

# **GE\_GERICHTE ATAS/627/2025 vom 22. August 2025**

GE Cour de justice, 2025-08-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_627\\_2025](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_627_2025)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/627/2025 du 22 août 2025

IT: GE\_GERICHTE ATAS/627/2025 del 22 agosto 2025

## **Erwägungen**

### **E. 1**

A/1228/2025 - 7/14 -

#### **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 délai de recours est de 30 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**

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. 2.1**

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

#### **E. 2.2**

En l'occurrence, le droit à la rente du recourant est né le 1er février 2023, soit six mois après le dépôt de la demande de prestations du 5 août 2022 (cf. art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales seront citées dans leur nouvelle teneur.

### **E. 3**

Le litige porte sur le droit du recourant à l'octroi d'une rente d'invalidité à compter du 1er octobre 2024, une rente entière lui ayant été allouée du 1er février 2023 jusqu'au 30 septembre 2024.

#### **E. 3.1**

L'art. 8 LPGA prévoit qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 LAI précise que l'invalidité peut résulter 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 sa

A/1228/2025 - 8/14 - 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).

### **E. 3.2**

À teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente 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. 1bis LAI précise qu'une rente n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1bis et 1ter n'ont pas été épuisées. En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2) ; pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour les taux d'invalidité compris entre 40 et 49%, la quotité de la rente s'échelonne de 25 à 47.5% (al. 4). Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGa, applicable par analogie (ATF 148 V 321 consid. 7.3.1 ; 145 V 209 consid. 5.3 et les références ; 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGa. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2).

### **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).

A/1228/2025 - 9/14 - 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 ; 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). 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 ; 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). 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

A/1228/2025 - 10/14 - 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). 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. 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 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence). 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

A/1228/2025 - 11/14 - 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). 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. 4**

En l'occurrence, l'intimé conclut au renvoi du dossier pour instruction complémentaire, notamment dans le but d'adresser un rapport à la Dre G\_\_\_\_\_ et d'obtenir l'ENMG effectuée par le Dr L\_\_\_\_\_, avant de déterminer la suite à donner à la demande de prestations du recourant. Ce dernier sollicite quant à lui mise en œuvre d'une expertise judiciaire et, subsidiairement, conclut au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire du dossier. Il appert que l'intimé a rendu sa décision du 12 mars 2025 en se fondant sur les avis médicaux du médecin du SMR des 13 août et 17 octobre 2024. Dans son premier avis médical, le médecin du SMR a retenu, au titre d'atteintes à la santé incapacitantes, une rupture itérative de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et un vertige positionnel paroxystique bénin. Puis, prenant en considération les pièces produites par le

recourant durant la phase d'audition, il a retenu que celui-ci présentait une nouvelle atteinte, à savoir une cardiopathie ischémique. Le médecin du SMR a considéré que cette atteinte n'entraînait pas de limitations fonctionnelles supplémentaires, de sorte qu'il a maintenu son appréciation du 13 août 2024 selon laquelle la capacité de travail du recourant était nulle depuis le 1er novembre 2021, quelle que soit l'activité considérée, puis entière à compter du 1er juillet 2024 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : activité légère essentiellement assise, sans élévation des bras au-dessus de l'horizontale, sans travaux en hauteur, sans marche en terrain irrégulier, sans marche prolongée, sans port de charges excédant 5 kg, « sans escalier en lien avec la rampe ». Or, il ressort des rapports médicaux produits par le recourant à l'appui de son recours que celui-ci présente des atteintes dont le médecin du SMR n'avait pas connaissance au moment où l'intimé a rendu sa décision du 12 mars 2025. En effet, le Dr H\_\_\_\_\_ retient, dans son rapport du 3 avril 2025, que le recourant souffre d'une polyneuropathie diabétique prononcée, diagnostiquée par la Dre G\_\_\_\_\_ dans son rapport du 22 novembre 2024, d'une névralgie d'Arnold, relevée par le Dr F\_\_\_\_\_ dans son rapport du 14 mai 2024, et de troubles

A/1228/2025 - 12/14 - mnésiques significatifs. Le Dr J\_\_\_\_\_ estime quant à lui, dans son rapport du 3 mars 2025, que le recourant présente une raideur à l'épaule droite, des douleurs chroniques et une impotence fonctionnelle, en précisant que l'état de santé de l'assuré s'est péjoré depuis son précédent rapport médical du

#### **E. 7**

juillet 2024. Ces deux médecins estiment que la capacité de travail du recourant est nulle, quelle que soit l'activité considérée. En outre, la Dre G\_\_\_\_\_ indique dans ses rapports des 19 juillet et 22 novembre 2024 que le recourant souffre d'une spondylarthrose cervicale étagée, d'une polyneuropathie liée à une dyslipidémie et à un diabète de type II et d'une paresthésie des membres inférieurs. L'intimé n'ayant pas eu connaissance des rapports médicaux précités avant de rendre sa décision du 12 mars 2025, le médecin du SMR ne s'est pas prononcé sur certaines atteintes à la santé du recourant survenues avant la décision entreprise, ni sur les éventuelles limitations fonctionnelles supplémentaires y relatives. Il en va de même s'agissant de l'atteinte à l'épaule droite du recourant, dont l'intimé avait connaissance, mais qui s'est visiblement péjorée depuis le dernier rapport qui lui a été transmis à ce propos. Par conséquent, le dossier du recourant doit encore faire l'objet d'une instruction avant qu'il ne puisse être statué sur son droit à la rente à compter du 1er octobre 2024. Dans la mesure où certaines atteintes du recourant n'étaient pas connues du médecin du SMR et qu'elles n'ont fait l'objet d'aucune instruction de la part de l'intimé, la chambre de céans renverra la cause à ce dernier pour nouvelle instruction du dossier et pour qu'il se prononce à nouveau sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité à compter du 1er octobre 2024. 5. Le recourant conclut à la condamnation de l'intimé aux frais de justice et aux dépens dans l'hypothèse où la cause lui serait renvoyée. L'intimé estime quant à lui qu'il n'a conclu au renvoi du dossier pour instruction complémentaire qu'après avoir pris connaissance des nouvelles pièces médicales produites dans le cadre du recours, de sorte que le recourant doit supporter les frais de procédure et les dépens. 5.1 Selon l'art. 61 let. g LPGA, le recourant, représenté, qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens. Des dépens peuvent toutefois être refusés au recourant qui obtient gain de cause, mais qui aurait pu éviter le dépôt d'un recours en agissant plus diligemment en procédure administrative (ATF 125 V 373). 5.2 En l'occurrence, le recourant aurait pu agir plus diligemment en communiquant à l'intimé,

durant la phase d'audition, certaines des pièces qu'il a produites à l'appui de son recours.

A/1228/2025 - 13/14 - En effet, il appert que la spondyloarthrose a été diagnostiquée par la Dre G\_\_\_\_\_ dans son rapport du 19 juillet 2024 et que la névralgie d'Arnold a été constatée par le Dr F\_\_\_\_\_ dans son rapport du 14 mai 2024, sur lequel s'est d'ailleurs fondé le Dr H\_\_\_\_\_ dans son rapport du 3 avril 2025. Dans la mesure où ces rapports médicaux ont été établis avant le terme de la phase d'audition fixé au 1er octobre 2024 par l'intimé, le recourant aurait dû les lui communiquer. À cet égard, il sied de rappeler que l'intimé a interpellé le recourant par courrier du 24 juin 2024, en l'informant que le Dr F\_\_\_\_\_ n'avait pas répondu à sa demande de renseignements et en l'invitant à lui demander de donner suite à sa requête. Bien que le recourant ait indiqué à l'intimé, dans son opposition du 6 septembre 2024, que son dossier était incomplet et qu'il convenait d'attendre le résultat des examens prescrits avant de statuer sur son droit à des prestations d'invalidité, il n'a pas produit les rapports susmentionnés dans le cadre de la phase d'audition, de sorte que l'intimé ne pouvait pas instruire son dossier en tenant compte de certaines de ses atteintes. Compte tenu de ce qui précède, le recourant, qui obtient partiellement gain de cause et qui est assisté d'un conseil, a droit à des dépens – réduits – qui seront fixés à CHF 1'000.- et mis à la charge de l'intimé. 5.3 Dans la mesure où la chambre de céans annule la décision querellée et renvoie la cause à l'intimé pour complément d'instruction, les frais ne sauraient être mis à la charge du recourant, dès lors que celui-ci obtient gain de cause (ATF 137 V 57 consid. 2.2). Partant, un émolument de CHF 200.- est mis à la charge de l'intimé, qui succombe, conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI.

\*\*\*\*\*

A/1228/2025 - 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.