RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2943/2020 **ATAS/896/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 août 2021

3ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Mafalda D'ALFONSO

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Christine LUZZATTO, Juges assesseurs

EN FAIT

A. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1980, de nationalité portugaise, a été scolarisé jusqu'à l'âge de 15 ans au Portugal avant d'entamer une carrière de maçon sans suivre de formation professionnelle particulière. Arrivé en Suisse en 2006, il a travaillé en qualité de maçon, puis de carreleur à plein temps. En 2014, il a commencé à souffrir de fortes douleurs dorsales et cervicales et il s'est avéré qu'il souffrait de spondylarthrite ankylosante. Une incapacité totale de travail a débuté le 11 octobre 2016. Il ressort du rassemblement de ses comptes individuels AVS qu'en 2015, son revenu s'est élevé à CHF 81'030.-.

B. a. En février 2017, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI).

b. Une mesure d'orientation professionnelle a été mise en place en juin 2017, dont il est ressorti que la profession de concierge n'était pas adaptée. En revanche, les stages effectués en horlogerie, soudure et montage de petits circuits électroniques semblaient correspondre beaucoup mieux aux limitations professionnelles de l'intéressé, dont la motivation, l'implication, le sérieux et les capacités d'adaptation étaient par ailleurs soulignés.

c. Par courrier du 21 septembre 2017, le docteur B_____ s'est cependant étonné des formations envisagées en rappelant que les dorso-lombalgies de son patient ne manqueraient pas d'être exacerbées par le maintien d'une position statique plusieurs heures durant. Il préconisait pour sa part de privilégier un emploi permettant à l'assuré de changer souvent de position, sans mouvements répétitifs du rachis, ni position de porte-à-faux lombaire, ni position statique, ni port de charges lourdes. Il avait évoqué avec son patient la possibilité de travailler en tant que technicien de carrelage, comme conseiller auprès de la clientèle, ce qui correspondrait à ses limitations, puisque cela lui permettrait de changer souvent de position, d'éviter les travaux pénibles physiquement et de profiter au surplus des connaissances déjà accumulées dans le domaine. Le patron de l'assuré semblait prêt à lui proposer un tel poste, pour autant qu'il acquière la formation nécessaire.

d. Il a été établi que l'assuré était totalement incapable d'exercer son activité habituelle de carreleur, mais qu'il avait en revanche recouvré, depuis avril 2017, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, c'est-à-dire sans port de charges lourdes, ni position en porte-à-faux lombaire, ni sollicitation en flexion dorso-lombaire, ni élévation des membres supérieurs au-dessus de l'horizontale et permettant l'alternance des positions assise et debout (cf. rapport du docteur C_____ du 3 mars 2017, rapport du Dr B_____ du 20 mars 2017 et rapport du Service médical régional de l'AI [SMR] du 23 octobre 2017).

e. Une réunion tripartite s'est tenue entre l'OAI, l'assuré et son employeur, dont il est ressorti que l'intéressé pourrait seconder son patron dans l'établissement de devis (en se rendant sur place pour prendre des mesures et faire des photos) et l'accomplissement « de petites bricoles », à condition qu'il améliore son français oral et écrit.

f. L'OAI a alors pris en charge un reclassement professionnel sous forme de cours de français écrit et de bureautique de base du 15 janvier au 18 avril 2018 (communication du 10 janvier 2018), puis un autre sous la forme d'un stage pratique de technicien dans le domaine du carrelage, du 25 avril 2018 au 30 septembre 2019 (cf. communications des 23 avril et 20 novembre 2018 et du 11 juin 2019), à l'issue duquel le patron de l'assuré lui a proposé un contrat de durée indéterminée prévoyant un salaire mensuel brut de CHF 5'930.- + 8,33 % à titre de 13ème salaire. Par la suite, l'assuré a encore bénéficié d'une allocation d'initiation au travail pour une mise au courant au sein de l'entreprise, du 1er octobre 2019 au 28 mars 2020 (cf. communication du 12 novembre 2019).

g. L'OAI a ensuite communiqué à l'assuré, en date du 23 avril 2020, un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à toute prestation supplémentaire, le degré d'invalidité retenu après comparaison des salaires avant invalidité (CHF 82'268.-) et après invalidité (CHF 77'090.-) conduisant à un degré d'invalidité de 6%.

h. Le 12 mai 2020, le Dr B_____ a fait état d'une récidive de la symptomatologie douloureuse inflammatoire au niveau du rachis et expliquant qu'en tant que contremaître carreleur, son patient était malgré tout amené à porter des charges et à se pencher en avant. Le médecin notait que l'employeur avait progressivement recommencé à demander à l'assuré de porter des charges de plus en plus lourdes, au point de réactiver la maladie. Au vu de cette aggravation de la situation, il fallait considérer que son patient ne pouvait plus travailler qu'à 50% seulement.

i. Une expertise rhumatologique a alors été confiée au docteur D_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie auprès du SMR, qui dans son rapport du 13 juillet 2020, a retenu à titre de diagnostic des dorso-lombalgies chroniques non déficitaires dans un contexte de spondylarthrite ankylosante et des troubles dégénératifs articulaires postérieurs lombaires associés. L'expert a réévalué la capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 1er avril 2017 à 70%.

C. Par décision du 20 août 2020, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation.

L'OAI a reconnu une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle depuis le 11 octobre 2016, mais estimé qu'après mise en œuvre de mesures professionnelles, l'assuré avait recouvré une capacité de travail de 70% dans un poste adapté à son état de santé et ce, depuis le 1er avril 2017.

La comparaison du revenu avant invalidité (CHF 82'268.-) à celui exigible après invalidité (CHF 53'963.- [=70% de 77'090.-]) conduisait à un degré d'invalidité de

34,4%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente. L'assuré exerçant une activité adaptée à son état de santé, sa capacité de gain était entièrement exploitée, de sorte que de nouvelles mesures professionnelles ne se justifiaient pas.

D. a. Par écriture du 17 septembre 2020, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité en produisant à l'appui de ses dires un nouveau rapport du Dr B_____ du 8 septembre 2020, indiquant que son patient, bien que contremaître, devait porter des charges lourdes tous les jours, qu'il était désormais au bord de la rupture, en proie à une fatigue de plus en plus importante. Le médecin réitérait que la capacité résiduelle de travail n'était plus que de 50%.

b. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 5 octobre 2020, a conclu au rejet du recours. En substance, il considère que le recourant n'amène aucun nouvel élément médical objectif justifiant d'une aggravation de son état de santé.

c. Dans sa réplique du 30 novembre 2020, le recourant a conclu à l'octroi d'un quart de rente d'invalidité à compter du 1er avril 2017. Selon lui, l'expert aurait omis plusieurs éléments importants et n'aurait pas suffisamment pris en compte ses limitations fonctionnelles. Il lui reproche en particulier d'avoir estimé la part consacrée aux livraisons à 30% alors que celles-ci représentent en réalité 70% voire 80% de son temps de travail. Selon lui, c'est une capacité de travail de 50% tout au plus dans un domaine adapté qui doit lui être reconnue. A l'appui de ses dires, il produit un rapport du Dr B_____ du 3 novembre 2020 faisant état d'une élévation de la protéine C réactive (CRP), marqueur d'inflammation.

d. Par écriture du 15 décembre 2020, l'intimé a persisté dans ses conclusions en rejet du recours.

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), 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.

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.

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était alors pendant devant la Cour de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82a LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

4. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

5. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.

6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

7. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

   Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

   Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

8. a. 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. En outre, les données médicales constituent

un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 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.

b. 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).

c. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

d. 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 52; ATF 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. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

9. 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).

10. En l'espèce, le recourant soutient que sa capacité résiduelle de travail n'est plus que de 50% dans une activité adaptée, en invoquant l'avis de son rhumatologue traitant, alors que l'intimé, se fondant sur les conclusions du Dr D_____, retient une capacité de 70% depuis avril 2017.

    Il convient en premier lieu d'examiner la valeur probante à accorder à l'expertise du Dr D_____.

Tout d'abord, son rapport d'examen se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique du recourant et tient compte des plaintes rapportées par ce dernier. Il a été établi en pleine connaissance du dossier, notamment du rapport du Dr B_____ du 12 mai 2020, et ses conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradiction. Il y a donc lieu de lui reconnaître pleine valeur probante ce, d'autant plus que les conclusions de l'expert, quant aux diagnostics et limitations fonctionnelles qu'ils entraînent, concordent avec celles du rhumatologue traitant.

Seule leur évaluation de la capacité résiduelle de travail diverge. A ce propos, on rappellera que l'expert a été plus favorable à l'assuré en retenant une capacité de travail réduite à 70% dans une activité adaptée, alors que le Dr B_____ avait conclu pour sa part, dans un premier temps, à une pleine capacité si les limitations fonctionnelles étaient respectées. Si le rhumatologue a été amené à revoir son évaluation défavorablement par la suite, c'est en réalité parce que l'employeur de l'assuré n'a pas respecté le cahier des charges de son employé. On en veut pour démonstration le fait que, selon le Dr B_____, dans son rapport du 12 mai 2020, « tant que l'AI le payait à 100% pour sa formation complémentaire, il pouvait assumer une tâche sans port de charges, ni efforts physiques importants ». En d'autres termes, ce n'est pas parce qu'il y a eu apparition d'un nouvel élément médical objectif que le médecin-traitant a revu son évaluation à la baisse, mais parce qu'il est apparu que l'activité exercée ne répondait plus aux réquisits posés précédemment et ce, non du fait de la nature même du poste en question, mais de l'attitude du patron de l'assuré.

Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions dument motivées de l'expert selon lesquelles l'exercice d'une activité adaptée serait exigible à 70%. On ajoutera que si l'expert a retenu que la part de travail dévolue au port de charges équivalait à 20-30%, c'est en se basant sur les dires de l'intéressé lui-même. Ce n'est que dans son recours que celui-ci a allégué que cette part atteindrait en réalité 70, voire 80% de son temps de travail. Or, force est de constater qu'un emploi consistant à livrer durant 80% du temps ne correspond clairement pas à l'activité de contremaître pour laquelle a été formé l'assuré, dont il avait été convenu qu'il devait être affecté à la réalisation de devis et au conseil à la clientèle. Si l'activité était exercée comme elle devrait l'être et comme elle l'a d'ailleurs été dans un premier temps, elle serait parfaitement adaptée à l'état du recourant.

Si le recourant ne parvient pas à faire respecter son cahier des charges, il n'appartient pas à l'assurance-invalidité d'y remédier. Il est au contraire exigible de sa part, vu ses capacités, son adaptabilité et son jeune âge, qu'il cherche un poste de contremaître – activité pour laquelle il est désormais pleinement formé – auprès d'un autre employeur.

Eu égard aux considérations qui précèdent, il ressort que c'est à juste titre que l'intimé a reconnu à l'assuré une capacité résiduelle de travail de 70% et non de 50%. En conséquence, le recours est rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
4. 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.

La greffière	La présidente
Marie-Catherine SECHAUD	Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le