultant d'un échange consensuel entre les experts, est convaincante. Le SMR ne s'est d'ailleurs pas prononcé sur cette appréciation consensuelle. L'intimé a cependant considéré (dans sa dernière écriture du 19 juillet 2024) qu'elle ne se fondait pas sur des éléments somatiques concrets objectivables. Cette critique ne permet toutefois pas de mettre en cause l'appréciation consensuelle des experts, dès lors que l'intimé ne se prononce pas sur l'interaction des diagnostics existant depuis novembre 2019, lesquels justifient, selon les experts, l'absence d'exigibilité de toute activité. Ainsi, contrairement à la position de l'intimé, lequel retient que le recourant présentait, au 1er décembre 2020, une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, l'incapacité de travail totale perdure à cette date.

#### **E. 4.2**

Au demeurant, les conclusions de l'expertise judiciaire bidisciplinaire peuvent être suivies et le recourant doit être considéré comme incapable de travailler dans toute activité depuis le 16 décembre 2016. Partant, il a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1er février 2018.

#### **E. 5**

Le recours sera admis et la décision litigieuse réformée dans le sens précité. Pour le surplus, le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 4'000.- 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 émoluments de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

A/2957/2021 - 14/14 - 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.