

GE_GERICHTE A/2861/2023 vom 25. Juni 2024

GE Cour de justice, 2024-06-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2861_2023

FR: GE_GERICHTE A/2861/2023 du 25 juin 2024

IT: GE_GERICHTE A/2861/2023 del 25 giugno 2024

Erwägungen

E. 4

juin 2019, de 50% du 5 juin au 1^{er} octobre 2019, de 0% du 2 octobre au 26 novembre 2019, de 50% du 27 novembre au 15 décembre 2019, de 0% du 16 au 17 décembre 2019 et de 50% à partir du 18 décembre 2019 pour une durée indéterminée ; le patient avait été admis aux urgences des HUG à trois reprises pour des douleurs rétrosternales et était suivi pour ces troubles par la docteure D_____, spécialiste FMH en cardiologie et médecine interne générale ; les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail étaient les lombalgies chroniques, les crises de toux et de dyspnée déclenchées par l'air ambiant de la cuisine et, depuis 2003, une anxiété, l'assuré ayant toutefois toujours refusé de consulter un psychiatre ; des tentatives de reprises de travail à 100% avaient été proposées à plusieurs reprises et s'étaient soldées par des échecs ; les mesures envisagées étaient la physiothérapie et une consultation psychiatrique ; le patient ne pouvait pas rester longtemps debout, porter des charges lourdes et faire des flexions du tronc, travailler plus de quatre heures par jour à cause des lombalgies, d'une dyspnée et de la fatigue ; le pronostic était mauvais, dans la mesure où l'assuré disait ne pouvoir travailler plus de quatre heures par jour ; les facteurs faisant obstacle à une réadaptation, hormis les problèmes organiques, résidaient dans le fait qu'il se sentait vieux, fatigué et qu'il n'arrivait plus à travailler ; - un rapport médical du 26 mars 2020 du docteur E_____, spécialiste FMH en pneumologie et en médecine interne générale, indiquant que l'évaluation pulmonaire ne permettait pas d'affirmer avec certitude l'existence d'une BPCO, mais qu'elle était très probable ; le syndrome d'apnée du sommeil de degré sévère était en revanche confirmé à la polygraphie ; - un rapport du 17 mai 2020 du Dr C_____ adressé à la Vaudoise et transmis le 16 septembre 2020 à l'OAI, indiquant que l'évolution clinique de l'assuré était lentement favorable ; le patient ne souhaitait pas reprendre son activité d'aide de cuisine et avait peur du Covid-19 ; il faisait des crises hypertensives au travail. e. Selon une note de travail du 28 avril 2020 de l'OAI, la Vaudoise lui avait transmis les périodes d'incapacité de travail de l'assuré, laquelle avait débuté le 22 avril 2019, et avait retenu des incapacités de travail de 100% du 22 mai (« suite au délai d'attente ») au 4 juin 2019, de 50% du 5 juin au 31 juillet 2019, de 0% du 1^{er} au 5 août 2019, de 50% du 6 août au 1^{er} octobre 2019, de 0% du 2 octobre au 21 novembre 2019, de 50% du 22 novembre 2019 au 3 mars 2020, puis de 100% à partir du 4 mars 2020. f. Par avis du 8 septembre 2020, le service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR), sous la plume du docteur F_____, a retenu une incapacité de travail à 100% depuis le 22 avril 2019. Le Dr C_____ avait indiqué que cette incapacité de travail était due à des troubles respiratoires dans un contexte de BPCO, des lombalgies chroniques, des douleurs thoraciques sur fond de maladie coronarienne et un diabète de type 2, et avait évoqué une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Le SMR a conclu qu'il convenait d'interroger la Dre D_____ pour les problèmes cardiaques et demander les dernières épreuves fonctionnelles respiratoires, ainsi que les comptes-rendus de consultations

spécialisées au médecin traitant. g. Par courriel du 16 septembre 2020, la Vaudoise a transmis des certificats médicaux des 6 mars, 29 mai et 6 juillet 2020 du Dr C_____ faisant état d'une incapacité de travail complète à partir du 4 mars 2020 pour une durée indéterminée, ainsi que des certificats médicaux des 4 et 28 août 2020 de la docteure G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitante, attestant d'une incapacité de travail complète du 4 août au 14 septembre 2020. h. Par rapport du 2 octobre 2020, la Dre G_____ a diagnostiqué un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), un trouble panique (anxiété épisodique paroxystique – F41.0), un trouble hypocondriaque (F45.2), une hypertension artérielle, un diabète de type 2, un surpoids, une hypercholestérolémie, un tabagisme chronique depuis 40 ans, une apnée du sommeil traitée par la ventilation en pression positive continue (PPC), une bronchite chronique et une sinusite chronique. Il présentait une incapacité de travail de 100% depuis le 9 août 2019 et bénéficiait d'une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique dont la fréquence des séances était d'environ trois à quatre fois par mois. Elle a notamment relevé que l'assuré avait subi une intervention cardiovasculaire et était en incapacité de travail à 50% depuis le 22 avril 2019 et à 100% depuis le 3 mars 2020 en raison d'attaques de panique à cause de la pandémie de Covid-19. Il souffrait d'une symptomatologie dépressive avec un épuisement mental et physique et avait peur du Covid-19. D'un point de vue strictement psychiatrique, l'incapacité de travail était complète dans toute activité, en raison de l'aggravation de son état de santé. i. Par rapport du 12 octobre 2020, la Dre D_____ a notamment conclu que l'assuré ne présentait pas d'affection cardiaque ayant des répercussions sur sa capacité de travail. j. Le 17 septembre 2020, la Dre G_____, répondant à un questionnaire de la Vaudoise, a diagnostiqué un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), un trouble panique (F41.0) et un trouble hypocondriaque (F45.2). Les symptômes dépressifs et les attaques de panique justifiaient l'incapacité de travail. k. À la demande de la Vaudoise, le docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport d'expertise le 19 novembre 2020, fondé sur un entretien du 2 novembre 2020 avec l'assuré, des tests psychométriques et des documents médicaux adressés par la Vaudoise. L'expert a conclu que l'assuré souffrait d'un trouble dépressif actuellement en rémission ou subclinique et d'un éventuel trouble panique avec des attaques de paniques paucisymptomatiques. Il pouvait travailler dans son ancienne activité ou dans une activité adaptée à 50% dès le 1^{er} décembre 2020 et à 100% dès le 1^{er} janvier 2021, et ne présentait aucune limitation du registre psychique. La capacité de travail médico-théorique était entière. Toutefois, l'âge, l'analphabétisme, l'absence de qualification professionnelle et éventuellement des facteurs socio-culturels pouvaient empêcher une reprise d'activité. D'un point de vue objectif, le pronostic était bon, mais d'un point de vue subjectif, des facteurs extra-médicaux risquaient d'interférer avec la motivation et la reprise de son emploi ou la recherche d'un emploi. l. Dans un rapport du 1^{er} décembre 2020, la Dre G_____ a indiqué que depuis l'expertise, le patient présentait une aggravation de son état psychique, avec des symptômes dépressifs, des crises d'angoisse et des attaques de panique, une diminution de ses compétences fonctionnelles et mentales, des symptômes neuro-végétatifs, une asthénie, une anhédonie, une attitude morose et pessimiste face à l'avenir. Il se sentait vite démuni et désespéré face à ses comorbidités physiques et psychiques et aux événements extérieurs. Il ne possédait pas assez de ressources pour faire face aux difficultés quotidiennes. Ses capacités d'adaptation et d'apprentissage étaient réduites. Il se trouvait fragile et vulnérable au stress, avec des difficultés dans la gestion des émotions et n'avait pas assez de résistance ni de patience pour supporter les exigences du

travail. Compte tenu de son état psychique actuel, il était inapte à travailler à 100%. m. Par rapport du 24 décembre 2020, le Dr C_____ a notamment rappelé que l'assuré souffrait de lombalgies chroniques et du syndrome d'apnées du sommeil. L'air ambiant sur le lieu de travail de l'assuré déclenchait des crises de toux et de dyspnée depuis 2003, lesquelles s'étaient aggravées dernièrement. Le patient souffrait surtout d'anxiété, de trouble de panique avec des attaques de panique et paraissait dépressif, ayant des problèmes psychiques en relation avec des problèmes vécus. Au fil des années, ces pathologies organiques et psychiques s'étaient aggravées. Au vu de sa capacité globale physique et psychique, il ne pouvait reprendre un travail même adapté ou à temps partiel, se trouvant fatigué et usé. Il ne possédait pas de diplômes, ni de ressources lui permettant une réinsertion professionnelle. n. Le 29 décembre 2020, l'employeur a informé l'OAI avoir résilié les rapports de travail de l'assuré avec effet au 31 mars 2021. Il a expliqué que l'assuré se trouvait toujours en incapacité totale de travail jusqu'au 31 décembre 2020 et que la Vaudoise cesserait tout paiement des indemnités journalières dès le 1^{er} janvier 2021. o. Dans un rapport du 28 janvier 2021, le Dr F_____ a retenu, à titre d'atteinte principale à la santé, un épisode dépressif et des attaques de panique au printemps 2020, en rémission après traitement (F32.8) et, à titre de pathologies associées du ressort de l'AI, un diabète et la BPCO, des lombalgies chroniques, ainsi qu'un syndrome d'apnées obstructives du sommeil traité. Le SMR a fixé le début de l'incapacité de travail durable au 21 novembre 2019 et le début de l'aptitude à la réadaptation au 1^{er} décembre 2020. L'assuré avait présenté une incapacité de travail de 50% dès le 21 novembre 2019 et de 100% dès le 4 mars 2020. La capacité de travail exigible dans l'activité habituelle était de 0%, mais elle était de 50% dès le 1^{er} décembre 2020 et de 100% dès le 1^{er} janvier 2021 dans une activité adaptée. Le SMR a noté, à titre de limitations fonctionnelles, la nécessité d'exercer une activité légère, sédentaire principalement en position assise, permettant l'alternance des positions au gré de l'assuré, sans manipulations de charges lourdes de plus de cinq à sept kg à répétition, sans position du rachis en porte-à-faux, en atmosphère tempérée, répartie harmonieusement sur cinq jours ouvrables. La mention de la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle de 0% était suivie d'une note de bas de page qui précisait « Dr F_____ SMR et Dr C_____ ». La mention de l'activité adaptée de 50% dès le 1^{er} décembre 2020 et 100% dès le 1^{er} janvier 2021 était suivie d'une autre note de bas de page qui indiquait « Expertise H_____ du 19 novembre 2020 et Dr F_____ SMR ». Sur le plan somatique, le SMR a rappelé que le Dr C_____ avait retenu une incapacité de travail à 100% depuis le 22 avril 2019 en raison de troubles respiratoires dans un contexte de BPCO, de lombalgies chroniques, de douleurs thoraciques sur fond de maladie coronarienne et d'un diabète de type 2, et qu'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée avait déjà été évoquée en mars 2020. Le SMR a considéré que l'activité habituelle n'était plus adaptée du point de vue somatique. La Dre D_____ n'avait pas diagnostiqué d'affection cardiaque ayant des répercussions sur la capacité de travail et il n'y avait pas, selon le Dr E_____, de syndrome obstructif. La dyspnée d'effort devait être mise en relation avec le surpoids, le tabagisme et un certain déconditionnement, ce qui ne constituait pas des obstacles à la réalisation d'une activité adaptée. Sur le plan psychiatrique, le SMR a fait sienne l'appréciation du Dr H_____, lequel avait conclu, dans son rapport d'expertise du 19 novembre 2020, qu'il n'y avait aucune limitation du registre psychique et que la capacité de travail de l'assuré demeurait entière. Le SMR a conclu qu'il ne retenait qu'une exigibilité dans une activité adaptée aux problèmes somatiques de l'assuré. p. L'OAI a mis en place des mesures d'ordre professionnel et octroyé à l'assuré une orientation professionnelle sous la

forme d'un stage pratique au sein des établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI) du 9 mai au 7 août 2022, lors duquel un examen approfondi des possibilités professionnelles a été mis en œuvre. q. Par courriels des 2 et 8 juin 2022, le maître de réadaptation des EPI a notamment fait part à l'OAI de sa préoccupation concernant les capacités de l'assuré, mais surtout de son état de santé. Celui-ci se plaignait constamment de ses yeux, de son dos et de sa fatigue, était très souvent au bord des larmes par rapport à son état général. Le suivi de son diabète n'était pas du tout maîtrisé et l'intéressé se trouvait souvent en hypoglycémie et faisait parfois des malaises. Il était en arrêt maladie. r. Selon une note du 26 juillet 2022 du service de réadaptation de l'OAI, il n'y avait pas d'orientation possible pour l'assuré, qui n'était pas engagé mais plutôt attentiste, faisait acte de présence, sans doute par manque de compréhension. Aucune nouvelle mesure ne semblait pouvoir améliorer sa situation à ce stade. s. Par certificat du 19 août 2022, la Dre G_____ a attesté que l'état psychique de l'assuré s'était beaucoup aggravé depuis l'expertise psychiatrique du Dr H_____. Le patient se trouvait de plus en plus triste, angoissé, fatigué, épuisé et n'avait plus de force ni d'énergie pour faire quoi que ce soit. Il ne possédait pas de ressources pour faire face aux difficultés de la vie quotidienne, ses capacités d'adaptation et d'apprentissage étaient réduites. Il était fragile et vulnérable au stress, avec des difficultés dans la gestion des émotions. Il n'avait plus de résistance, ni de patience pour supporter les exigences du travail. Son état psychique actuel ne lui permettait plus de réaliser une activité professionnelle. t. Par attestation du 29 août 2022, le Dr C_____ a signalé une péjoration de l'état de santé globale de l'assuré, surtout du point de vue psychologique. Le patient se plaignait d'une asthénie et d'une adynamie qui bloquaient ses capacités d'adaptation. Il n'était pas apte à reprendre le travail ou un apprentissage. u. Selon le rapport final du 2 septembre 2022 relatif à la mesure d'orientation professionnelle au sein des EPI, aucune mise en stage même dans l'atelier de conditionnement et assemblage des EPI n'avait pu être effectuée et il n'avait pas été possible de déterminer une orientation professionnelle adaptée. L'assuré avait été mis en arrêt de travail pendant 32 jours sur 65 et avait dû quitter de manière anticipée l'atelier en raison de douleurs et d'une fatigue importante. Seules les activités manuelles légères très simples, répétitives et sans prise d'initiative étaient à sa portée. L'encadrement devait intervenir régulièrement pour pallier le manque d'autonomie, l'adaptation à tout changement dans le déroulement d'une tâche et la compréhension en général. v. Dans un avis du 15 décembre 2022 qui faisait suite au bilan de réadaptation, le SMR, par la plume de la docteure I_____, a conclu que sa précédente appréciation restait valable. Une activité simple et répétitive, respectant les limitations fonctionnelles d'épargne du rachis lombaire ainsi qu'une non-exposition au froid, demeurait exigible. L'évaluation professionnelle aux EPI avait principalement mis en évidence des facteurs extra-médicaux. Il était également relevé que l'assuré s'était inscrit à l'office régional de placement depuis le 1^{er} avril 2021 avec un certificat de reprise à 20%. w. Par rapport final du 17 mars 2023, la division réadaptation de l'OAI a indiqué que la mesure d'orientation professionnelle avait pris fin le 7 août 2022. Aucune cible n'avait été validée et d'autres mesures n'étaient pas indiquées. Le manque de formation scolaire et les problèmes de langue représentaient des causes étrangères à l'invalidité et ne pouvaient pas être prises en compte. B. a. Par projet de décision du 24 mars 2023, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui octroyer une rente entière du 1^{er} novembre 2020 au 28 février 2021 sur la base d'un degré d'invalidité de 100%, et un trois quarts de rente du 1^{er} au 31 mars 2021 sur la base d'un degré d'invalidité de 62%. L'incapacité de travail était totale dès le 21 novembre 2019, date correspondant au début du délai d'attente d'un an. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de

50% dès le 1^{er} décembre 2020 et de 100% dès le 1^{er} janvier 2021. À l'échéance du délai d'attente, l'incapacité de gain se confondait avec l'incapacité de travail de 100%, ce taux représentant le degré d'invalidité. Compte tenu de l'exigibilité de 50% dans une activité adaptée recouvrée dès le 1^{er} décembre 2020, l'OAI a effectué une comparaison des revenus sans invalidité (CHF 73'936.-) et avec invalidité (CHF 27'971.-), et fixé la perte de gain à CHF 45'965.-, correspondant au taux d'invalidité de 62%, donnant droit à trois quarts de rente dès le 1^{er} mars 2021. Dès le 1^{er} janvier 2021, la capacité de travail était de 100% dans une activité, de sorte que, compte tenu des revenus sans invalidité (CHF 73'390.-) et avec invalidité de (CHF 58'795.-), la perte de gain de CHF 14'595.- révélait un taux d'invalidité de 20%, lequel ne donnait plus droit à une rente. Le droit au trois quarts de rente était ainsi supprimé au « 31 décembre 2021 » (sic). b. Par courrier du 5 mai 2023, l'assuré, représenté par sa protection juridique, a contesté les conclusions du projet de décision susmentionné, concluant à l'octroi d'une rente entière à compter du 1^{er} février 2020 et, subsidiairement, à une instruction médicale sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire pour constater ses limitations tant sur le plan physique que psychologique. Il a notamment fait valoir que le dossier de l'OAI ne contenait quasiment aucun document médical permettant de déterminer son état de santé et ses limitations. c. Par deux décisions du 2 août 2023, l'OAI a maintenu sa position. Par la première décision, il a octroyé une rente entière du 1^{er} novembre 2020 au 28 février 2021 et, par la seconde décision, un trois quarts de rente du 1^{er} au 31 mars 2021. d. Par courriers électroniques des 23 août et 1^{er} septembre 2023, l'assuré, par l'intermédiaire de son avocate nouvellement constituée, a sollicité de l'OAI l'intégralité de son dossier. L'OAI lui a transmis, par courrier du 4 septembre 2023, un CD-Rom, indiquant qu'il contenait le dossier demandé. e. Le 5 septembre 2023, l'assuré a, par courrier électronique, informé l'OAI que le CD-Rom transmis ne contenait aucun document médical, de sorte que le dossier reçu était incomplet. Par courrier du 6 septembre 2023, l'OAI lui a remis un nouveau CD-Rom contenant son dossier. C. a. Par actes du 12 septembre 2023, l'assuré, représenté par son avocate, a interjeté recours par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre les deux décisions précitées, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à la modification des décisions du 2 août 2023 en ce sens qu'une rente entière d'invalidité devait lui être accordée à compter du 1^{er} juin 2020 sans interruption et pour une durée indéterminée et, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Le recourant a tout d'abord fait grief à l'intimé d'avoir violé son droit d'être entendu en transmettant à deux reprises un dossier largement incomplet à ses conseils, l'empêchant de prendre position sur le projet de décision et de faire valoir ses droits, dans la mesure où il ignorait l'essentiel des éléments de son dossier. Son conseil n'avait pu prendre connaissance du dossier complet que le 11 septembre 2023. Sur le fond, il a contesté la date retenue pour le début de son incapacité durable, qui remontait à avril 2019, de sorte que son droit à la rente devait s'ouvrir à compter du 1^{er} juin 2020. Il n'existait en outre aucun motif de révision permettant de modifier sa rente, son état de santé ne cessant de s'aggraver. L'intimé ne pouvait se fonder sur le rapport d'expertise du Dr H_____ qui ne remplissait pas les critères jurisprudentiels pour se voir attribuer pleine valeur probante. Il en allait de même de l'avis du SMR qui se limitait à reprendre les conclusions de l'expertise. Ses médecins traitants avaient fait état d'une nette péjoration de son état de santé dès décembre 2020, de sorte que l'intimé aurait dû procéder à une instruction complémentaire. De plus, le degré d'invalidité retenu était erroné et devait être fixé à 100%. Le recourant a joint à son recours un bordereau de pièces contenant notamment un rapport médical de la Dre G_____ du 8 septembre 2023, diagnostiquant un

trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F 33.2), un trouble de panique avec anxiété épisodique paroxystique (F 41.0), un trouble hypocondriaque (F 45.2). Les symptômes dépressifs, ainsi que les crises d'angoisse et les attaques de panique s'étaient aggravés à la suite de la perte de certains proches et de la situation en Turquie. Son état psychique s'était beaucoup aggravé depuis l'expertise psychiatrique à cause d'une diminution progressive de ses compétences fonctionnelles et mentales. Ses capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et d'apprentissage étaient réduites. Il n'avait plus de résistance ni de patience pour supporter les exigences du travail et souffrait d'une baisse de rythme et de rendement au travail. Sa capacité de travail était de 0% dans un travail professionnel lucratif, et de 20% dans une activité adaptée à son handicap, par exemple dans un atelier protégé, à compter du 1^{er} juillet 2021. Les traitements médicamenteux prescrits pour les problèmes psychiatriques restaient les mêmes que ceux mentionnés dans son rapport du 2 octobre 2020. b. La chambre de céans a enregistré le recours contre la décision du 2 août 2023 concernant le droit à la rente entière du 1^{er} novembre 2020 au 28 février 2021 sous la référence A/2889/2023 et celui contre la décision du 2 août 2023 portant sur le droit au trois quarts de rente du 1^{er} au 31 mars 2021 sous la référence A/2861/2023. c. Par ordonnance du 29 septembre 2023, la chambre de céans a joint les deux procédures susmentionnées sous la référence A/2861/2023. d. Dans sa réponse du 13 novembre 2023, l'intimé a conclu au rejet des recours. Il a relevé que le recourant avait sollicité l'envoi de son dossier à sa fille et à son médecin traitant, de sorte qu'il avait les moyens de connaître les raisons fondant les décisions litigieuses. Le fait que le recourant ait reçu un dossier incomplet par erreur ne justifiait pas une violation de son droit d'être entendu. Sur le fond, l'expertise devait se voir attribuer pleine valeur probante. Les incapacités mises en avant par les médecins traitants se basaient sur des éléments anamnestiques et des facteurs psycho-sociaux qui ne pouvaient être pris en compte dans le cadre de l'assurance-invalidité. Le dossier soumis à l'expert ne pouvait être considéré comme incomplet du simple fait que des pièces postérieures à l'expertise ne lui auraient pas été soumises, puisque l'aggravation alléguée dans le dernier rapport de la Dre G_____, également anamnestique, était directement en lien avec le résultat de l'expertise que le recourant ne pouvait pas accepter. L'orientation professionnelle avait permis de confirmer que les facteurs non médicaux avaient joué un rôle central dans les limitations du recourant, ainsi que l'absence de motivation pour reprendre une activité. Le dernier rapport de la Dre G_____ ne permettait pas de revenir sur leur avis précédent. L'intimé a annexé un nouvel avis du SMR du 12 octobre 2023, rédigé par la Dre I_____, qui ne retenait pas d'aggravation de l'état de santé du recourant ni de trouble dépressif sévère, et maintenait ses précédentes appréciations. Il était relevé que, selon le dernier rapport de la Dre G_____, le traitement médicamenteux restait inchangé par rapport à celui de novembre 2020, parlant contre une atteinte psychiatrique sévère. Le Dr H_____, lors de son examen clinique en novembre 2020, n'avait pas mis en évidence de troubles cognitifs, ni de signes neurovégétatifs, ni d'irritabilité, et n'avait pas d'arguments pour un syndrome de stress post-traumatique. e. Dans sa réplique du 13 décembre 2023, le recourant a persisté dans ses conclusions. L'expert n'avait pas eu accès à de nombreux rapports, de sorte que l'analyse effectuée par ce dernier ne reposait ni sur une anamnèse complète, ni sur une étude circonstanciée de son cas. L'expert n'avait pas non plus appliqué les indicateurs découlant de la jurisprudence relative aux atteintes psychiques. Le recourant a joint un rapport de la Dre G_____ du 5 décembre 2023, laquelle a notamment relevé que son patient prenait beaucoup de médicaments pour ses problèmes cardiovasculaires, pulmonaires, diabétiques

et ses douleurs chroniques, de sorte qu'elle n'avait pas changé son traitement psychotrope, dans le but d'éviter les interactions médicamenteuses. Il aurait fallu organiser une évaluation neuropsychologique, ce qu'elle n'avait pas fait en raison des problèmes de langues. Elle ne l'avait pas non plus fait hospitaliser dans un hôpital psychiatrique en raison de la barrière de la langue et du fait qu'il ne présentait pas de risque auto ou hétéro-agressif. Les limitations fonctionnelles persistaient. f. Le 25 janvier 2024, l'intimé a dupliqué et maintenu ses conclusions. Il a annexé un avis du SMR du 9 janvier 2024, lequel concluait, par la plume de la Dre I_____, que le rapport médical du 5 décembre 2023 de la Dre G_____ n'amenait pas de nouvel élément médical objectif permettant de modifier l'appréciation du cas. EN DROIT 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. 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. 3. Le 1 er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1 er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82 a LPGA a contrario).

E. 4.1

Le 1 er 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 déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1 er 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2 et les références). Si un droit à la rente a pris naissance jusqu'au 31 décembre 2021, un éventuel passage au nouveau système de rentes linéaire s'effectue, selon l'âge du bénéficiaire de rente, conformément aux let. b et c des dispositions transitoires de la LAI relatives à la modification du 19 juin 2020. Selon la let. c, pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente a pris naissance avant l'entrée en vigueur de cette modification et qui, à l'entrée en vigueur de la modification, avaient au moins 55 ans, l'ancien droit reste applicable (arrêt du Tribunal fédéral 8C_561/2022 du 4 août 2023 consid. 3.1 et la référence).

E. 4.2

En l'occurrence, les décisions querellées ont certes été rendues postérieurement au 1 er janvier 2022. Toutefois, il n'est pas contesté qu'un droit à la rente est né avant cette date, de sorte que les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables. En outre, dans la mesure où le recourant était âgé de 58 ans au 1 er janvier 2022, l'ancien droit restera applicable jusqu'à l'extinction ou la suppression de son droit à la rente.

E. 5

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]). Interjetés dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), les recours sont recevables.

E. 6

Il convient au préalable de déterminer l'objet du litige.

E. 6.1

En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent en principe être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par la voie d'un recours. Le juge n'entre donc pas en matière, sauf exception, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et les références). La procédure juridictionnelle administrative peut toutefois être étendue pour des motifs d'économie de procédure à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins. Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes : la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée ; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige ; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins ; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée (ATF 130 V 501 consid. 1.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2019 du 22 avril 2020 consid. 4.4.1 et les références).

E. 6.2

En l'occurrence, dans ses décisions litigieuses du 2 août 2023, l'intimé a reconnu au recourant le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2020 au 28 février 2021 et à un trois quarts de rente du 1^{er} au 31 mars 2021. Le recourant conclut à la modification desdites décisions et requiert l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} juin 2020, sans interruption et pour une durée indéterminée. Le litige porte ainsi sur la date du début du droit à la rente entière d'invalidité, ainsi que sur la réduction de cette rente à un trois quarts de rente dès le 1^{er} mars 2021 et la suppression de celle-ci à compter du 31 mars 2021.

E. 7

Dans un premier grief de nature formelle, le recourant fait valoir une violation de son droit d'être entendu, dans la mesure où l'intimé a transmis, à deux reprises, un dossier incomplet à ses conseils.

E. 7.1

Selon l'art. 29 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable (al. 1). Les parties ont le droit d'être entendues (al. 2). Une violation du droit d'être entendu est considérée comme

réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours disposant du même pouvoir d'examen que l'autorité inférieure et pouvant ainsi contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; 137 I 195 consid. 2.3.2). La réparation d'un vice éventuel doit cependant demeurer l'exception (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; 126 V 130 consid. 2b) ; même en cas de violation grave du droit d'être entendu, un renvoi de la cause pour des motifs d'ordre formel à l'instance précédente peut être exclu, par économie de procédure, lorsque cela retarderait inutilement un jugement définitif sur le litige, ce qui n'est dans l'intérêt ni de l'intimée, ni de l'administré dont le droit d'être entendu a été lésé (ATF 132 V 387 consid. 5.1). Enfin, la possibilité de recourir doit être propre à effacer les conséquences de la violation. Autrement dit, la partie lésée doit avoir eu le loisir de faire valoir ses arguments en cours de procédure contentieuse aussi efficacement qu'elle aurait dû pouvoir le faire avant le prononcé de la décision litigieuse (ATA/304/2013 du 14 mai 2013 consid. 4. c).

E. 7.2

En l'espèce, l'intimé ne conteste pas avoir envoyé par erreur un dossier incomplet aux conseils du recourant, ce qui ressort en outre des observations du 5 mai 2023 du précédent mandataire de l'intéressé et du courrier électronique du 5 septembre 2023 de l'avocate nouvellement constituée. Le recourant soutient n'avoir eu accès à l'intégralité de son dossier, envoyé par l'intimé le 6 septembre 2023, que le 11 septembre 2023, soit la veille de l'échéance du délai de recours. Même à supposer que le droit d'être entendu du recourant n'ait pas été respecté compte tenu de la remise tardive de toutes les pièces de son dossier, il sied de rappeler qu'il a eu l'occasion de se prononcer en pleine connaissance de cause devant la chambre de céans, qui jouit d'un plein pouvoir d'examen en fait et en droit (arrêts du Tribunal fédéral 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 1 ; 9C_127/2007 du 12 février 2008 consid. 2.2), puisqu'il a répliqué le 13 décembre 2023. Ainsi, l'éventuelle violation du droit d'être entendu par l'intimé a été réparée au cours de la procédure contentieuse.

E. 8

septembre 2020 et 28 janvier 2021, que le recourant avait présenté une incapacité de travail de 100% depuis le 22 avril 2019, il a fixé le début de l'incapacité durable de travail au 21 novembre 2021. Cette détermination est justifiée par une période de reprise du travail de plus de trente jours consécutifs. Il est en effet rappelé que, dans son rapport du

E. 8.1

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. L'art. 28 al. 2 LAI prévoit que 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. Selon l'art. 29 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois

qui suit le 18 e anniversaire de l'assuré (al. 1). Le droit ne prend pas naissance tant que l'assurée peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 (al. 2). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3). Conformément à l'art. 29 ter RAI, il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins. Cette interruption a pour conséquence que, lors de la survenance d'une nouvelle incapacité de travail, un nouveau délai d'attente d'une année commence à courir sans qu'il y ait lieu de prendre en considération les périodes antérieures d'incapacité de travail. Au sens de l'art. 29 ter RAI, une interruption du délai d'attente ne peut être admise que lorsque l'assuré s'est trouvé dans la capacité d'exercer un travail économiquement utilisable pendant au moins trente jours consécutifs. Le fait que ce travail ait été rétribué ou non est sans importance. Par contre, le délai ne sera pas interrompu lorsque la reprise de l'activité n'a qu'un but thérapeutique alors qu'il ne subsiste plus de réelle capacité de travail utilisable sur le marché, et lorsque l'activité exercée met manifestement à trop lourde contribution les forces de l'assuré ou lorsque, quand bien même on doit admettre que celui qui est occupé dans un centre de réadaptation aurait pu reprendre une activité lucrative en faisant preuve de bonne volonté, les circonstances permettent de penser qu'un essai de reprise du travail aurait probablement abouti à un échec. Un essai de reprise du travail qui échoue n'interrompt pas le délai d'attente même s'il dure plus de trente jours (Michel VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, 2018, n. 14 – 15 ad art. 28 LAI).

E. 8.2

En l'espèce, si le SMR a effectivement mentionné, dans ses avis des

E. 11

mars 2020, le Dr C_____ a attesté d'une incapacité de travail de 100% entre le 22 avril et le 4 juin 2019, 50% du 5 juin au 1 er octobre 2019, de 0% du 2 octobre au 26 novembre 2019, de 50% du 27 novembre 2019 au

E. 15

décembre 2019, de 0% des 16 au 17 décembre 2019, et de 50% dès le

E. 18

décembre 2019. Selon sa note d'observations du 28 avril 2020, l'intimé, en se basant sur les périodes d'incapacité de travail transmises par la Vaudoise, a notamment retenu une incapacité de travail de 0% du 2 octobre au

E. 21

novembre 2019, de 50% du 22 novembre 2019 au 3 mars 2020, et de 100% à partir du 4 mars 2020. Ainsi, la première période d'incapacité de travail durable qui a débuté le

E. 22

avril 2019 a été interrompue par la reprise d'activité du 2 octobre au 21 novembre 2019, soit pour une durée de plus de trente jours. Les rapports médicaux versés au dossier permettent de conclure que le recourant était bien apte à reprendre son activité habituelle durant cette période et aucun élément au dossier ne laisse supposer que ladite reprise à 100% s'apparentait à une reprise pour but thérapeutique, ni que l'activité exercée mettait à trop lourde contribution les forces du recourant, ni que le retour au travail correspondait à un

simple essai de reprise de travail. Il s'agit par conséquent d'une interruption notable du délai d'attente, qui a pour conséquence que le nouveau délai d'attente d'une année a commencé à courir lors de la survenance de la nouvelle incapacité de travail, sans qu'il y ait lieu de prendre en considération les périodes antérieures d'incapacité de travail. Le recourant ayant déposé sa demande de prestations le 16 décembre 2019 et l'incapacité de travail durable ayant débuté en novembre 2019, le début du droit à la rente ne peut commencer que le 1^{er} novembre 2020. 9. Le recourant fait également grief à l'intimé d'avoir retenu une première modification de son état de santé entraînant une réduction de la rente entière à un trois quarts de rente dès le 1^{er} mars 2021, et une seconde modification de son état de santé justifiant la suppression de la rente à partir du 1^{er} avril 2021. 9.1 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 (ATF 148 V 321 consid. 7.3.1 ; 145 V 209 consid. 5.3). L'art 17 al. 1 LPGA dispose, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. 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'art. 17 LPGA (ATF 149 V 91 consid. 7.5 et les références). 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. Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à l'accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les références). Le fardeau de la preuve quant à une amélioration de la capacité de travail incombe à l'administration (arrêt du Tribunal fédéral 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.2 et les références). Selon l'art. 88 a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. 9.2 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle qui est 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). 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 28 al. 2 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, 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 I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 9.3 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 LPG. 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 ; arrêt du Tribunal fédéral I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1 et les références). 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 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). L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17

avril 2019 5.2.2 et la référence). 9.4 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). 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 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 ; 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 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. 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). Concernant le rapport du SMR, celui-ci 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 ; 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du

16 août 2018 consid. 4.3.1 et les références). 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 ; 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).

9.5 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 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). Le renvoi à l'administration apparaît également justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La récente jurisprudence du Tribunal fédéral prévoyant que le juge des assurances sociales ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; ATAS/1034/2023 du 21 décembre 2023 ; ATAS/588/2013 du 11 juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013).

9.6 En l'espèce, par décisions du 2 août 2023, l'intimé a octroyé rétroactivement une rente entière pour la période du 1^{er} novembre 2020 au 28 février 2021 et un trois quarts de rente du 1^{er} au 31 mars 2021. Il a retenu, en se basant sur le rapport du SMR du 28 janvier 2021, que le recourant n'était plus apte à exercer son activité habituelle

d'aide-cuisinier, compte tenu des limitations fonctionnelles somatiques énumérées par le Dr F_____, et qu'il présentait, au moment de l'ouverture du droit à la rente, soit le 1^{er} novembre 2020, une incapacité totale de travail dans toute activité. Ces appréciations ne sont pas remises en cause par les parties et ne sont dès lors pas litigieuses. L'intimé a ensuite retenu une première amélioration de l'état de santé du recourant au 1^{er} décembre 2020, puis une seconde au 1^{er} janvier 2021, conformément à l'avis du 28 janvier 2021 du Dr F_____, lequel a indiqué se référer à son précédent rapport et à l'expertise du Dr H_____, dont il n'avait pas de raison de s'écarter.

9.6.1 La chambre de céans constate cependant des incertitudes et des incohérences dans ledit rapport d'expertise du 19 novembre 2020, en ce qui concerne les atteintes à la santé, les limitations et la capacité de travail du recourant. En effet, le Dr H_____ a retenu, à titre de diagnostic ayant une répercussion sur ladite capacité, un « éventuel trouble panique avec attaques de paniques paucisymptomatiques » et, à titre de diagnostic n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail, un « trouble dépressif actuellement en rémission ou subclinique » (cf. expertise p. 12). Toutefois, dans sa rubrique « Appréciation diagnostique », il a mentionné que, d'un point de vue psychopathologique, « il n'y a pas d'argument déterminant actuellement en faveur d'un trouble panique ou d'hypochondrie » contrairement à ce qu'avait relevé la Dre G_____ (cf. expertise p. 14), et « Les arguments cliniques pour un trouble panique sont relativement modestes » (cf. expertise p. 17). Puis, sous la rubrique « Appréciation de la capacité de travail sur le plan de la médecine des assurances », il a noté faire face à « un assuré qui présente un trouble dépressif actuellement subclinique ou en rémission, sans trouble panique cliniquement significatif actuellement, ni hypochondrie » (cf. expertise p. 18). Les conclusions de l'expert quant à l'existence ou non d'un trouble panique, à son degré de sévérité et à son éventuelle rémission, ne sont pas claires. On relèvera encore que le Dr H_____ ne s'est pas référé aux critères d'un système de classification reconnu s'agissant de ce diagnostic. L'expert a indiqué que le recourant ne présentait aucune limitation du registre psychique (cf. expertise p. 19), tout en retenant l'existence d'un « éventuel trouble panique » ayant une incidence sur la capacité de travail (cf. expertise p. 12), ce qui est contradictoire. De plus, il n'a pas évalué la capacité de travail au moment de son examen, soit en novembre 2020, mais a indiqué qu'elle s'élevait à 50% du 1^{er} au 31 décembre 2020 et à 100% le 1^{er} janvier 2021 (cf. expertise p. 19 et 20). Dès lors qu'il a fait état d'une évolution « largement favorable » de l'état du recourant et ajouté qu'il pouvait « tout au plus parler d'un trouble dépressif en rémission ou subclinique » (cf. expertise p. 17), l'expert semble avoir admis une incapacité de travail supérieure à 50%, sans toutefois la chiffrer, pour la période antérieure, et ce en raison du trouble dépressif. Il ne s'est en revanche pas clairement prononcé sur l'évolution du trouble panique, lequel a pourtant été retenu comme seul diagnostic incapacitant. Il ne s'est pas non plus déterminé de manière suffisante sur le contenu du rapport de la Dre G_____ du 17 septembre 2020, et n'a rapporté que succinctement les plaintes du recourant (cf. expertise p. 8), qui ne concordent pas avec celles étayées dans les différents rapports de la Dre G_____, notamment celui du 2 octobre 2020. De surcroît, le rapport d'expertise ne respecte pas les critères jurisprudentiels, dans la mesure où l'examen du caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique n'a pas été établi dans le cadre d'un examen global et n'a pas tenu compte des différents indicateurs, tels que les limitations fonctionnelles qui n'ont, comme mentionné ci-dessus, pas été appréciées de manière convaincante. Enfin, il convient de noter que l'expertise se fonde sur des documents médicaux que la Vaudoise a adressés au préalable au Dr H_____ sans que ce dernier ne les ait énumérés. Il n'est pas possible de savoir si

l'expert a eu un accès au dossier médical complet du recourant, en particulier s'il a pris connaissance des rapports du 11 mars 2020 du Dr C_____ et du 2 octobre 2020 de la Dre G_____, ni de savoir quelles pièces se trouvaient à sa disposition. Compte tenu de toute ce qui précède, aucune valeur probante ne saurait être reconnue à l'expertise du 19 novembre 2020 du Dr H_____, laquelle ne permet donc pas de conclure à une amélioration de l'état de santé du recourant, respectivement de sa capacité de travail, à partir du 1^{er} décembre 2020, puis du 1^{er} janvier 2021. 9.6.2 L'avis du SMR du 28 janvier 2021 est également basé sur sa précédente appréciation du 8 septembre 2020. Or, dans cette dernière, le Dr F_____ ne s'était pas déterminé sur la capacité de travail du recourant, relevant qu'il convenait de demander des rapports médicaux supplémentaires. Il s'était limité à rappeler l'appréciation du Dr C_____ concernant les atteintes retenues et la capacité de travail alors évoquée, soit 50% dans une activité adaptée. À cet égard, la chambre de céans observera que le Dr C_____ avait certes fait état, dans son rapport du 11 mars 2020, d'une évolution favorable et d'une capacité de travail exigible de 50% dès le 18 décembre 2019. Toutefois, ce médecin a attesté, par la suite, d'une incapacité totale de travail dès le 4 mars 2020 (cf. certificats médicaux des 6 mars, 29 mai et 6 juillet 2020 et rapport du 24 décembre 2020), ce qui n'a même pas été rappelé par le Dr F_____. Ainsi, l'appréciation du 8 septembre 2020 du SMR ne permet pas non plus de retenir que l'état de santé ou la capacité de travail du recourant se serait amélioré le 1^{er} décembre 2020, puis le 1^{er} janvier 2021. 9.6.3 Compte tenu de tous ces éléments, la chambre de céans ne peut que constater qu'il n'est pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant disposait, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, d'une capacité de travail résiduelle de 50% à partir du 1^{er} décembre 2020 et de 100% dès le 1^{er} janvier 2021. La décision litigieuse repose sur une instruction insuffisante, le SMR s'étant contenté de recueillir les avis des médecins-traitants, dont il s'est écarté sans motivation, ainsi que le rapport d'expertise de l'assurance perte de gains, sans relever les nombreuses lacunes de ce document. Dans ces circonstances, la cause sera renvoyée à l'intimé pour qu'il complète l'instruction et mette en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire sur les plans psychique et somatique, visant à déterminer la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, et plus particulièrement l'évolution de celle-ci depuis le 1^{er} décembre 2020. Cela fait, le cas échéant, au vu de l'âge du recourant, il conviendra que l'intimé apprécie concrètement ses chances de mettre en valeur une éventuelle capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi (cf. ATF 148 V 321 consid. 7.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_50/2024 du 8 mai 2024 consid. 4.2). 10. Eu égard à tout ce qui précède, le recours sera partiellement admis et les décisions du 2 août 2023 annulées, en tant qu'elles limitent le droit du recourant à une rente entière d'invalidité au 28 février 2021, qu'elles diminuent la quotité de ladite rente à un trois quarts de rente dès le 1^{er} mars 2021 et qu'elles la suppriment dès le 1^{er} avril 2021. Le recourant, représenté, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- 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]), supportée par l'intimé. 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. 1 bis LAI). 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.