

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/54/2025

ATAS/375/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 mai 2025

Chambre 3

En la cause

A_____

recourant

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Karine STECK, présidente; Philippe LE GRAND ROY et Christine
LUZZATTO, juges assesseurs**

EN FAIT

A. a. A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1966, originaire de la République démocratique du Congo, est arrivé en Suisse en juin 1998.

b. Au bénéfice d'une formation d'infirmier obtenue au Congo, l'assuré y a travaillé comme aide hospitalier de 1985 à 1996.

c. Depuis son arrivée en Suisse, il a occupé des emplois de plongeur, aide cuisinier, agent de nettoyage, employé de blanchisserie ou encore accompagnant de personnes handicapées.

B. a. Le 10 juillet 2024, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) en invoquant un diabète et une hypertension artérielle. Il a indiqué avoir travaillé en dernier lieu comme plongeur à plein temps, de 1998 à 2006.

b. Le 20 août 2024, la docteure B_____, spécialiste FMH en cardiologie, a indiqué que son patient souffrait depuis 2014 d'hypertension artérielle. S'y ajoutaient : une hypercholestérolémie, une obésité, un diabète de type II, un tremblement essentiel depuis 1996 et une gonarthrose.

Selon le médecin, avaient une répercussion sur la capacité de travail : l'obésité, le tremblement essentiel et l'hypertension. L'état de l'assuré avait évolué favorablement, mais l'obésité avait en revanche progressé, conduisant à l'apparition d'un diabète de type II et à une instabilité de la tension artérielle.

Le médecin ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de son patient.

c. Le 28 octobre 2024, le service médical régional pour la Suisse romande (SMR) a émis l'avis que les atteintes à la santé invoquées n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail, ni l'hypertension artérielle, ni le diabète n'étant incapacitants en l'absence de complications. Il a conclu à une capacité de travail de 100% depuis toujours dans toute activité.

d. Le 30 octobre 2024, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il envisageait de lui nier le droit à toute prestation.

e. Le 7 novembre 2024, la Dre B_____ a établi un nouveau rapport reprenant les diagnostics déjà énumérés précédemment.

Elle a expliqué que l'obésité et la gonarthrose entraînaient pour le patient des difficultés à se mouvoir et que le tremblement essentiel avait des conséquences en termes de motricité fine.

Elle a ajouté que l'assuré n'avait pas de soutien social et que son réseau d'amis était pauvre. Il sortait peu de chez lui et n'avait pas de loisirs. Il était sans activité professionnelle depuis 2010.

Le médecin a émis l'avis qu'une réadaptation professionnelle serait possible à raison de deux à trois heures par jour, tout en indiquant qu'il lui était difficile d'évaluer à quel taux son patient pourrait exercer une activité lucrative.

f. Le 11 novembre 2024, le docteur C_____, spécialiste FMH en ophtalmologie, a adressé à l'OAI un rapport dont il ressort que l'assuré est connu pour un problème oculaire depuis son arrivée en Suisse (yeux irritables, cataracte bilatérale et rétinopathie post-infectieuse). L'acuité visuelle avait été évaluée à 10/10 des deux côtés. Une altération du champ visuel supérieur dans un contexte de rétinopathie était notée. L'état de l'assuré a été décrit comme stable. L'ophtalmologue n'a retenu aucune limitation fonctionnelle et indiqué que son patient était apte à travailler à 100%.

g. Par décision du 10 décembre 2024, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation, faute d'atteinte à la santé invalidante.

C. a. Par écriture du 6 janvier 2025, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en rappelant qu'il souffre d'hypertension, de diabète, de problèmes ophtalmologiques et d'un tremblement essentiel qui ne répond plus au traitement.

Il invoque l'avis de son médecin traitant, dont il tire la conclusion qu'il ne peut plus travailler que deux à trois heures par jour tout au plus et qu'il lui est donc impossible de continuer à exercer son activité habituelle de plongeur.

Il sollicite la mise sur pied d'une expertise judiciaire.

b. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 27 janvier 2025, a conclu au rejet du recours.

Il fait valoir que le SMR, qui a eu connaissance de l'ensemble des documents médicaux versés au dossier, a expliqué que des atteintes telles qu'un diabète de type II ou une hypertension artérielle ne sont pas incapacitants en l'absence de complications.

Quant au tremblement essentiel, il est connu depuis 1996. Le SMR a pris connaissance du nouveau rapport de la Dre B_____ et admis une aggravation du tremblement essentiel entraînant des difficultés à accomplir des gestes fins et précis, ce qui n'est toutefois pas suffisant à admettre une incapacité de travail dans l'activité habituelle.

Pour le surplus, il ressort du rapport du Dr C_____ que l'acuité visuelle est dans la norme. L'altération du champ visuel est surtout au niveau supérieur, mais n'influence pas la capacité à exercer l'activité habituelle.

L'intimé considère qu'une instruction complémentaire ne se justifie pas.

c. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 8 mai 2025.

Le recourant a expliqué qu'il a longtemps travaillé dans la restauration, mais qu'il a cessé lorsqu'il a été sujet à des crises d'épilepsie, car il aurait été dangereux de

continuer à exercer en cuisine dans ces circonstances. Cela étant, il n'a plus eu de crises depuis huit ans.

En revanche, le tremblement essentiel perdure et s'aggrave.

Il a été opéré de la cataracte et se soumet à deux contrôles ophtalmologiques par an.

Il souffre également d'hypertension artérielle.

Le recourant a produit un courrier rédigé le 17 avril 2025 par son médecin traitant, qui l'adresse à un collègue pneumologue pour procéder au bilan d'une dyspnée de stade III, étant précisé que le bilan cardiologique n'a montré aucune ischémie myocardique, que la fonction ventriculaire est satisfaisante et que l'hypertension artérielle est bien équilibrée sous traitement. La Dre B_____ précise que son patient souffre de surcharge pondérale (avec un indice de masse corporelle à 35.4) et que le tremblement essentiel est de plus en plus gênant. Elle évoque une possible apnée du sommeil et mentionne enfin que l'état de son patient s'aggrave, avec une asthénie grandissante.

L'intimé a pris acte de ce nouveau rapport et a fait remarquer que les nouvelles atteintes qui pourraient, le cas échéant, être mises en évidence lors des investigations à venir seraient forcément postérieures à la décision litigieuse et donc non pertinentes pour évaluer le bien-fondé de cette dernière. Elles pourraient en revanche justifier le dépôt d'une nouvelle demande de prestations pour aggravation.

d. Les autres faits seront repris – en tant que de besoin – dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT

1.

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.

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

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

1.4 Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité.

3.

3.1 Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI et de la LPGA du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705), y compris les ordonnances correspondantes, sont entrées en vigueur.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (*cf.* ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

3.2 En l'occurrence, l'éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en janvier 2025, soit six mois après le dépôt de la demande du 10 juillet 2024 (*cf.* art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

4.

4.1 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

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 (art. 7 al 1 LPGA). 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 (art. 7 al. 2 LPGA).

4.2 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 I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

4.3 À 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).

5.

5.1 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).

5.2 Selon l'art. 54a LAI, les SMR établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré qui sont déterminantes pour l'assurance-invalidité en vertu de l'art. 6 LPGA, pour l'exercice d'une activité lucrative raisonnablement exigible ou pour l'accomplissement des travaux habituels (al. 3).

Lors de la détermination des capacités fonctionnelles, la capacité de travail attestée médicalement pour l'activité exercée jusque-là et pour les activités adaptées est évaluée et justifiée en tenant compte, qualitativement et quantitativement, de toutes les ressources et limitations physiques, mentales et psychiques (art. 49 al. 1^{bis} RAJ).

5.3 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

5.4 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.

5.4.1 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 LPG) 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).

5.4.2 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 ; 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).

5.5 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).

5.6 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 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus 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 ; 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (*cf.* ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

6. En l'espèce, le recourant demande à bénéficier des prestations de l'assurance-invalidité. Il allègue qu'atteint d'hypertension artérielle, de diabète, de problèmes oculaires et d'un tremblement essentiel, il lui est impossible de reprendre son activité habituelle.

L'intimé, pour sa part, se fondant sur les avis du SMR, considère qu'il n'existe pas, en l'état, d'atteinte à la santé justifiant une incapacité à exercer l'activité habituelle.

À cet égard, la Cour constate que, de l'avis même de l'ophtalmologue, les problèmes oculaires n'induisent aucune limitation fonctionnelle.

L'hypertension artérielle, selon le courrier rédigé par la Dre B_____ produit par le recourant en audience, est bien équilibrée sous traitement. Dès lors, comme l'indique le SMR, il faut admettre qu'elle n'a aucune conséquence en termes de capacité de travail, pas plus que le diabète, qui n'est d'ailleurs pas évoqué par le médecin pour justifier une quelconque limitation.

Les seules limitations évoquées par le médecin traitant consistent en une certaine difficulté à se mouvoir et à effectuer des gestes de motricité fine, conséquence de l'obésité, de la gonarthrose et du tremblement essentiel. Cela étant, le médecin n'en tire aucune conclusion en termes de capacité de travail, se déclarant dans l'impossibilité de se prononcer sur celle-ci. En particulier, elle n'allègue pas que son patient serait incapable de reprendre son activité habituelle. Tout juste évoque-t-elle le fait que son patient ne serait apte à suivre une réadaptation professionnelle qu'à raison de deux-trois heures par jour, sans motiver aucunement cette position.

En l'état, force est de constater qu'aucun élément médical au dossier ne permet de retenir l'existence d'une atteinte suffisamment invalidante pour entraîner une diminution de la capacité à exercer l'activité habituelle. C'est dès lors à juste titre que l'intimé a nié à l'assuré le droit à toute prestation. Il sied toutefois de rappeler que, si les investigations en cours dont a fait état le recourant devaient mener à la

découverte de nouvelles atteintes, éventuellement invalidantes, il lui sera loisible de déposer une nouvelle demande de prestations de ce fait.

7. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté et le recourant condamné 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 :

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

Diana ZIERI

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