

GE_GERICHTE A/3591/2023 vom 24. Oktober 2024

GE Cour de justice, 2024-10-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3591_2023

FR: GE_GERICHTE A/3591/2023 du 24 octobre 2024

IT: GE_GERICHTE A/3591/2023 del 24 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

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

E. 1.3

La procédure devant la Chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10).

E. 1.4

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable. En effet, ainsi que le faisait remarquer la Cour de céans à l'intimé dans son courrier du 27 novembre 2023, le recourant, dans le délai imparti pour régulariser sa première écriture, a – même si c'est très brièvement – motivé son recours et pris des conclusions.

E. 2

L'objet du litige se limite en l'occurrence à la question de savoir si le recourant a droit à une rente d'invalidité, le refus de toute mesure d'ordre professionnel n'étant quant à lui pas contesté par le recourant.

E. 3.1

Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) et 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 (cf . arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

E. 3.2

En l'occurrence, la décision querellée concerne un premier octroi de rente dont le droit – s'il était reconnu – naîtrait après le 31 décembre 2021. En conséquence, les dispositions légales applicables seront citées, ci-après, dans leur nouvelle teneur.

E. 4.1

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).

E. 4.2

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

E. 4.2.1

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, telle la classification internationale des maladies (ci-après : CIM) ou le DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual ; 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).

E. 4.2.2

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 nombre 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, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, d'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, de plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, ainsi qu'en cas d'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2 ; 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

E. 4.2.3

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).

E. 4.2.4

Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence). Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). - Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3), A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1) Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3) B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2) C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3) - Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement ; consid. 4.4) Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2). Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt

du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

E. 4.2.5

Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (arrêts du Tribunal fédéral 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 et la référence ; 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7). En l'absence d'un diagnostic psychiatrique, une telle appréciation n'a pas non plus à être effectuée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).

E. 5.1

En vertu de l'art. 28 b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2) ; pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour les taux d'invalidité compris entre 40 et 49%, la quotité de la rente s'échelonne de 25 à 47,5% (cf. al. 4). La quotité de la rente est déterminée en fonction de l'incapacité de gain au moment où le droit à la rente prend naissance (cf . art. 28 al. 1 let. c LAI). Le droit à la rente naît 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^{ème} anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

E. 5.2.1

Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré exerçant une activité lucrative, le revenu qu'il 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. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus sans et avec invalidité 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 137 V 334 consid. 3.1.1 ; 128 V 29 consid. 1 ; 104 V 135 consid. 2a et 2b). Selon la jurisprudence, il est possible de fixer la perte de gain d'un assuré directement sur la base de son incapacité de travail en faisant une comparaison en pour-cent. Cette méthode constitue une variante admissible de la comparaison des revenus basée sur des données statistiques : le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100%, tandis que le revenu d'invalide est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité. L'application de cette méthode se justifie lorsque le salaire sans invalidité et celui avec invalidité sont fixés sur la base des mêmes données statistiques, lorsque les salaires avant et/ou après invalidité ne peuvent pas être déterminés, lorsque l'activité exercée précédemment est encore possible (en raison par exemple du contrat de travail qui n'a pas été résilié), ou encore lorsque cette activité offre de meilleures possibilités de réintégration professionnelle, en raison, par exemple, d'un salaire sans

invalidité supérieur à celui avec invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_237/2016 du 24 août 2016 consid. 2.2 et les références).

E. 5.2.2

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. 5.2.3

On précisera également que le « marché du travail équilibré », auquel se réfèrent les art. 7 et 16 LPGA, est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés (ATF 110 V 273 consid. 4b). Il s'ensuit que pour l'évaluation de l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de main-d'œuvre (VSI 1998 p. 293 consid. 3b; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Commentaire thématique, p. 563-564 n. 2112). La complémentarité entre l'AI et l'assurance-chômage ne signifie pas que l'assuré qui est écarté du marché du travail puisse dans tous les cas se prévaloir soit de son invalidité soit de son statut de chômeur. Ainsi l'assuré présentant une atteinte grave à la santé peut fort bien ne pas être suffisamment invalide pour pouvoir prétendre à une rente d'invalidité de l'AI tout en étant apte au placement (ATF 109 V 25 consid. 3d). Étant donné que ces deux assurances ne font pas dépendre le droit aux prestations des mêmes conditions – l'invalidité pour l'une, l'aptitude au placement pour l'autre –, il est possible qu'en présence d'une seule et même atteinte à la santé, l'AI admette une capacité de travail entière alors que l'assurance-chômage nie toute aptitude au placement. Il se peut également qu'il existe un droit aux prestations tant de la part l'AI que de celle de l'assurance-chômage. Une absence de droit non seulement vis-à-vis de la première, mais aussi de la seconde assurance est également envisageable (arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 282/05 du 3 mars 2006 du 3 mars 2006 consid. 2.3; Ulrich MEYER/ Marco REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], in Hans-Ulrich STAUFFER/ Basile CARDINAUX [éditeurs], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 4 ème éd., 2022, p. 346-347, n. 136 ad art. 28 a LAI).

E. 6.1

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).

E. 6.2

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 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).

E. 6.3

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. 6.3.1

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 125 V 351 consid. 3b/bb).

E. 6.3.2

Le but des expertises multidisciplinaires est de recenser toutes les atteintes à la santé pertinentes et d'intégrer dans un résultat global les restrictions de la capacité de travail qui en découlent. L'évaluation globale et définitive de l'état de santé et de la capacité de travail revêt donc une grande importance lorsqu'elle se fonde sur une discussion consensuelle entre les médecins spécialistes participant à l'expertise. La question de savoir si, et dans quelle mesure, les différents taux liés aux limitations résultant de plusieurs atteintes à la santé s'additionnent, relève d'une appréciation spécifiquement médicale, dont le juge ne s'écarte pas, en principe (cf. ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.3 ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_162/2023 du 9 octobre 2023 consid. 2.3 et les références).

E. 6.3.3

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. 6.3.4

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 (cf . 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).

E. 6.3.5

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 distincte. 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_458/2023 du 18 décembre 2023 consid. 3.2 et la référence).

E. 7

Selon la jurisprudence, tant dans les cas de tableaux cliniques objectivables que non objectivables, le droit aux prestations de l'assurance-invalidité présuppose de la même manière une appréciation médicale compréhensible des effets de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et de gain. Des difficultés à clarifier des faits ou à fournir des preuves peuvent nécessiter la prise en compte – au besoin en se procurant des informations étrangères à l'anamnèse – d'autres domaines de la vie comme des comportements durant les

loisirs ou des engagements familiaux. Si les effets d'une symptomatologie douloureuse objectivable ou non objectivable (par imagerie médicale) sur la capacité de travail restent vagues et indéterminés malgré des investigations consciencieuses et complètes et si les limitations ne peuvent pas être justifiées autrement que par les données subjectives fournies par la personne assurée, la preuve du fondement de la prétention n'est pas apportée et n'est pas rapportable. L'absence de preuve correspondante doit être supportée par la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_27/2015 du 26 août 2015 consid. 6.1).

E. 8.1

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 pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 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. 8.2

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 (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

E. 9.1

En l'espèce, la décision litigieuse, fondée sur l'avis du SMR du 23 août 2023 se ralliant lui-même aux conclusions du rapport d'expertise rhumato-psychiatrique du 12 août 2023, retient, dès janvier 2023, une incapacité de travail de 50%, mais considère qu'à compter de fin juin 2023, le recourant a recouvré une capacité de travail entière dans son activité habituelle, qualifiée par les experts d'adaptée. En l'absence d'incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année, les conditions pour pouvoir prétendre une rente d'invalidité (art. 28 al. 1 let. b LAI) ont été niées. Le recourant conteste les conclusions des experts, arguant que son incapacité de travail partielle aurait commencé avant janvier 2023 et se serait maintenue au-delà de juin 2023.

E. 9.2

Il convient dès lors d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise bidisciplinaire du N_____, contestée par le recourant. Il ressort en synthèse de ce rapport qu'en l'absence de limitation fonctionnelle d'ordre psychique, seul le diagnostic rhumatologique de (possible) spondylarthrite ankylosante (M45), responsable de douleurs lombaires et de la partie basse du sacrum depuis les années 2015-2016, a été la cause d'une incapacité de travail de 50%

de la mi-2016 à fin 2017 et de 50% de début janvier à fin juin 2023. En dehors de ces périodes, la capacité de travail du recourant a toujours été entière, ne l'empêchant donc, ni d'exercer une activité adaptée à plein temps ni d'exercer à ce même taux ses activités habituelles (cours privés de trompette et remplacements à l'école primaire et secondaire), celles-ci étant adaptées aux limitations fonctionnelles somatiques (changements de position réguliers, pas de soulèvement de charges de plus de 10 kg ni de port de charges, près du corps, dépassant 15 kg). Sur le plan rhumatologique, l'expert P_____ souligne que le diagnostic de spondylarthrite ankylosante n'est que « possible », puisque la symptomatologie n'a jamais répondu complètement et totalement aux critères internationaux, mais est tout de même caractérisée par une récurrence de la douleur en janvier 2023, suivie a priori d'une nette amélioration sous Cosentyx®. Concernant l'évolution de la capacité de travail, l'expert explique son évaluation de cette dernière à 100% dès janvier 2018 principalement par l'intensification de la pratique du sport et des scores BASDAI et BASFI, lesquels témoignaient alors d'une faible activité de la maladie, à tout le moins jusqu'en janvier 2023, époque à laquelle le recourant a connu une recrudescence des douleurs dans les lombaires et les membres inférieurs qui a duré jusqu'à fin juin 2023, date marquant l'efficacité mesurable du Cosentyx® (introduit au printemps 2023), corroborée par la disparition des douleurs dans les membres inférieurs et l'arrêt de la prise d'antalgiques. En outre, le Dr P_____ précise qu'au moment de l'expertise, le recourant ne présentait aucune douleur nocturne et pas de dérouillage matinal ; le BASDAI était à 1.6 et le BASFI à 0.5, ce qui soulignait la très faible évolutivité de sa maladie. Son activité sportive était plutôt intensive et semblait participer à l'équilibre de l'intéressé (coach sportif, « slackline », natation, salsa et exercices personnels), témoignant ainsi également de faibles limitations dans son activité quotidienne, ce qui était cohérent avec les constatations cliniques, mais aussi avec le fait qu'il ait réussi un Master en espagnol en 2019, une formation d'agent administratif en 2020 et une formation de comptable. Sur le plan psychique, l'expert O_____ explique pour quelle raison il ne retient ni épisode dépressif, ni trouble affectif bipolaire, ni trouble anxieux, ni trouble psychotique, ni trouble de la personnalité, ni trouble somatoforme douloureux, mais seulement des troubles mentaux et du comportement, liés à l'utilisation d'alcool, usage nocif pour la santé (F10.1). Il souligne à ce sujet que la consommation importante d'alcool par le recourant, révélée par les analyses, n'empêche pas ce dernier de réviser ses cours, d'interagir ou de faire ce qu'il a à faire au quotidien et qu'aucune comorbidité addictive n'y est associée. Quant à la consommation de cannabis, elle est tellement occasionnelle qu'elle ne justifie aucun diagnostic la concernant. La Cour de céans constate que ce rapport d'expertise bidisciplinaire a été rendu en pleine connaissance du dossier, qu'il comporte une anamnèse et un status rhumatologique et psychiatrique fouillé, qu'il tient compte des plaintes de l'assuré, que les diagnostics et les conclusions sont bien motivés et que le volet psychiatrique est articulé autour de la grille d'analyse structurée prévue par la jurisprudence. Aussi convient-il en principe d'en reconnaître la valeur probante.

E. 9.3

D'avis contraire, le recourant fait valoir que le fait d'avoir réussi un Master en espagnol en 2019, une formation d'agent administratif en 2020 ainsi qu'une formation de comptable ne l'a pas empêché de s'aménager des périodes de repos durant la phase où il suivait quelques heures de cours hebdomadaires et révisait ses connaissances, si bien qu'on ne peut inférer de ces formations, couronnées de succès, qu'il était capable d'exercer une activité lucrative huit heures par jour. En argumentant de la sorte, le recourant semble perdre de vue que le

parcours de formation précité est mis en exergue par l'expert rhumatologue dans le cadre de l'appréciation de ses capacités, ressources et difficultés et que les succès évoqués témoignent simplement de la présence de ressources internes qui s'ajoutent aux faibles limitations de l'intéressé au quotidien, au moment de l'expertise (aucune douleur nocturne, pas de dérouillage matinal, activité sportive intensive), ce que l'expert juge d'ailleurs en cohérence avec ses constatations cliniques, celles-ci montrant une très faible évolutivité de la maladie.

E. 9.4

Le recourant fait néanmoins valoir qu'en septembre 2023, soit avant la décision litigieuse, sa situation n'était pas celle décrite dans l'expertise dans la mesure où il ressentait des douleurs permanentes incompatibles avec la capacité de travail pleine et entière retenue par les experts. Il en conclut que le certificat du Dr C_____ du 24 novembre 2023 devrait être pris en compte et un taux d'invalidité de 40% retenu. Cette argumentation ne saurait être suivie. La Cour de céans relève tout d'abord que, si tant est qu'une aggravation des douleurs s'est produite en septembre 2023 comme allégué par le recourant, la date de cette aggravation n'est pas mentionnée dans le certificat précité. En effet, ce dernier relate, le 24 novembre 2023, que « lors de la dernière consultation d'il y a quelques jours [...], le Cosentyx ® lui apporte un certain réconfort mais qu'il ne parvient pas à faire ses activités habituelles de routine, avec des douleurs permanentes et des difficultés à s'endormir [...] ». C'est le lieu de rappeler que, 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). Il s'ensuit que même dans l'hypothèse dans laquelle les conclusions de l'expert rhumatologue ne seraient plus d'actualité, s'agissant de l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée à plein temps depuis fin juin 2023, l'aggravation des douleurs alléguée et ses répercussions éventuelles n'auraient pas à être prises en considération dans la mesure où les éléments rapportés concernent des faits qui, le 24 novembre 2023, remontaient à « quelques jours ». En tant qu'ils sont postérieurs à la décision attaquée, ces faits ne sont donc pas pertinents pour l'issue du litige. En second lieu, le Dr C_____ calque son appréciation de la capacité de travail exigible du recourant (60%) sur ce que le recourant estime lui-même en rapport avec ses capacités : « Il considère que dans un emploi adapté [...], il y a une capacité de travail d'environ 60% ». Par cette appréciation, qui reste d'ailleurs fidèle à celle qu'il a émise un an plus tôt (« environ 60% » selon le rapport du 26 novembre 2022), le Dr C_____ ne prend pas position sur le rapport d'expertise du N_____. En particulier, il ne fait pas état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise (au moment de cette dernière et/ou jusqu'à la date de la décision querellée) et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert rhumatologue.

E. 9.5

Dans un troisième moyen, le recourant soutient que le rapport d'expertise – in casu son volet psychiatrique – ne saurait se voir accorder de valeur probante. En effet, l'expert psychiatre n'aurait pas pris en compte le fait qu'il consulte un psychologue depuis début janvier 2023. Ce grief s'avère infondé. Il ressort tout d'abord clairement des constatations de l'expert psychiatre que « [le recourant] évoque également une période de stress et [qu'] il

est orienté par Trajectoire à Genève vers un psychologue qu'il consulte sur quelques entretiens de [février à juin] 2023. Il a lui-même stoppé le suivi, il n'a jamais eu de psychiatre [...] » (cf . dossier AI, doc. 29, p. 182). En second lieu, le recourant n'explique pas en quoi ce suivi psychologique remettrait en question les conclusions de l'expert psychiatre O_____.

E. 9.6

Enfin, le recourant fait valoir en substance qu'il est soutenu par l'Hospice général depuis 2021, en raison d'une incapacité de travail médicalement attestée et de l'épuisement de son droit aux indemnités journalières de l'assurance-chômage en juin 2021. Il en conclut que les taux d'activité exigibles retenus par les experts (100% de janvier 2018 à décembre 2022 et 100% depuis fin juin 2023) seraient erronés. Cette objection ne saurait pas non plus être suivie. On relève tout d'abord que le raisonnement proposé, peu développé, se fonde sur une incapacité de travail attestée par un médecin soit, dans le présent contexte, un avis différent de celui des experts concernant une même période de la maladie et de son évolution. Or, ceci ne suffit pas en soi pour remettre en cause le rapport d'expertise (ci-dessus : consid. 6.3.5). On rappellera ensuite que l'assurance-chômage et l'assurance-invalidité ne se réfèrent pas au même marché du travail et ne font pas dépendre le droit aux prestations des mêmes conditions (cf . ci-dessus : consid. 5.2.2), ce point étant également valable pour les prestations fournies par l'Hospice général. Le recourant ne saurait donc tirer argument de l'aide sociale que cette institution lui verse pour en conclure que l'appréciation de la capacité de travail par les experts mandatés par l'OAI serait erronée.

E. 9.7

Il résulte de ce qui précède que les arguments invoqués par le recourant ne permettent pas de mettre en doute les conclusions du rapport d'expertise. Partant, il convient de retenir qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requise, que les atteintes présentées par l'intéressé ont réduit sa capacité de travail de 100 à 50% de janvier à juin 2023, soit durant six mois après le dépôt de sa demande en octobre 2022. Compte tenu du recouvrement d'une capacité de travail pleine et entière dans l'activité habituelle – qui est par ailleurs adaptée – depuis fin juin 2023, le recourant ne saurait prétendre à une rente d'invalidité. En effet, il ne remplit pas la condition de l'incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (cf . art. 28 al. 1 let. b LAI et 29 ter RAI), étant donné qu'en l'occurrence, cette incapacité a connu, dès fin juin 2023, une interruption qui était toujours d'actualité au moment de la décision litigieuse (cf . ci-dessus : consid. 9.4 in fine). Dans ces conditions, la question de savoir si le recourant présentait, au terme du délai d'attente d'une année, un taux d'invalidité de 40% au moins (cf . art. 28 al. 1 let. c. LAI) n'a pas besoin d'être examinée. Le recours est rejeté.

E. 10

Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (cf . art. 69 al. 1 bis LAI), il y a lieu en l'espèce de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.