

GE_GERICHTE A/2930/2023 vom 14. Oktober 2024

GE Cour de justice, 2024-10-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2930_2023

FR: GE_GERICHTE A/2930/2023 du 14 octobre 2024

IT: GE_GERICHTE A/2930/2023 del 14 ottobre 2024

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

Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).

E. 2

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

E. 3

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 (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). En l'occurrence, la décision querellée a certes été rendue postérieurement au 1^{er} janvier 2022. Toutefois, la demande de prestations ayant été déposée en février 2019 et le délai d'attente d'une année venant à échéance en mai 2019, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait antérieurement au 1^{er} janvier 2022 (art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions applicables seront citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 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 1^{er} janvier 2008).

E. 3.2

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. 28a al. 1 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 des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

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). 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.

E. 3.3.1

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).

E. 3.3.2

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. 3.3.3

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 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).

E. 3.3.4

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 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2

et les références).

E. 3.4

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et 128 V 174).

E. 3.4.1

Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.2). À titre d'exemples, le Tribunal fédéral a considéré qu'il était exigible d'un assuré de 60 ans ayant travaillé pour l'essentiel en tant qu'ouvrier dans l'industrie textile qu'il se réinsère sur le marché du travail malgré son âge et ses limitations fonctionnelles (travaux légers et moyens avec alternance des positions dans des locaux fermés; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 376/05 du 5 août 2005 consid. 4.2), de même que pour un soudeur de 60 ans avec des limitations psychiques et physiques, notamment rhumatologiques et cardiaques, qui disposait d'une capacité de travail de 70% (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 304/06 du 22 janvier 2007 consid. 4.2), tout comme pour un assuré âgé de 62 ans et dix mois qui disposait d'une certaine capacité d'adaptation, étant relevé que le marché du travail offre des activités autres qu'un travail sur écran, telles que le contrôle, la surveillance et la vérification, lesquelles ne nécessitent pas une longue période de formation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_755/2023 du 20 février 2024 consid. 5.5 et la référence).

E. 3.4.2

En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé que l'office AI aurait pu donner au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convenait néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant

et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4).

E. 3.5

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 ; 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).

E. 4

En l'espèce, l'intimé, dans la décision litigieuse, dit se fonder sur l'expertise du G_____ du 27 mars 2023 (volets de médecine interne et orthopédique). Cependant, il retient une capacité de travail nulle du recourant dans toute activité du 1^{er} octobre 2018 au 31 août 2019 et de 100% dans une activité adaptée dès le 1^{er} septembre 2019, alors que l'expertise du G_____, dont le SMR a estimé, le 5 avril 2023, qu'elle était probante, conclut à une capacité de travail du recourant dès le 20 mai 2018 nulle dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Il convient en conséquence de corriger les dates d'incapacités de travail mentionnées par l'intimé dans la décision litigieuse, dans le sens de celles admises par l'expertise du G_____. Quant au recourant, il conteste une capacité de travail totale dans une activité adaptée et sollicite une expertise judiciaire rhumatologique et psychiatrique, étant relevé que lors de l'audience de comparution personnelle du 27 mai 2024, il a renoncé à requérir une expertise judiciaire hépatique et gastroentérologique.

E. 4.1

Le rapport d'expertise bidisciplinaire du G_____, de chirurgie orthopédique et de médecine interne générale, du 27 mars 2023, prend en compte l'entier du dossier médical du recourant, contient une anamnèse complète, la description des plaintes du recourant, pose des diagnostics et limitations fonctionnelles clairs et comprend des conclusions motivées et convaincantes de la capacité de travail du recourant, suite à une évaluation consensuelle des experts, de sorte qu'il répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. Les experts ont retenu une capacité de travail du recourant nulle dans son activité habituelle (garçon d'office) et de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, depuis le 20 mai 2018.

E. 4.1.1

Le recourant conteste les conclusions de l'expertise orthopédique quant à sa capacité de travail, en relevant qu'elles ne tiennent pas compte des interventions chirurgicales prévues à son poignet et à son épaule (procès-verbal de l'audience de comparution personnelle du 27 mai 2024). À cet égard, la chambre de céans a requis des informations complémentaires auprès des Drs K_____ et L_____. Le Dr K_____ a précisé, le 25 juin 2024, que le diagnostic était celui de décompensation arthrosique au niveau médiocarpien et radiocarpien du poignet droit et confirmé les limitations fonctionnelles et la capacité de

travail retenues par l'expert I_____. Cet avis ne contient pas de critiques ou d'éléments objectifs permettant de mettre en doute les conclusions de l'expertise du Dr I_____. Il en est de même de l'avis du Dr L_____, du 1^{er} juillet 2024, lequel retient une omarthrose, en précisant qu'il n'a pas de limitations fonctionnelles à ajouter. Quant au rapport du Dr E_____, il se borne à attester d'une incapacité de travail totale du recourant, sans l'étayer (avis du 19 août 2024). Comme relevé par l'intimé, si le recourant devait subir des interventions chirurgicales, elles seraient postérieures à la décision litigieuse et ne peuvent en conséquence être prises en compte, le recourant pouvant, s'il l'estime justifié, déposer une nouvelle demande de prestations. En effet, de jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). Dans ces conditions, l'expertise du Dr I_____ ne peut qu'être suivie, étant relevé que celle de la Dre J_____ n'est pas spécifiquement contestée.

E. 4.1.2

Le recourant estime par ailleurs qu'une expertise judiciaire rhumatologique et psychiatrique est nécessaire. À cet égard, l'intimé a mandaté le G _____ pour réaliser une expertise pluridisciplinaire, comprenant également les volets rhumatologique et psychiatrique, qu'il a jugé utile d'investiguer. Il n'appartient cependant pas à la chambre de céans d'effectuer l'instruction médicale requise, en l'absence de toute instruction de la part de l'intimé, ce d'autant qu'un défaut de collaboration peut être retenu à l'encontre du recourant. En effet, à teneur de l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1) ; il détermine la nature et l'étendue de l'instruction nécessaire (al. 1bis) ; l'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2) ; si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (al. 3). Or, par sommation du 22 décembre 2022, l'OAI a enjoint le recourant à contacter le G_____ d'ici au 9 janvier 2023 afin de se soumettre aux expertises rhumatologique et psychiatrique, lesquelles étaient indispensables, faute de quoi il statuerait en l'état du dossier. Ce faisant, il a respecté la procédure prévue à l'art. 43 al. 3 LPGA. Le recourant a invoqué une impossibilité de se rendre dans le canton de Fribourg, alors même qu'il avait pu faire ce déplacement pour se soumettre aux expertises qu'il jugeait utiles (soit les volets orthopédique et de médecine interne) et sans étayer ses propos au moyen d'un rapport médical probant. En effet, l'attestation du Dr E_____ du 16 janvier 2023, qui se limite à mentionner que le recourant devrait, dans la limite du possible, bénéficier d'une expertise à Genève, n'est pas motivée et n'exclut pas tout déplacement du recourant. Dans ces conditions, l'intimé pouvait statuer en l'état du dossier. Au vu de ce qui précède, l'intimé, sur la base de l'expertise bidisciplinaire du G_____, pouvait retenir une capacité de travail de 100% du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 20 mai 2018. Quant à l'âge du recourant, 58 ans au jour de la décision litigieuse, il ne peut être considéré, au vu de la jurisprudence du Tribunal fédéral précitée, comme étant un

âge proche de celui de la retraite, qui justifierait de renoncer à toute activité exigible de la part du recourant (arrêt du Tribunal fédéral 9C_755/2023 du 20 février 2024).

E. 4.1.3

Le degré d'invalidité fixé à 15% par l'intimé en 2019, soit à l'issue du délai de carence d'une année, tient compte d'une capacité de travail totale du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce qui correspond aux conclusions précitées de l'expertise du G_____. Ce taux de 15%, qui n'est pas spécifiquement contesté par le recourant, est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Ce taux ne donne pas droit non plus à une mesure de reclassement (ATF 139 V 399). Par ailleurs, il convient d'admettre qu'il existe sur le marché du travail un éventail suffisamment large d'activités légères compatibles avec les limitations fonctionnelles du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008), de sorte qu'une autre mesure d'ordre professionnel ne se justifie pas non plus.

E. 5

Partant, le recours ne peut qu'être rejeté. Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner le recourant 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.