

GE_GERICHTE ATAS/301/2025 vom 29. April 2025

GE Cour de justice, 2025-04-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_301_2025

FR: GE_GERICHTE ATAS/301/2025 du 29 avril 2025

IT: GE_GERICHTE ATAS/301/2025 del 29 aprile 2025

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

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.

E. 1.3

Le délai de recours est de 30 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.

E. 2

Le litige porte sur le bien-fondé de la décision du 25 septembre 2024, par laquelle l'intimé a nié le droit du recourant à une rente d'invalidité.

E. 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 1er 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).

E. 3.1

Le 1er janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du

E. 3.2

En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en novembre 2023 soit six mois après le dépôt de la demande du 24 mai 2023 (cf. art. 29 al. 1 LAI), de

sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

E. 4

Conformément aux art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, 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. 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 vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). 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

A/3575/2024 - 10/18 - 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).

E. 5

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). 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. 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 ; ATF 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

A/3575/2024 - 11/18 - (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). 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 ; 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). 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 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 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

E. 6

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 et les

références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence). Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au

A/3575/2024 - 12/18 - 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). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral I.321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable.

E. 7

En l'espèce, l'intimé a retenu, conformément à l'avis du 23 juillet 2024 du SMR, que le recourant avait récupéré une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 20 mai 2023, soit trois mois après son intervention de la hernie discale, et qu'il n'avait pas le droit à une rente au vu du degré d'invalidité de 10%. Le recourant conteste cette évaluation et fait grief à l'intimé d'avoir procédé à une instruction lacunaire de son dossier, notamment en omettant d'interroger les médecins des HUG quant à ses limitations fonctionnelles, précisant qu'il souffrait toujours d'importantes douleurs dorsales. Il se prévaut également de difficultés de vision, lesquelles n'ont fait l'objet d'aucune instruction, et produit un rapport relatif à une atteinte sensitive.

E. 7.1

Il convient donc de se déterminer sur la valeur probante de l'avis du 23 juillet 2024 du SMR.

E. 7.1.1

En ce qui concerne les atteintes à la santé, le Dr I_____ a retenu que le recourant avait présenté une hernie-discale L4-L5 avec lombo-cruralgie gauche ayant motivé une hospitalisation aux urgences le 20 février 2023 avec une micro-dissectomie le 24 février 2023, dont les suites opératoires ont été marquées par la disparition des douleurs de la jambe. À plus long terme, des lombalgies avaient été signalées. Il a également relevé que le recourant avait présenté une tendinopathie de la coiffe des rotateurs avec une arthrose acromio-claviculaire à droite, opérée le 11 mars 2020 avec une évolution favorable selon son chirurgien, mais une limitation fonctionnelle pour l'abduction. Il a en outre rappelé que le recourant souffrait de varices récidivantes du membre inférieur gauche opéré deux fois et

en attente d'une nouvelle intervention, et qu'il présentait une obésité

A/3575/2024 - 13/18 - fluctuante et un diabète de type 2 non insulino-requérant et sans complication documentée. La chambre de céans constate que ces troubles correspondent pour l'essentiel aux indications des médecins traitants. En effet, la Dre E_____ a diagnostiqué une hernie discale L4-L5 opérée le 24 février 2023, sans récurrence, un diabète de type 2 sans complication, une tendinopathie de la coiffe du labrum opérée en 2020, une insuffisance veineuse des membres inférieurs opérée en 2023, une obésité suivie et traitée et une haute tension artérielle traitée (cf. rapport du 14 juin 2024). Le Dr H_____ a quant à lui mentionné un lumbago (cf. rapport du 2 mars 2024). S'agissant en particulier des atteintes dorsales, il sera relevé que l'appréciation du SMR est en tous points conforme aux rapports de Dre D_____, laquelle a attesté que le patient relatait une très bonne amélioration suite à l'intervention, qu'il n'avait plus mal à la jambe et que l'examen physique n'avait pas révélé de déficit sensitif ou moteur (cf. lettre de sortie du 27 février 2023 et rapport du 24 avril 2023). En outre, le Dr I_____ a admis le « lumbago » signalé par le Dr H_____ suite à sa consultation du 30 janvier 2024 (cf. rapport 2 mars 2024), alors même que ce trouble n'a par la suite plus été mentionné, notamment par la Dre E_____, consultée en dernier lieu le 23 mai 2024, qui a indiqué que l'évolution de l'état de santé était stable, sans faire allusion à des lombalgies (cf. rapport du 14 juin 2024). Contrairement à ce que soutient le recourant, le SMR n'avait pas à procéder à des investigations complémentaires, et notamment pas à interpeller les HUG, puisque la Dre D_____ avait clairement indiqué qu'au vu de la bonne évolution post-opératoire, elle n'avait pas prévu de revoir le patient. Pour le reste, le recourant ne soutient pas que le SMR aurait omis de tenir compte d'atteintes qui auraient été portées à la connaissance de l'intimé avant le prononcé de la décision litigieuse. À toutes fins utiles, la chambre de céans relèvera que le Dr I_____ n'a mentionné que les varices récidivantes du membre inférieur gauche, sans faire état de l'intervention du côté droit (cf. compte-rendu du 8 novembre 2023 du Dr F_____). Cet oubli est sans conséquence, étant rappelé que le Dr C_____ a conclu que son contrôle angiologique avait montré un bon résultat « bilatéral » de l'ablation thermique des varices et des phlébectomies, relevant à droite que la varice grande saphène était complètement oblitérée depuis le tiers distal de la jambe jusqu'à 1.3 cm de la jonction saphéno-fémorale, sans reflux résiduel (cf. rapport du 15 novembre 2023). Elle constatera également que la seule pièce au dossier concernant les genoux remonte à plus de vingt ans et concerne une opération réalisée le 23 juillet 2003 en raison d'un kyste (cf. rapport du 8 août 2003). L'atteinte de ménisque mentionnée par la Dre E_____ (cf. rapport du 25 mai 2023) n'est ainsi étayée par

A/3575/2024 - 14/18 - aucune pièce. De plus, malgré la mention d'une arthroscopie dans sa demande de prestations, l'intéressé ne se prévaut pas de pathologies au niveau des genoux. Le recourant ne prétend pas davantage qu'il souffrirait des articulations sacro-iliaques et des hanches (cf. rapport d'IRM du 10 mai 2022), étant relevé que ni le Dr H_____ ni la Dre E_____ n'a fait état de plaintes à ces niveaux.

E. 7.1.2

S'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr I_____ a indiqué que l'activité adaptée ne devait pas impliquer le port de charge supérieure à 10 kg, les mouvements répétés et prolongés ou en force avec le bras droit au-dessus du plan des épaules, la position debout ou assise prolongée, la marche prolongée ou en terrain irrégulier, le travail baissé ou penché en avant assis ou debout, la rotation du tronc assis ou debout, le porte-à-faux, la position à

genoux ou accroupie, la montée ou le travail sur des échelles et des échafaudages, la montée et descente des escaliers pour plus d'un étage ou de façon répétée. Ces restrictions sont donc plus importantes que celles énoncées par les médecins traitants. La Dre E_____ a en effet uniquement retenu que son patient devait éviter de porter des charges lourdes, ainsi que les mouvements en flexion et rotation du dos et les mouvements répétitifs de l'épaule droite (cf. rapport du 14 juin 2024). Quant au Dr H_____, il a fait état de limitations pour le port de charge de plus de 10 kg et le travail en abduction de l'épaule à plus de 80° (cf. rapport du 2 mars 2024). Le Dr I_____ a ainsi tenu compte de nombreuses contre-indications supplémentaires afin d'épargner le membre supérieur droit et tout le rachis. Son évaluation n'apparaît donc pas critiquable.

E. 7.1.3

Concernant la capacité de travail, il a estimé que le recourant disposait d'une capacité entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du rachis lombaire et de l'épaule droite, depuis le 20 mai 2023, soit trois mois après l'intervention de la hernie. Il a expliqué s'écarter de l'avis du médecin traitant retenant une capacité de travail à 50%, car les deux atteintes ostéo-articulaires considérées comme incapacitantes par celui-ci avaient été opérées avec une évolution favorable. Le Dr H_____ a indiqué, sans la moindre explication, que le recourant ne pouvait pas exercer une activité professionnelle adaptée à son état de santé, alors qu'il a considéré que l'évolution post-opératoire était favorable. On peine à comprendre les raisons pour lesquelles le lumbago, retenu par ce médecin le 30 janvier 2024 mais qui n'a plus été mentionné par la Dre E_____ suite à sa consultation du 23 mai 2024, empêcherait le recourant de travailler à temps complet dans une activité adaptée. La mention des « efforts difficiles » ne permet pas de conclure à l'absence de toute exigibilité dans un métier respectant les contre-indications retenues (cf. rapport du 2 mars 2024). Le Dr I_____ pouvait donc s'écarter de cette évaluation.

A/3575/2024 - 15/18 - La Dre E_____ a considéré qu'une capacité de travail adaptée pouvait être exercée à 50% (cf. rapport du 14 juin 2024). Cette appréciation n'est pas non plus motivée et n'apparaît pas justifiée au vu des diagnostics posés par cette médecin et des limitations fonctionnelles évoquées. Elle a constaté qu'il n'y avait pas eu de récurrence de la hernie discale L4-L5 opérée en 2023, que la tendinopathie de la coiffe du labrum avait été opérée en 2020, que le diabète de type 2 était « sans complication », que l'insuffisance veineuse des membres inférieurs avait été opérée en 2023, que l'obésité était suivie et traitée, et que la haute tension artérielle était traitée. Ainsi, les atteintes à la santé étaient soit traitées et sous contrôle, soit avaient été opérées avec succès. Il sera également relevé que l'avis du Dr I_____, selon lequel les varices récidivantes du membre inférieur gauche opéré deux fois et en attente d'une nouvelle intervention n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail, est conforme à l'appréciation du spécialiste qui suit le recourant. Le Dr C_____ a en effet affirmé qu'il n'y avait aucune limitation fonctionnelle à retenir et que le status variqueux récidivant du membre inférieur gauche n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail (cf. rapport du 16 octobre 2023). Suite à son opération du côté droit, le Dr F_____ a attesté d'une incapacité de travail temporaire, d'une durée limitée du 8 au 20 novembre 2023 (cf. certificat du

E. 7.1.4

La chambre de céans constate donc que l'avis du 23 juillet 2024 du SMR a été rendu en pleine connaissance de l'anamnèse, qu'il tient compte de l'ensemble des pièces du dossier,

qu'il prend en considération les plaintes du recourant et résulte d'une analyse détaillée et motivée de la situation médicale. Il peut donc se voir reconnaître une pleine valeur probante, si ce n'est concernant la date à partir de laquelle une pleine capacité de travail a été retenue dans une activité adaptée. En effet, le Dr I_____ a mentionné le 20 mai 2023, soit trois mois après l'intervention de la hernie. Toutefois, la Dre D_____ a signé des certificats d'arrêt de travail à 100% du 3 avril au 31 mai 2023 et à 50% du 1er au 30 juin 2023. Il convient donc de retenir que la pleine capacité de travail n'a été récupérée qu'à partir du 1er juillet 2023, ce qui n'a cependant aucune influence sur l'issue du litige.

E. 7.2

Dans le cadre de la présente procédure, le recourant a produit un rapport du 24 juin 2024 du Dr J_____, document établi avant le prononcé de la décision litigieuse, de sorte qu'il doit être pris en considération. Il en ressort que le patient se plaignait d'une diminution de la sensibilité avec des fourmillements au niveau de la plante des deux pieds, évoluant depuis plusieurs mois, voire quelques années, et que l'examen ENMG avait mis en évidence des A/3575/2024 - 16/18 - signes de polyneuropathie des membres inférieurs avec une atteinte débutante axonale des fibres sensitives, pouvant être compatible avec le diabète. Comme constaté à juste titre par le Dr I_____ dans son appréciation du

E. 7.3

Le recourant a également produit un questionnaire rempli par le Dr K_____ le 16 décembre 2024 et un rapport de ce même médecin établi le 1er octobre 2024. Ces documents portent sur l'examen médical du recourant du 1er octobre 2024, soit postérieurement au prononcé de la décision litigieuse du 25 septembre 2024, mais concernent des troubles qui existaient déjà, notamment un rétrécissement concentrique « connu » et une atteinte rétinienne « stable ». Il convient donc de tenir compte de ces nouvelles pièces. Le Dr K_____ a noté que le patient présentait une rétinite pigmentaire sans atteinte maculaire, une sécheresse oculaire légère et une dysfonction meibomienne. À l'examen, il avait retrouvé un rétrécissement concentrique. L'atteinte rétinienne semblait stable, mais la gêne fonctionnelle ressentie augmentait avec une photosensibilité et une péjoration de la vision nocturne et des contrastes. Cette condition n'était pas traitable, mais la photophobie pourrait être atténuée en diminuant la sécheresse cornéenne et en tentant d'adapter au besoin des verres avec des filtres spécifiques. Dans son avis du 21 janvier 2025, le Dr I_____ a justement relevé que la gêne fonctionnelle rapportée se résumait à une augmentation de la photosensibilité avec une aggravation de la vision nocturne, à laquelle doit être ajoutée une aggravation de la vision des contrastes. Le recourant affirme que ses atteintes entraînent « à l'évidence des limitations fonctionnelles importantes », ce qui n'est cependant pas corroboré par le rapport de son médecin traitant. Rien ne permet de retenir que ces troubles l'empêcheraient d'exercer une activité professionnelle adaptée aux limitations retenues par le SMR, étant encore relevé que la gêne rapportée par l'ophtalmologue peut être soulagée par le port de verres équipés de filtres spéciaux.

A/3575/2024 - 17/18 - Enfin, il sera relevé à l'attention du recourant, qui reproche à l'intimé de ne pas avoir instruit ces « difficultés », qu'aucune pièce du dossier ne faisait état de tels troubles, qu'il n'a pas non plus évoqués dans sa demande de prestations. Il ne saurait donc se prévaloir d'un manque d'instruction à cet égard.

E. 7.4

Partant, la chambre de céans tiendra pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que le recourant dispose d'une capacité de travail entière depuis le 1er juillet 2023 dans une activité adaptée respectant les restrictions énoncées par le Dr I_____. En effet, les conclusions du SMR apparaissent motivées et convaincantes s'agissant des atteintes à la santé dont souffre le recourant, des limitations fonctionnelles qui en découlent et de leur impact sur la capacité de travail (cf. avis des 23 juillet et 11 novembre 2024, 21 janvier 2025). Aucun élément ne permet de douter de la fiabilité ou de la pertinence de ces constatations. Compte tenu de ce qui précède, le grief tiré d'un établissement incomplet et erroné des faits doit être rejeté. Il s'ensuit que la demande de comparution personnelle s'avère superflue et peut être rejetée, par appréciation anticipée des preuves.

E. 7.5

Le recourant ne fait valoir aucun argument à l'encontre des revenus avec et sans invalidité retenus dans la décision litigieuse et ne conteste pas le calcul du degré d'invalidité effectué par l'intimé. Rien ne justifie de s'en écarter. Il en découle donc que l'intimé était fondé à nier le droit à la rente du recourant, compte tenu de l'entière capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1er juillet 2023. 8. Par conséquent, le recours est rejeté. Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

A/3575/2024 - 18/18 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

E. 8

novembre 2023). De même, le Dr G_____ a conclu que du point de vue cardiologique, le recourant ne présentait pas de maladie justifiant la demande d'assurance-invalidité (cf. rapport du 29 février 2024).

E. 11

novembre 2024, il s'agit d'une atteinte exclusivement sensitive qui ne touche pas la fonction motrice, le neurologue ayant précisé que le patient ne présentait pas de trouble de l'équilibre, pas de trouble de la marche, et pas d'instabilité. Ce spécialiste a effectivement retenu que cette atteinte était à un stade débutant. Rien ne permet de conclure qu'elle aurait des répercussions sur la capacité de travail. On relèvera en outre que le recourant a été adressé au Dr J_____ par la Dre E_____, laquelle avait rendu un rapport à l'attention de l'intimé dix jours avant cette consultation spécialisée, qu'elle n'a pas évoquée. Elle n'a pas non plus signalé de limitations fonctionnelles en lien avec cette symptomatologie qui existait depuis une longue période.

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