

## GE\_GERICHTE A/3727/2015 vom 19. Dezember 2016

GE Cour de justice, 2016-12-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3727\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3727_2015)

FR: GE\_GERICHTE A/3727/2015 du 19 décembre 2016

IT: GE\_GERICHTE A/3727/2015 del 19 dicembre 2016

### Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 19.12.2016  
A/3727/2015

A/3727/2015 ATAS/1069/2016 du 19.12.2016 ( AI ) , ACCORD En fait En droit  
rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/3727/2015 ATAS/1069/2016  
COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 19 décembre 2016 10 ème  
Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à VESSY, comparant avec élection de  
domicile en l'étude de Maître Cédric KURTH recourant contre OFFICE DE  
L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12,  
GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), né  
en 1968 au Kosovo, au bénéfice d'un diplôme de pâtissier, est arrivé en Suisse en 2000.  
Titulaire d'un permis B, il a notamment travaillé en tant qu'employé d'entretien (laveur de  
vitres) dès le 1 er février 2010 chez B\_\_\_\_\_ SA (ci-après l'employeur). ![endif]>![if>  
2. Dès le 28 juillet 2010, l'assuré a été en incapacité de travail en raison de troubles  
dorsaux. Depuis cette date, il n'a plus repris d'activité lucrative.![endif]>![if> 3. Par  
rapport du 13 septembre 2010, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a, sur la  
base d'une imagerie à résonance magnétique (ci-après IRM) lombaire, constaté notamment  
une discopathie avec hernie discale au niveau postéro-médian et foraminal gauche en  
L5-S1, une discopathie débutante en L3-L4, L4-L5 avec un petit débord circonferentiel. Il  
n'y avait pas de tassement ni de compression médullaire décelable. ![endif]>![if> 4. À  
la demande de l'assureur perte de gain maladie, par rapport du 23 juin 2011, la doctoresse  
D\_\_\_\_\_, spécialisée en rhumatologie et ostéodensitométrie à la clinique Corela, a  
diagnostiqué, sans incidence sur la capacité de travail de l'assuré, une hernie discale L5-S1  
gauche. Les limitations fonctionnelles étaient la station debout prolongée, la station assise  
prolongée, la position en porte-à-faux lombaire et le port de charges. La capacité de travail  
était entière dans l'activité de nettoyeur de vitres dès le 20 mai 2011. ![endif]>![if> 5.  
Par rapport du 6 février 2013, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a, sur la  
base d'une radiographie de l'épaule droite de l'assuré, relevé une encoche corticale au  
niveau de la tête humérale avec irrégularité du bord inférieur de la glène pouvant traduire  
une ancienne luxation gléno-humérale et une incurvation vers le bas de l'extrémité distale  
de l'acromion. ![endif]>![if> 6. Par rapport du 14 février 2013, le Dr E\_\_\_\_\_ a, suite à  
une échographie de l'épaule droite, constaté notamment que le tendon du supra-épineux  
présentait une zone hypo-échogène au niveau de son insertion distale avec hyperhémie  
focalisée évoquant une tendinose sans rupture évidente. ![endif]>![if> 7. Le 30 avril  
2013, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de  
l'assurance-invalidité (ci-après OAI ou intimé).![endif]>![if> 8. Par rapport du 13 mai  
2013, la doctoresse F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, médecin traitant, a  
diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des lombosciatalgies aiguës  
gauches sur hernie discale L5-S1, un état anxieux important, voire un état anxio-dépressif,

des scapulalgies aiguës droites sur tendinopathie et sur luxation et un status post-fracture arrachement de la base de p2 de l'annulaire droit. Elle a indiqué que le 6 novembre 2012, l'assuré s'était plaint de douleurs au 4 ème doigt suite à une chute sur la main droite. Le 6 février 2013, l'assuré présentait des douleurs à l'épaule droite suite à un accident quatre jours avant la consultation. En raison des troubles au niveau du rachis lombaire et à l'épaule droite, l'assuré ne pouvait effectuer des travaux lourds et des travaux répétitifs avec le membre supérieur droit. L'incapacité de travail était totale depuis le 6 novembre 2012.![endif]>![if> 9. Selon le questionnaire du 24 juin 2013, l'employeur a indiqué que le contrat de travail avec l'assuré avait pris fin le 31 octobre 2011. L'assuré avait travaillé 44 heures par semaine, avec un salaire horaire de CHF 20.90, auquel s'ajoutait 8.33% de vacances et un treizième salaire. ![endif]>![if> 10. Par avis du 10 septembre 2013, le Service médical régional AI (ci-après SMR) a relevé une première incapacité de travail du 28 juillet 2010 au 20 mai 2011 concernant une hernie discale L5-S1 gauche, avec une pleine capacité dans une activité qui ne nécessitait pas de position assise ou debout prolongée, ni le port régulier de charges de 5-12kg. Une seconde incapacité de travail dès le 6 novembre 2012, en raison de lombo-sciatalgies aiguës sur hernie discale L5-S1, d'un état anxio-dépressif et de scapulalgies droites (sur tendinopathie et luxation) qui entraînaient une incapacité de travail totale.![endif]>![if> 11. Par rapport du 15 janvier 2014, la Dresse F\_\_\_\_\_ a indiqué que l'incapacité de travail de l'assuré était totale dans toute activité au vu des atteintes physique et psychique. Dès la stabilisation de son état de santé, l'assuré pouvait essayer de reprendre un travail léger dans une activité adaptée, ménageant l'épaule droite et le dos. ![endif]>![if> 12. Par rapport du 20 juin 2014, la docteure G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué suivre l'assuré depuis le 30 janvier 2014. Il présentait, avec répercussion sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F33.10) et des traits de trouble de la personnalité émotionnellement labile type impulsif (F60.31). Sans répercussion sur la capacité de travail, l'assuré souffrait d'un état de stress post-traumatique (F43.1), il avait été victime de plusieurs actes criminels et de torture dans le contexte d'hostilités interethniques (Z65.4) et d'une dépendance grave aux substances psychoactives de son fils qui vivait au sein de la famille (Z63.7). Appartenant à une minorité ethnique, l'assuré avait subi à plusieurs reprises des mesures graves de répression, suite à quoi il avait été admis en Suisse comme réfugié politique. Suivi pour des problèmes somatiques suite aux accidents de 2010, de novembre 2012 et du 6 février 2013, l'assuré avait progressivement développé un trouble thymique, avec humeur dépressive de degré moyen à sévère. Son état se caractérisait par une humeur triste, une diminution des intérêts et du plaisir, une fatigabilité, une irritabilité et une difficulté à gérer son impatience (crises clastiques). Dans ce contexte, la réminiscence d'images de traumatismes vécus au Kosovo était devenue plus fréquente et des idées de dévalorisation et d'inutilité étaient présentes. Ses activités sociales et professionnelles étaient devenues très restreintes. La Dresse G\_\_\_\_\_ a constaté une humeur moyennement déprimée et l'assuré répondait plutôt aux questions posées. Il se décrivait irritable et anxieux. Il avait un sentiment d'inutilité et de dévalorisation légèrement présents. Le discours était cohérent, avec une tonalité monotone et pauvre, mais informatif. Sa mémoire était légèrement altérée. Sa capacité de travail était de 50% depuis le 30 janvier 2014, sans diminution de rendement, si l'assuré n'était pas sous stress. Ses capacités de concentration et de résistance étaient limitées. Il suivait un traitement psychopharmacologique et psychothérapeutique. Une légère amélioration avait été constatée au travers d'une baisse de l'irritabilité, de l'impatience, de l'amélioration de la

communication et d'une diminution de la fatigue. ![/endif]>[/if> 13. Par avis du 20 août 2014, le SMR a estimé nécessaire de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire relevant de la médecine interne, de la rhumatologie, de l'orthopédie et de la psychiatrie. ![/endif]>[/if> 14. Le 3 septembre 2014, l'OAI a informé l'assuré de la mise en œuvre d'une expertise devant comporter les spécialités en médecine interne, rhumatologie, orthopédie et psychiatrie. ![/endif]>[/if> 15. Par rapport du 16 octobre 2014, le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a diagnostiqué un syndrome d'apnée du sommeil (ci-après SAS) à caractère obstructif très sévère avec des désaturations d'oxygène importantes. L'utilisation d'un appareil de pression positive des voies aériennes (CPAP) était conseillée. ![/endif]>[/if> 16. À la demande de l'OAI, par rapport du 9 mars 2014 (recte 2015), le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecins auprès du Centre d'expertise médicale (ci-après CEMED), ont diagnostiqué, sur la base notamment d'un examen de l'assuré effectué les 8 et 15 janvier 2015, avec répercussion sur sa capacité de travail, des troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis et une tendinose du sus-épineux de l'épaule droite, et sans répercussion sur sa capacité de travail, un SAS, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique (F33.00), des traits de personnalité émotionnellement labile type impulsif (T60.31), une discopathie en L5-S1, un status après arrachement osseux de p2 de l'auriculaire droit le 8 novembre 2012 et une surcharge pondérale. ![/endif]>[/if> Après avoir indiqué les plaintes de l'assuré, lesquelles étaient avant tout des lombalgies, les experts ont procédé aux examens cliniques. Sur le plan de la médecine interne, le status était dans la norme. Le SAS ne justifiait pas d'incapacité de travail, mais la conduite professionnelle ou d'engins divers était contre-indiquée. Sur le plan rhumatologique, les plaintes étaient des lombalgies quotidiennes avec des irradiations occasionnelles dans le membre inférieur gauche, sans caractère radiculaire. Les douleurs irradiaient parfois en direction dorsale; il n'y avait pas de trouble neurologique associé. L'assuré décrivait des douleurs lors de certains mouvements du rachis, avec une limitation partielle de la mobilité. Il n'y avait pas de signe d'irritation radiculaire clair, ni de déficit neurologique périphérique. L'expert constatait par contre des incohérences lors de l'examen clinique. Le bilan radiologique effectué le 15 septembre 2014 mettait en évidence des troubles statiques et dégénératifs débutants et confirmait la discopathie avec le pincement de l'espace inter-somatique en L5-S1. L'expert retenait donc des lombalgies communes avec des troubles statiques et dégénératifs débutants du rachis ainsi qu'une discopathie en L5-S1. Les lésions organiques objectives ne pouvaient expliquer qu'en partie les troubles annoncés par l'assuré. S'agissant de l'articulation inter-phalangienne proximale de l'auriculaire droit, l'assuré ne décrivait pas de limitation fonctionnelle significative en rapport avec sa main droite. Par ailleurs, l'échographie de l'épaule droite du 14 février 2013 montrait une discrète anomalie de l'insertion du tendon supra-épineux évoquant une tendinose mais sans rupture. L'assuré disait ne pas pouvoir lever le bras droit, tout en le levant presque normalement. Lors de l'examen clinique, la collaboration était insuffisante ce qui ne permettait pas d'apprécier l'importance clinique de la possible tendinopathie. En admettant que celle-ci soit cliniquement significative, cela entraînerait des limitations pour les activités se déroulant avec les bras régulièrement au-dessus de l'horizontal ou pour lever des charges. S'agissant des limitations fonctionnelles, les experts ont retenu qu'en raison des troubles du rachis, l'assuré ne devait ni lever des charges de plus de 20 kg, ni lever de manière répétitive des charges de plus de 10 kg; l'activité devait permettre l'alternance des positions assis/debout et éviter les mouvements répétitifs en

flexion/extension ou en rotation du tronc ainsi que les stations statiques prolongées avec le haut du corps en porte-à-faux. En raison de la possible tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, l'activité exercée ne devrait pas nécessiter d'utiliser régulièrement les bras au-dessus de l'horizontale. Dans une activité respectant ces limitations, la capacité de travail était totale, sans diminution de rendement. En l'occurrence, les troubles somatiques n'avaient pas d'influence sur l'activité exercée jusqu'ici, pour autant que les limitations puissent être respectées. Il n'y avait pas eu d'incapacité de travail durable et des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas indiquées. Sur le plan psychique, l'assuré mentionnait de la tristesse, de la fatigue et de la peur. L'examen avait permis d'objectiver la présence de traits de personnalité borderline de type impulsif. L'assuré avait été victime d'une agression unique grave: en août 1999, des individus armés qu'il connaissait s'étaient introduits chez lui la nuit, l'avaient frappé de coups de crosse et lui avaient pris son argent. Ils lui avaient demandé de quitter la maison et de ne plus revenir dans cette ville. L'assuré avait été fortement bouleversé par ces événements. Selon l'expert, il n'y avait pas de symptomatologie suffisante pour évoquer un état de stress post-traumatique. Il n'y avait pas de réaction de peur intense et de sentiment d'impuissance ou d'horreur face à la situation traumatisante. Il n'y avait pas de reviviscence de l'événement traumatique bien que les cauchemars décrits semblaient en relation avec le vécu de l'assuré durant cet épisode difficile de sa vie. Il n'y avait pas d'évitement de pensées, de sentiments, de conversations ou d'activités. Il était retourné au Kosovo, mais jamais dans cette ville où il n'avait, semble-t-il, plus d'attaches. L'assuré présentait une difficulté subjective d'endormissement, un sommeil interrompu par des cauchemars, mais sans réaction de sursaut. Ces troubles du sommeil étaient mieux expliqués par la présence du SAS. L'examen psychiatrique montrait une humeur déprimée avec une certaine irritabilité et anxiété, toutes deux d'intensité faible. La concentration était efficiente, mais il existait une fatigabilité objective en fin d'évaluation. En conclusion, l'expert retenait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique, des traits de personnalité émotionnellement labile de type impulsif et une dépendance grave aux substances psychoactives de son fils de 21 ans qui vivait au sein de la famille. Ces diagnostics ne pouvaient pas être retenus comme incapacitants. Sur le plan psychique, la capacité de travail de l'assuré était complète en temps et en rendement. 17. Par avis du 16 avril 2015, la doctoresse K\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a relevé que les experts reconnaissaient des limitations fonctionnelles du rachis lombaire et de l'épaule droite qui semblaient a priori compatibles avec une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle et, en tout état de cause, certainement compatibles avec une activité adaptée. Selon les experts, pour autant que les limitations fonctionnelles soient respectées, il n'y avait pas d'incapacité de travail durable. Selon le SMR, l'assuré avait présenté une incapacité de travail inférieure à une année du 28 juillet 2010 au 20 mai 2011 en lien avec des lombosciatalgies gauches non déficitaires dans un contexte de hernie discale. Même si cette atteinte déterminait des limitations fonctionnelles, il avait été considéré qu'elles étaient compatibles avec l'activité habituelle à la suite de l'expertise Corela. Puis l'assuré avait présenté une nouvelle incapacité de travail de trois à quatre mois dans les suites de l'arrachement osseux de p2 de l'auriculaire droit. En dernier lieu, il avait présenté une nouvelle incapacité de travail en raison de l'épaule gauche dès le 6 février 2013. Considérant que la dernière activité de l'assuré était laveur de vitres, le SMR était d'avis que cette activité ne respectait pas entièrement les limitations fonctionnelles, notamment en lien avec la tendinose de l'épaule droite. Dans ce contexte, le SMR reconnaissait une incapacité de travail durable

dans cette profession depuis le 6 février 2013, mais une capacité de travail totale dans une activité adaptée depuis toujours. 18. Le 27 avril 2015, l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité. En comparant le salaire sans invalidité en 2013 (CHF 65'654.-) au salaire avec invalidité (CHF 59'088.-) selon les ESS 2012, TA1\_tirage\_skill\_level, pour un homme, niveau 1, indexé à 2013 et avec un abattement de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles, il en résultait un degré d'invalidité de 10%. 19. Par projet de décision du 30 avril 2015, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui refuser toutes prestations d'invalidité. Le SMR estimait que depuis le 6 février 2013, la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle de nettoyeur était nulle, de façon définitive. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était totale, depuis toujours. À l'échéance du délai d'attente d'un an, soit le 6 février 2014, le degré d'invalidité était de 10%, soit insuffisant pour ouvrir le droit à une rente et à des mesures professionnelles. Sur demande expresse écrite et motivée de la part de l'assuré, l'OAI pouvait examiner le droit à une aide au placement. 20. L'assuré a contesté le projet, en se référant notamment à un rapport de la Dresse F\_\_\_\_\_ du 27 mai 2015 et à un rapport de la Dresse G\_\_\_\_\_ du 29 juin 2015. Dans son rapport, la Dresse F\_\_\_\_\_ a rappelé les diagnostics posés. Elle a ajouté que malgré les traitements médicamenteux et la physiothérapie, l'assuré se plaignait de façon continue d'importantes douleurs au rachis dorso-lombaire et à l'épaule droite, de maux de tête, d'asthénie, d'angoisse, de troubles du sommeil et de troubles respiratoires. Son état de santé allait en s'aggravant de jour en jour, et ne lui permettait pas d'entreprendre un travail, quel qu'il soit, tant qu'il n'y aurait pas une stabilisation spécialement au niveau de l'épaule droite (l'assuré souffrait d'instabilité et de luxations à répétition). Par rapport du 29 juin 2015, la Dresse G\_\_\_\_\_ a relevé notamment que depuis son dernier rapport du 20 juin 2014, l'assuré présentait un état psychiatrique légèrement péjoré au niveau global. Les sensations de douleurs étaient davantage exprimées, ce qui engendrait une baisse de moral, avec une anhédonie et une apathie plus significatives. L'espoir était diminué et elle avait le sentiment d'un abandon progressif de la lutte pour la vie ; toutefois l'assuré n'exprimait pas d'idées noires. La concentration, l'attention et la mémoire étaient toujours déficientes. Le sentiment d'épuisement restait présent tandis que l'irritabilité et le contrôle des émotions étaient légèrement améliorés. 21. Par avis du 24 septembre 2015, le SMR a estimé que les nouvelles pièces médicales ne permettaient ni de modifier ses conclusions précédentes, ni de retenir que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé depuis lors. 22. Par décision du 28 septembre 2015, l'OAI a nié le droit de l'assuré aux prestations d'invalidité en reprenant la teneur de son projet de décision. 23. Par acte du 23 octobre 2015, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il a notamment expliqué qu'il souffrait de maux de dos, qu'il ne pouvait pas faire d'efforts avec son bras droit car son épaule était déboîtée et qu'il souffrait de dépression. Il avait aussi de graves troubles du sommeil ce qui l'obligeait à porter constamment un masque d'oxygène durant la nuit. Il a produit un certificat de la Dresse F\_\_\_\_\_ du 15 octobre 2015, reprenant la teneur de celui établi le 27 mai 2015 et précisant que le recourant était en incapacité de travail à 100%, qu'il faisait état de douleurs constantes l'empêchant de dormir et qu'il se plaignait de nervosité, de vertiges et de cauchemars. 24. Le 25 novembre 2015, le recourant a produit notamment un rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> septembre 2015, selon lequel l'IRM effectuée à cette date révélait un canal lombaire constitutionnel relativement étroit, une dégénérescence discale L2-L3 et L4-L5 avec discopathie L5-S1, une protrusion discale L3-L4 de localisation médiane et paramédiane droite sans contrainte radiculaire; une protrusion discale L4-L5 de localisation médiane et

paramédiane sans effet compressif sur les racines, une hernie discale L5-S1 luxée vers le bas, en conflit avec les racines S1 à prédominance droite, une arthrose interapophysaire postérieure étagée et un cône médullaire de topographie normale et de signal homogène. !! 25. Par réponse du 30 novembre 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours pour les motifs indiqués dans sa décision. Au surplus, l'expertise du CEMED avait pleine valeur probante. Par ailleurs, il renvoyait à un avis du 13 novembre 2015 du SMR qu'il produisait, selon lequel les documents apportés dans le cadre du recours n'apportaient aucun élément nouveau ou qui aurait été ignoré et les conclusions du 16 avril 2015 restaient entièrement valables. Selon la Dresse K\_\_\_\_\_, en comparaison avec l'IRM de 2010, prise en compte par les experts, l'IRM de 2015 était globalement superposable. Les deux examens mettaient principalement en évidence une hernie discale L5-S1 avec un conflit disco-radiculaire et des discopathies/protrusions discales dégénératives étagées. Le Dr E\_\_\_\_\_ décrivait en outre des signes de MODIC I au niveau du plateau inférieur et antérieur de L5. On ne savait pas si ces signes étaient déjà présents en 2010 car aucune analyse comparative n'avait été effectuée par le Dr E\_\_\_\_\_. En tout état de cause, l'IRM de 2015 ne montrait pas de modification spectaculaire par rapport à 2010. La confrontation des images à la clinique constatée fin 2014 et aux conclusions du CEMED était cohérente. Enfin, les limitations fonctionnelles rachidiennes avaient déjà été admises. Dans ce contexte, cette IRM récente n'apportait aucun élément suggérant une aggravation notable depuis l'expertise. Par ailleurs, le bilan du sommeil en 2014 était déjà connu et avait été pris en compte. Le SAS, quoique sévère, était étonnamment peu symptomatique (pas de fatigue ou somnolence diurne, pas d'HTA) alors que le recourant semblait peu compliant au traitement. Hormis la conduite professionnelle qui devait être proscrite, le SAS était compatible avec une capacité de travail entière. Enfin, s'agissant du rapport du 15 octobre 2015 de la Dresse F\_\_\_\_\_, tous les diagnostics mentionnés avaient été pris en compte dans les conclusions de l'expertise et aucun fait objectif nouveau n'était rapporté. !! 26. Par réplique du 29 janvier 2016, le recourant, représenté par son conseil, a conclu, principalement, à l'annulation de la décision, et subsidiairement, à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise aux fins de tenir compte de la réalité de son état de santé actuel. !! Le recourant a contesté notamment les limitations fonctionnelles retenues s'agissant de son épaule droite et l'absence de répercussion du SAS sur sa capacité de travail, alors qu'il présentait une fatigue et une somnolence diurne. Il contestait également que les atteintes psychiques n'aient pas de répercussion sur sa capacité de travail. Par ailleurs, les rapports des 27 mai et 15 octobre 2015 de la Dresse F\_\_\_\_\_ attestaient une aggravation de son état de santé quant à son épaule droite, du rachis dorso-lombaire et de son état psychique. Le rapport de la Dresse G\_\_\_\_\_ du 29 juin 2015 attestait également une aggravation de son état psychique. Enfin, le rapport d'IRM du 1<sup>er</sup> septembre 2015 démontrait également une aggravation, notamment des signes de MODIC I au niveau du plateau inférieur et antérieur L5. À l'appui de ses allégations, le recourant a versé un rapport de la Dresse F\_\_\_\_\_ du 24 décembre 2015, reprenant la teneur des précédents rapports et ajoutant que le recourant disait faire des sublaxations à répétition au niveau de l'épaule droite au moindre mouvement avec le bras droit. Cette symptomatologie douloureuse engendrait un état anxieux très important. Le recourant disait ne pas pouvoir dormir car les douleurs étaient constantes et il se plaignait également de nervosité, de vertiges et de cauchemars. Son état de santé physique et psychique ne lui permettait pas de travailler et il était en arrêt de travail à 100%. 27. Par duplique du 24 février 2016, l'intimé a fait valoir que les experts avaient pris en compte l'intégralité des atteintes à la santé du recourant et

s'étaient prononcés en pleine connaissance de cause sur sa capacité de travail. Les pièces médicales, prises en compte tant par les experts que par le SMR, ne permettaient pas de modifier l'appréciation des faits. Le recourant ne faisait état d'aucun élément objectivement vérifiable ayant été ignoré dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinent pour remettre en question les conclusions de l'expertise.!

28. Le 2 juin 2016, la cause a été gardée à juger.!

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) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, 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).!

2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable à la présente procédure.!

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.!

4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'invalidité en raison de ses atteintes à la santé.!

5. a. 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 ou mentale 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<sup>er</sup> janvier 2008).!

b. 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). c. 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 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de

lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 , consid. 4c, ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2). 6. a. 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 125 V 261 consid. 4). b. 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. A 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; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). c. 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 125 V 351 consid. 3b/bb). d. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier 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; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). e. 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).

f. 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. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

7. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).  
8. Enfin, 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; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 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 126 V 319 consid. 5a).  
9. En l'occurrence, l'intimé a retenu qu'en raison de ses troubles somatiques, le recourant présente une incapacité de travail totale depuis le 6 février 2013 dans son activité habituelle et une capacité de travail totale dans une activité adaptée.  
Dans le cadre de l'instruction du dossier du recourant, l'intimé a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire. Par rapport du 9 mars 2015, les Drs I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ ont diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail du recourant, des troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis et une tendinose du sus-épineux de l'épaule droite; sans répercussion sur sa capacité de travail, un

SAS, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique (F33.00), des traits de personnalité émotionnellement labile type impulsif (T60.31), une discopathie en L5-S1, un status après arrachement osseux de p2 de l'auriculaire droit le 8 novembre 2012 et une surcharge pondérale. Selon les experts, les troubles du rachis et de l'épaule droite entraînaient des limitations fonctionnelles, et dans une activité respectant ces limitations, la capacité de travail était totale, sans diminution de rendement. Ces troubles n'avaient pas d'influence sur l'activité habituelle du recourant, pour autant que les limitations fonctionnelles puissent être respectées. Enfin, il n'y avait pas eu d'incapacité de travail durable et des mesures de réadaptation n'étaient pas indiquées. La chambre de céans est d'avis que les conclusions des experts ne sont pas convaincantes, et ce pour les motifs qui suivent. On relèvera déjà que s'agissant de l'épaule droite, les experts ont diagnostiqué une tendinose du sus-épineux, alors qu'à plusieurs reprises, ils ne font état que d'une "possible" ou d'une "éventuelle" tendinopathie (pp. 18 et 20 du rapport). S'agissant ensuite des limitations fonctionnelles, les experts ont estimé qu'en raison des troubles du rachis, l'activité exercée devait notamment permettre l'alternance des positions assis/debout et ils ont conclu que les atteintes du rachis n'avaient pas entraîné d'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle du recourant (p. 21, point 2.5 du rapport d'expertise). Or, la chambre de céans peine à comprendre comment l'exercice de nettoyeur ou de laveur de vitres pourrait être compatible avec la nécessité d'alterner les positions assis/debout. Qui plus est, les experts ont également retenu qu'en raison de l'atteinte à l'épaule droite, l'activité exercée ne devait pas nécessiter l'utilisation régulière du bras au-dessus de l'horizontale. Tout comme pour les troubles du rachis, les experts ont estimé que l'atteinte à l'épaule droite n'avait eu aucune répercussion sur la capacité de travail du recourant (p. 21, point 2.5 du rapport d'expertise). Or, dans la mesure où l'activité habituelle du recourant consistait à laver les vitres, on ne voit pas comment cette activité pourrait être exercée sans utiliser le bras au-dessus de l'horizontale. S'agissant du SAS, les experts ont conclu que la pathologie respiratoire nocturne du recourant, jugée grave, ne justifiait pas une incapacité de travail. Pour parvenir à cette conclusion, les experts se sont notamment appuyés sur l'absence de plaintes du recourant (p. 17 du rapport). Or, on relèvera que contrairement à ce qu'indiquent les experts, le recourant a pourtant signalé l'absence d'amélioration de sa fatigue depuis l'introduction du traitement du SAS (p. 7 du rapport). Enfin, dans la mesure où cette pathologie relève de la pneumologie, il aurait été utile qu'un médecin spécialisé dans ce domaine se détermine sur les conséquences de cette atteinte sur la capacité de travail du recourant. Pour ces motifs, les conclusions des experts quant à l'absence de répercussion des troubles du rachis, de l'épaule droite et du SAS sur la capacité de travail du recourant n'apparaissent pas convaincantes. À cet égard, on relèvera que le SMR s'est d'ailleurs écarté des conclusions des experts, en indiquant que l'activité de laveur de vitres ne respectait pas entièrement les limitations fonctionnelles, notamment en lien avec la tendinose de l'épaule droite, de sorte qu'il reconnaissait une incapacité de travail totale durable dans cette profession depuis le 6 février 2013 (avis du 16 avril 2015). Cela étant, c'est à tort que le SMR a posé de nouvelles conclusions médicales, alors qu'il s'imposait d'écarter l'expertise réalisée par les Drs I \_\_\_\_\_ et J \_\_\_\_\_ et de mettre en œuvre une nouvelle expertise. Par ailleurs, la chambre de céans relèvera que sur la base notamment du rapport d'IRM effectuée le 13 septembre 2010 et d'une radiographie dorsale et lombaire du 15 septembre 2014, les experts ont estimé que les lésions organiques objectives ne pouvaient expliquer qu'une partie des troubles annoncés par le recourant (p. 18 du rapport d'expertise). Or, le rapport d'IRM lombaire effectuée le 1<sup>er</sup> septembre 2015 - que le recourant a produit dans le

cadre de la présente procédure - fait état d'atteintes qui ne sont pas mentionnées dans le rapport du 13 septembre 2010. Même si, dans son avis du 13 novembre 2014, le SMR estime qu'il n'y a pas de « modification spectaculaire » par rapport à 2010, il n'en demeure pas moins qu'il apparaît pertinent et nécessaire qu'un spécialiste se détermine sur les conclusions de cette récente IRM lombaire, ce d'autant plus qu'elle a été réalisée avant que l'intimé ne rende sa décision litigieuse (le 28 septembre 2015). De surcroît, on relèvera encore que l'expertise mise en œuvre par l'intimé aurait dû comporter un volet orthopédique (avis du SMR du 20 août 2014 et communication de l'intimé du 3 septembre 2014). Or, force est de constater qu'aucun spécialiste en orthopédie n'a examiné le recourant. 10. Compte tenu de ce qui précède, à défaut d'informations fiables sur les atteintes dont souffre le recourant et leurs répercussions éventuelles sur sa capacité de travail, la chambre de céans n'est pas en mesure d'apprécier de manière adéquate la situation médicale du recourant. Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction médicale complémentaire, sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire, comprenant notamment les volets de la pneumologie, de l'orthopédie, de la rhumatologie et de la psychiatrie.!

11. Enfin, le recourant fait valoir que son état de santé actuel atteste l'existence d'une aggravation, en se référant aux avis de ses médecin et psychiatre traitants. Or, on rappellera que 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). Pour ces motifs, la chambre de céans ne saurait examiner si l'état de santé du recourant s'est aggravé postérieurement à la décision litigieuse.!

12. Vu ce qui précède, le recours est admis partiellement et la décision querellée annulée. La cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.!

13. Représenté par un mandataire, le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de CHF 1'500.- à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).!

14. Étant donné que, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.!

**PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :** Statuant à la forme :

1. Déclare le recours recevable.!
2. L'admet partiellement et annule la décision de l'intimé du 28 septembre 2015.!
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.!
4. Condamne l'intimé à verser au recourant CHF 1'500.- à titre de dépens.!
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé. !

Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à

l'envoi.![endif]>![if> La greffière Florence SCHMUTZ Le président Mario-Dominique TORELLO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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