RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

**A/3750/2019** **ATAS/1120/2021**

# COUR DE JUSTICE

## Chambre des assurances sociales

## Arrêt du 8 novembre 2021

**6ème Chambre**

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à VERNIER recourant

contre

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

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Christine WEBER-FUX et Teresa SOARES, Juges assesseures**

## EN FAIT

A. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1967, divorcé, père d'un enfant né en 1999, originaire du Portugal, est titulaire d'une autorisation d'établissement C. De 1984 à 1986, il a travaillé comme manœuvre au Portugal. Il est arrivé en Suisse en 1986, a exercé des activités dans la restauration, comme aide jardinier, peintre en bâtiment et maçon, aide cuisinier, employé de cafétéria et aide concierge. Il est suivi par l'Hospice général depuis le 1er avril 2008.

B. a. Le 3 avril 2018, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité, en mentionnant un diabète, une lombalgie chronique, une dépression avec anxiété et une épicondylite gauche chronique, présents depuis 2008.

b. Le 24 août 2018, la doctoresse B_____a rempli un rapport AI, selon lequel l'assuré était totalement incapable de travailler depuis 2011 en raison de fatigabilité et trouble de la concentration.

c. A la demande de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), le CEMEDEX, soit les docteurs C_____(psychiatre), D_____(endocrinologue / diabétologue), E_____(médecin interne générale) et F_____(rhumatologue), a rendu, le 15 juillet 2019, un rapport d'expertise concluant à une capacité de travail nulle du point de vue rhumatologique comme maçon et entière dans les autres domaines et une capacité de travail totale dans une activité adaptée.

d. Par décision du 26 septembre 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

C. a. Le 8 octobre 2019, l'assuré a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée, en communiquant un rapport du 7 octobre 2019 de la Dresse B_____ concluant à une incapacité d'exercer une activité professionnelle pour raisons psychiques.

b. L'OAI a conclu au rejet du recours, en retenant que l'expertise du CEMEDEX était probante et la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle le 22 juin 2020.

c. A la demande de la chambre de céans, la Dresse B_____ a donné des informations complémentaires confirmant l'incapacité de travail totale de l'assuré et le CAPPI J_____ a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assuré à tout le moins dès le 25 septembre 2019.

d. L'OAI a maintenu sa décision.

e. La chambre de céans a ordonné une expertise judiciaire psychiatrique, confiée à la doctoresse G_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, le 15 décembre 2020 et celle-ci a rendu son rapport le 13 septembre 2021, concluant à une incapacité de travail totale de l'assuré.

f. Le 21 octobre 2021, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR du 21 octobre 2021 estimant que l'expertise judiciaire était convaincante et que l'incapacité de travail

de l'assuré était totale dès 2013 et a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès octobre 2018.

## 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 1er 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).

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

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

3. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

4. a. Conformément aux art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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).

   b. 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).

   c. Selon 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. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais 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.

5. 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 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). 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 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; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C 442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

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. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

6. En l'occurrence, l'expertise judiciaire de la Dresse G_____ remplit les réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante, ce que l'intimé admet.

   En conséquence, le recourant, reconnu totalement incapable de travailler depuis 2013, a droit, compte tenu du dépôt de sa demande de prestations le 3 avril 2018, à

une rente d'invalidité entière, fondée sur un degré d'invalidité de 100%, dès le 1er octobre 2018, comme admis par l'intimé.

Partant, le recours sera admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er octobre 2018.

7. a. Les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire peuvent le cas échéant être mis à la charge de l'assurance-invalidité (cf. ATF 139 V 496 consid. 4.3). En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance décide de confier la réalisation d'une expertise judiciaire parce qu'elle estime que l'instruction menée par l'autorité administrative est insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervient dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui aurait dû, en principe, mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituent pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1 bis LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui doivent être pris en charge par l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C 312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.2).

b. En l'occurrence, l'intimé s'est fondé sur le rapport d'expertise du CEMEDEX du 15 juillet 2019, pour retenir une capacité de travail du recourant nulle dans l'activité de maçon depuis 2008 et totale dans une activité adaptée depuis toujours. Or, cette expertise n'était pas, du point de vue psychiatrique, probante. Les rapports de la Dresse B_____ des 7 octobre 2019 et 19 juin 2020 et celui des Drs H_____ et I_____ du 8 septembre 2020 ont mis en doute les conclusions de ce rapport. Les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles retenues ainsi que la description des multiples hospitalisations du recourant entre 2017 et 2020 ne permettaient pas de confirmer, au degré de la vraisemblance prépondérante, une capacité de travail totale du recourant, dans une activité adaptée à ses limitations somatiques, ce que l'intimé aurait pu, en cours de procédure, constater et prononcer la reprise de l'instruction médicale psychiatrique.

Dans ces conditions, il se justifie de mettre les frais de l'expertise judiciaire en CHF 4'962.59 à sa charge.

Au surplus, le recourant n'étant pas représenté, il n'a pas droit à des dépens.

Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé.

**PAR CES MOTIFS,**
**LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimé du 26 septembre 2019.
4. Dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er octobre 2018.
5. Met les frais de l'expertise judiciaire en CHF 4'962.59 à la charge de l'intimé.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. 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 |
|---|---|
| Adriana MALANGA | Valérie MONTANI |

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