

# GE\_GERICHTE A/2936/2024 vom 15. April 2025

GE Cour de justice, 2025-04-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2936\\_2024](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2936_2024)

FR: GE\_GERICHTE A/2936/2024 du 15 avril 2025

IT: GE\_GERICHTE A/2936/2024 del 15 aprile 2025

## Erwägungen

### E. 25

juin 2022, et les examens complémentaires avaient montré une anémie hémolytique auto-immune rapidement progressive, d'origine indéterminée et non résolue, nécessitant un traitement médicamenteux et un suivi médical prolongé ; le pronostic vital de l'intéressé avait été engagé et son hospitalisation avait nécessité beaucoup de transfusion de sang (plus d'une trentaine), plusieurs traitements hématologiques spécialisés, dont une pentathérapie, des immunoglobulines intraveineuses, du rituximab, une plasmaphérèse, puis une chimiothérapie ; ces traitements avaient permis une stabilisation de son hémoglobine puis une élévation progressive de cette dernière ; l'état clinique du patient s'était également amélioré et il avait pu récupérer sa mobilité habituelle. La station était stabilisée mais la valeur d'hémoglobine demeurait bien en dessous des normes habituelles, nécessitant un suivi médical hebdomadaire pendant encore plusieurs mois et un traitement hématologique spécialisé dispensé aux HUG dès sa sortie ; - l'avis de sortie des soins aigus du 24 juin 2022 ; d. Dans un rapport du 30 novembre 2022 relatif au suivi de l'anémie hémolytique auto-immune mixte, la docteure C\_\_\_\_\_, cheffe de clinique au département d'oncologie des HUG, service d'hématologie, a posé le diagnostic d'anémie hémolytique auto-immune arégénérative à anticorps chauds et froids diagnostiquée le 19 mai 2022 et, à titre d'antécédents, un diabète cortico-induit et des hémocultures positives à « MSSE » en faveur d'une contamination. Le patient se portait globalement bien et la seule plainte signalée était une douleur au niveau épigastrique survenant lors du sommeil, sans sensation de brûlure ni reflux. Il n'avait pas présenté d'état fébrile ni d'autres signes d'infection récente. La saturation à l'air ambiant, la fréquence cardiaque, la tension artérielle et le status cardiorespiratoire étaient dans la norme. Une péjoration de la fonction rénale était notée à compter du 27 juillet 2022, sans trouble électrolytique ni perturbation des tests hépatiques, et sans syndrome inflammatoire biologique. La densitométrie avait mis en évidence une densité minérale osseuse normale chez un patient sans antécédent de fracture de fragilité et sans corticothérapie en cours, sans indication à un traitement anti-ostéoporotique spécifique, en revanche, la poursuite de la supplémentation vitaminocalcique était recommandée. Sur le plan hématologique, l'obtention d'une réponse complète de l'anémie hémolytique auto-immune mixte était constatée. Le patient bénéficiait d'une prophylaxie par Valtrex qui serait poursuivie au moins jusqu'en mars 2023 et la symptomatologie digestive haute serait surveillée, avec notamment une éventuelle gastroscopie en cas d'indication. Elle a conclu que le patient était en réponse complète de l'anémie hémolytique auto-immune à auto-anticorps chauds et froids mais, au vu du risque élevé de récurrence compte tenu de l'origine auto-immune, un suivi mensuel serait poursuivi à la polyclinique ambulatoire d'hématologie. e. En date du 8 mars 2023, la division de réadaptation de l'OAI a rappelé que le traitement actuel comprenait la prise quotidienne de plusieurs médicaments et que l'assuré était régulièrement suivi au HUG. La situation médicale était probablement

non stabilisée, avec des limitations importantes et une fatigue générale. Il était proposé de poursuivre l'instruction médicale. f. Dans un rapport du 7 avril 2023, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en cardiologie, a conclu que son examen clinique était sans particularité, que l'électrocardiogramme était normal, que l'échocardiographie objectivait des troubles de la fonction diastolique de type relaxation, alors que le reste de l'examen était sans particularité avec une fraction d'éjection conservée. Il complèterait la consultation par la réalisation d'un test d'effort. g. Par rapport du 5 mai 2023, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré se plaignait d'une dyspnée d'effort et de malaise sans perte de connaissance. Le test effort, maximal, était négatif cliniquement et électriquement. Le profil tensionnel était normal et les symptômes étaient probablement d'origine extracardiaque. h. Dans une communication du 22 août 2023, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation n'était en l'état possible en raison de son état de santé. i. Une échographie de l'épaule gauche réalisée le 29 septembre 2023 a conclu à une tendinose inflammatoire non-rupturée du supra-épineux isolée, à des tendons de la coiffe des rotateurs sans anomalie notable, et à l'absence de bursite sous-acromio-deltaïdienne. j. Une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) cérébrale réalisée le 18 octobre 2023 a mis en évidence une leucoencéphalopathie micro-vasculaire débutante et un micro-anévrisme de l'artère cérébrale moyenne à droite. Le risque annuel de rupture était estimé à 0.23%. Selon le contexte clinique, un complément par imagerie pourrait être réalisé afin de mieux caractériser cet anévrisme. En l'absence d'imagerie comparative, un suivi neuroradiologique était proposé dans six mois puis, en cas de stabilité, à intervalle d'un an, deux ans et cinq ans. k. Dans un rapport du 19 octobre 2023, la docteure E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué avoir été consultée par l'assuré le 3 octobre 2023. L'intéressé avait rapporté un malaise avec perte de connaissance en 2022, dans le train, suite auquel un bilan réalisé avait mis en évidence une anémie hémolytique auto-immune. Depuis lors, il ressentait une asthénie intense, accompagnée d'un manque d'endurance à la marche, qui l'obligeait à faire des pauses et s'asseoir régulièrement lors de ses déplacements. Parfois, il présentait une sensation de malaise associée. Il signalait également des épisodes de vertige, avec impression rotatoire, pour lesquels un vertige paroxystique positionnel bénin aurait été suspecté. L'examen neurologique effectué le 3 octobre 2023 ne montrait pas de signe de dysfonction cérébelleuse, de neuropathie périphérique ou de claudication neurogène expliquant les symptômes. Le tableau était compatible avec le déconditionnement secondaire à la maladie hématologique, et les vertiges rotatoires restaient expliqués par l'antécédent de vertige paroxystique positionnel bénin. l. Par rapport non daté, enregistré par l'OAI le 15 novembre 2023, le docteur F\_\_\_\_\_, a indiqué que l'assuré, qu'il suivait depuis le

### **E. 30**

novembre 2023 consid. 4.2.3 et les références). 5. 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 (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. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 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 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). 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). 6. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence). Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral I.321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable. 7. En l'espèce, l'intimé a retenu, conformément à l'avis du 16 février 2024 du SMR, que le recourant avait récupéré une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 30 novembre 2023, ce qui justifiait de supprimer la rente octroyée dès le 1<sup>er</sup> mai 2023 après trois mois d'amélioration de sa capacité de travail, soit dès le 1<sup>er</sup> mars 2024. Le recourant conteste cette évaluation et fait grief à l'intimé d'avoir privilégié les conclusions du rapport des HUG au détriment de celles de son médecin traitant. Il relève à cet égard que le service d'hématologie ne s'était pas prononcé sur sa capacité de travail et qu'il existait un doute raisonnable sur son état de santé, comme reconnu par l'intimé dans son mandat du 15 février 2024. Il reproche également à l'intimé de ne pas avoir tenu compte de ses troubles psychiques, attestés dès le 15 novembre 2023. 7.1 Dans son rapport de novembre 2023, le Dr F\_\_\_\_\_ a retenu deux diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, soit une anémie hémolytique auto-immune d'origine idiopathique et des vertiges paroxystiques positionnels bénins. Il a expliqué que son patient était très diminué sur les plans physique et psychique, faisant état d'une fatigue intense. Il a retenu, à titre de limitations fonctionnelles, les positions prolongées, le port de charge de plus de 5 kg, la marche en terrain irrégulier, le travail sur des échelles et des échafaudages, ainsi que la conduite. 7.1.1 En ce qui concerne les atteintes à la santé somatique, il ressort du rapport des HUG du 1<sup>er</sup> décembre 2023 que l'épisode d'anémie hémolytique auto-immune était complètement résolu lors de la

consultation du 30 novembre 2023, de sorte que le diagnostic retenu par la Dre H\_\_\_\_\_ n'est pas contestable. S'agissant des vertiges paroxystiques positionnels bénins, dont l'existence a été confirmée par le rapport du 19 octobre 2023 de la Dre E\_\_\_\_\_, ils ont également été dûment pris en considération par la médecin-conseil. Le Dr F\_\_\_\_\_ a expressément indiqué que la gastrite et le diabète n'avaient aucune influence sur la capacité de travail. Il sera en outre relevé que le rapport d'échographie de l'épaule gauche du 29 septembre 2023 a uniquement conclu à une tendinose inflammatoire non rompue et isolée du supra-épineux, et que le Dr D\_\_\_\_\_ n'a retenu aucune pathologie suite à son bilan cardiovasculaire et à un test d'effort. D'ailleurs, le médecin-traitant, auquel ces résultats ont été envoyés, tout comme le rapport d'IRM cérébrale du 18 octobre 2023, n'y a fait aucune référence dans son rapport destiné à l'intimé. Enfin, le rapport du 16 janvier 2024 du Dr J\_\_\_\_\_ concernait en réalité un autre patient. Partant, le SMR a retenu tous les diagnostics somatiques que le médecin-traitant a considéré comme ayant des répercussions sur la capacité de travail, ce qui n'est au demeurant pas contesté. Le recourant ne soutient en effet pas qu'il souffrirait d'autres troubles physiques qui auraient été omis par le SMR.

### 7.1.2

S'agissant des limitations fonctionnelles et de l'évaluation de la capacité de travail, il est rappelé que les spécialistes du service d'hématologie des HUG ont attesté, dans leur rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2023, que l'épisode d'anémie hémolytique auto-immune était complètement résolu lors de leur consultation du 30 novembre 2023. Ils ont précisé que le patient était en bon état général, que l'examen clinique était sans particularité et que l'extrême fatigue dont il se plaignait n'avait pas une origine hématologique. Ainsi, même si ce document ne se détermine pas expressément sur la capacité de travail du recourant, force est de constater qu'aucune restriction ne saurait être retenue en lien avec une atteinte qui n'est plus présente. L'appréciation de la Dre H\_\_\_\_\_, laquelle a estimé que l'anémie hémolytique auto-immune d'origine idiopathique résolue n'entraînait plus de limitations fonctionnelles et ne justifiait plus aucune restriction de la capacité de travail à compter du 30 novembre 2023, ne prête ainsi pas le flanc à la critique. Concernant les vertiges, la médecin-conseil a admis certaines contre-indications évoquées par le médecin traitant, à savoir le travail sur des échelles et des échafaudages. Elle semble toutefois avoir omis, par inadvertance, la restriction liée à la conduite, que le Dr F\_\_\_\_\_ a motivée en expliquant que le patient ne pouvait pas conduire en raison des vertiges et des malaises à répétition. Cette limitation fonctionnelle peut donc être considérée comme établie, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, et il y a lieu de conclure que l'activité adaptée ne doit pas comprendre la conduite professionnelle de véhicule. Quant aux autres restrictions énoncées par le Dr F\_\_\_\_\_, la chambre de céans constate qu'il n'a livré aucune explication permettant de comprendre les raisons pour lesquelles son patient ne pourrait pas exercer un métier exigeant le maintien des positions prolongées et le port de charge de plus de 5 kg. Il est relevé à ce propos que la Dre E\_\_\_\_\_ a mentionné que le patient ne présentait ni lombalgies, ni douleurs aux membres inférieurs, et que le rapport des HUG du 1<sup>er</sup> décembre 2023 confirme que le recourant est en bon état général, que son examen clinique est sans particularité, que le bilan cardiologique et pneumologique s'était révélé normal, et que la seule plainte consistait en l'extrême fatigue alléguée. Ces éléments permettent d'écarter les restrictions d'épargne citées par le médecin traitant en lien avec les positions prolongées, le port de charge limité et la marche en terrain irrégulier, puisqu'aucune pièce produite dans le cadre de la présente procédure ne vient conforter l'appréciation du Dr F\_\_\_\_\_ à ce propos.

### 7.1.3

Contrairement à ce que soutient le recourant, le mandat SMR, qui indique que les rapports du généraliste traitant et du service d'hématologie des HUG

« semblent contradictoires », ne permet pas de conclure à l'existence d'un doute raisonnable quant à son état de santé. Le dossier médical a précisément été transmis au SMR afin qu'il analyse les renseignements médicaux produits et détermine les atteintes à la santé à retenir, les limitations fonctionnelles qui en découlent et l'évaluation de la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans un métier adapté. La Dre H\_\_\_\_\_ a rempli son mandat et conclu que les rapports en sa possession étaient suffisants pour prendre position. Aucun élément ne permet de douter de la fiabilité ou de la pertinence des constatations du SMR, étant précisé que la seule absence de mention de la conduite à titre de limitation fonctionnelle ne saurait remettre en cause la valeur probante de cette détermination. L'intimé était donc fondé à suivre les conclusions de l'avis du 16 février 2024. Enfin, la chambre de céans constate que, dans sa lettre adressée à l'intimé le 23 juillet 2024, le Dr F\_\_\_\_\_ n'a soulevé aucun argument médical susceptible de douter de l'appréciation de la Dre H\_\_\_\_\_. 7.1.4 Sur le plan psychique, le médecin traitant du recourant a signalé, dans son rapport de novembre 2023, que son patient était « très diminué sur le plan physique et psychique ». Il n'a cependant fait mention d'aucun symptôme et d'aucune limitation sur le plan psychiatrique. Il n'a pas non plus fait état d'un suivi spécialisé, ni d'une indication à en organiser un. Il n'a pas indiqué qu'un quelconque traitement médicamenteux aurait été introduit ou se justifiait en raison d'une affection psychique. De surcroît, les différents rapports des HUG ne suggèrent pas non plus des difficultés de cet ordre. La seule mention d'une diminution sur le plan psychique ne saurait suffire pour retenir l'existence d'une atteinte à la santé. Le premier document transmis à l'intimé qui fait état de symptômes sur le plan psychique est le rapport du 23 juillet 2024 du Dr F\_\_\_\_\_, soit un document établi postérieurement à la décision litigieuse. Si le médecin traitant a attesté que les troubles étaient déjà présents en novembre 2023, force est toutefois de constater qu'il ne les avait pas mentionnés dans son rapport rédigé à l'époque, ce qui permet de douter de cette affirmation. S'agissant de l'attestation du 4 octobre 2024 de K\_\_\_\_\_ et du rapport du 12 décembre 2024 de la Dre L\_\_\_\_\_, ces documents ont également été rendus après le prononcé de la décision du 11 juillet 2024. En outre, le recourant n'a débuté son suivi spécialisé auprès de la psychiatre que le 3 octobre 2024. Dans ces conditions, la chambre de céans ne saurait prendre en considération ces documents pour apprécier le bien-fondé de la décision attaquée. 7.2 Compte tenu de ce qui précède, le grief tiré d'un établissement incomplet et erroné des faits doit être rejeté. Il s'ensuit que les demandes de comparution personnelle et d'audition de témoin s'avèrent superflues et peuvent être rejetées, par appréciation anticipée des preuves. 7.3 Le recourant ne fait valoir aucun argument à l'encontre des revenus avec et sans invalidité retenus dans la décision litigieuse et ne conteste pas le calcul du degré d'invalidité effectué par l'intimé. Rien ne justifie de s'en écarter. Il en découle donc que l'intimé était fondé à supprimer le droit à la rente du recourant dès le 1<sup>er</sup> mars 2024, compte tenu de l'amélioration de son état de santé qui lui a permis de récupérer une capacité de gain dans une activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> novembre 2023. 8. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. Il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 69 al. 1 bis LAI et 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :