

GE_GERICHTE A/850/2024 vom 2. Dezember 2024

GE Cour de justice, 2024-12-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_850_2024

FR: GE_GERICHTE A/850/2024 du 2 décembre 2024

IT: GE_GERICHTE A/850/2024 del 2 dicembre 2024

Erwägungen

E. 1.1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 1.2

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

E. 2

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

E. 3.1

Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur. En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références). En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en 2023, soit six mois après le dépôt de la demande du 14 juillet 2022 (art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

E. 3.2

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00

du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 3.3

A droit à une rente d'invalidité, l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

E. 3.4.1

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. 3.4.2

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.

E. 3.4.3

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

E. 3.4.4

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 ; 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). Les limitations dues à l'atteinte à la santé au sens étroit, à savoir les restrictions à l'exercice d'une activité lucrative au sens de l'art. 8 LPGA de nature quantitative et qualitative, dues à l'invalidité et médicalement établies, doivent systématiquement être prises en compte pour l'appréciation de la capacité fonctionnelle. Il s'agit là de l'estimation du temps de présence médicalement justifié d'une part (capacités fonctionnelles quantitatives, par ex. en nombre d'heures par jour) et des capacités fonctionnelles qualitatives durant ce temps de présence d'autre part (limitation de la charge de travail, limitations qualitatives, travail plus lent par rapport à une personne en bonne santé, etc.). En règle générale, ces deux composantes sont ensuite combinées pour obtenir une appréciation globale en pourcentage de la capacité de travail, autrement dit des capacités fonctionnelles. Ainsi, par exemple, une productivité réduite pendant le temps de présence exigible ou un besoin de pauses plus fréquentes doivent être systématiquement déduits lors de l'indication de la capacité fonctionnelle résiduelle. Cela permet également de tenir compte de la jurisprudence du Tribunal fédéral, selon laquelle la capacité de travail attestée par un médecin donne des indications sur l'effort pouvant être effectivement exigé, mais pas sur la présence éventuelle sur le lieu de travail. Dans certaines circonstances, il peut être nécessaire de demander des renseignements auprès du médecin traitant afin que le SMR puisse établir une évaluation globale et compréhensible de la capacité fonctionnelle résiduelle, qui tienne compte de tous les facteurs médicaux influents [OFAS, Dispositions d'exécution relatives à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (Développement continu de l'AI), rapport explicatif (après la procédure de consultation) du 3 novembre 2021 (ci-après : rapport explicatif), ad art. 49 al. 1 bis , p. 60].

E. 3.4.5

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 3.4.6

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 n° 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. 3.5

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit 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. 4

En l'occurrence, l'intimé s'est fondé sur l'expertise rhumatologique du Dr D_____ pour retenir une capacité de travail du recourant de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles dès le 1^{er} mars 2016. Fondé sur toutes les pièces du dossier, comprenant la description des plaintes du recourant, une anamnèse complète, un status rhumatologique, posant des diagnostics et limitations fonctionnelles clairs et proposant une évaluation motivée et convaincante de la capacité de travail du recourant, le rapport d'expertise du Dr D_____ répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. Le recourant conteste l'appréciation du Dr D_____ et fait valoir l'avis de la Dre G_____ du 8 août 2024, laquelle estime que les affections aux épaules du recourant justifient une capacité de travail réduite à un taux de 50%. Il a également joint deux rapports d'échographie de ses épaules, des 11 juin et 23 juillet 2024.

E. 4.1

Les deux rapports d'échographie précités objectivent les diagnostics posés par la Dre G_____ d'omalgies de l'épaule gauche sous tendinopathie calcifiante de la coiffe des rotateurs avec discrètes fissurations non transfixiantes du supra-épineux et petite bursite sous-acromio-deltoïdienne, d'omalgies de l'épaule droite sous tendinopathie de la coiffe des rotateurs avec fissuration du tendon supra-épineux non transfixiantes associées de bursite sous acromio-deltoïdienne modérée. Contrairement à l'avis du SMR du 16 septembre 2024, l'expert rhumatologue n'a pas pris en compte ces atteintes articulaires, dès lors que, selon le dossier radiologique en sa possession, l'échographie de l'épaule gauche du 25 mars 2023 qui y figure conclut à l'absence d'anomalie échographique décelable au niveau de l'épaule

gauche, en particulier pas de nette bursite, ni de fissuration tendineuse (expertise rhumatologique p. 17). Le syndrome d'impingement des deux épaules retenu par l'expert ne tient ainsi pas compte des conclusions des deux échographies précitées ni de celles de la Dre G _____, lesquelles témoignent d'une aggravation de l'état de santé du recourant. Certes, ces imageries sont postérieures à la décision litigieuse du 7 février 2024 et ne peuvent, en principe, être prises en compte dans le cadre de la présente procédure, dès lors que, de jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 21) et les faits survenant postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1). Cependant, compte tenu des développements ci-après concernant l'aspect psychiatrique, il incombera à l'intimé d'instruire plus avant cet aspect, par l'ordonnance d'un complément d'expertise auprès du Dr D _____, voire d'une nouvelle expertise rhumatologique.

E. 4.2

L'intimé estime qu'en l'absence d'un diagnostic émanant d'un expert psychiatre, une expertise psychiatrique n'est pas nécessaire, le SMR ayant précisé que le dossier ne comprenait aucune référence à une quelconque atteinte psychiatrique durablement incapacitante. Le recourant fait valoir l'avis de sa médecin traitante, la Dre G _____, laquelle a indiqué, le 8 août 2024, que le recourant présentait des troubles psychosomatiques avec un état dépressif sévère, justifiant l'ordonnance d'une expertise psychiatrique. Contrairement à l'avis de l'intimé, la nécessité d'une investigation psychiatrique n'a pas seulement été mentionnée par la médecin traitante du recourant, comme souligné par celui-ci, mais également par l'expert rhumatologue mandaté par l'intimé. En effet, celui-ci a indiqué que la persistance d'une intensité des douleurs élevée malgré les traitements effectués et malgré la possibilité de mener une vie active dans le quotidien parle en faveur d'un trouble de la perception et de l'élaboration de la douleur, qui pourrait se manifester chez l'assuré dans le contexte de problèmes psychosociaux (perte du travail depuis plusieurs années, vie dans une chambre d'hôtel depuis avril 2022, une partenaire et deux enfants de 4 et 6 ans vivant loin au Liban, perte de contacts sociaux en Suisse, perte d'une activité indépendante pour des raisons bureaucratiques, etc.) ; tous ces éléments pourraient influencer tant la perception que l'élaboration de la douleur, raison pour laquelle une éventuelle comorbidité psychique devrait être éclaircie (expertise rhumatologique p. 20). Le caractère réfractaire des douleurs alléguées pourrait aussi s'expliquer par l'éventuelle présence d'une comorbidité psychiatrique, par exemple une dépression, qui n'a jamais été abordée et devrait être éclaircie (expertise rhumatologique p. 24). Il a conclu dans les « réponses aux questions du mandat », que l'éventuelle présence d'une comorbidité psychiatrique, par exemple une dépression, qui n'avait jamais été abordée devait être éclaircie (expertise rhumatologique p. 27). Compte tenu des avis tant de la médecin traitante du recourant que de l'expert rhumatologue, il convient d'admettre qu'il existe des indices suffisants permettant de penser que le recourant est atteint dans sa santé psychique et justifiant, en conséquence, que l'aspect psychiatrique soit investigué. Or, en l'absence de toute mesure d'instruction de cet aspect de la part de l'intimé, il convient de lui renvoyer la cause afin de procéder à une évaluation psychiatrique du recourant.

E. 4.3

La décision litigieuse devant, pour ce motif, être annulée et une nouvelle décision rendue après instruction médicale complémentaire, il incombera également à l'intimé d'instruire l'aggravation possible de l'état de santé rhumatologique du recourant, dans le sens susmentionné.

E. 5

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants. Le recourant, qui n'est pas représenté en justice et qui n'a pas allégué avoir déployé des efforts dépassant la mesure de ce que tout un chacun consacre à la gestion courante de ses affaires, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis LAI). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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