

GE_GERICHTE ATAS/655/2025 vom 2. September 2025

GE Cour de justice, 2025-09-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_655_2025

FR: GE_GERICHTE ATAS/655/2025 du 2 septembre 2025

IT: GE_GERICHTE ATAS/655/2025 del 2 settembre 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

Interjeté dans la forme et en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA et 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]).

E. 2

Le litige porte sur le taux d'invalidité du recourant à compter du 17 octobre 2023 et son droit au versement d'une rente au-delà du 31 janvier 2024.

E. 3

A/205/2025 - 11/21 -

E. 3.1

Dans le cadre du développement continu de l'AI, la LAI, le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) et l'art. 17 LPGA notamment ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (modifications des 19 juin 2020 et 3 novembre 2021 ; RO 2021 705 et RO 2021 706). 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 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 (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

E. 3.2

En l'occurrence, est litigieuse la révision, au sens de l'art. 17 LPGA, d'une rente d'invalidité dont le droit est né le 1er septembre 2023, soit postérieurement au 31 décembre 2021, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

E. 4

Conformément à l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 al. 1 LAI dispose que l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter 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). Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. 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/205/2025 - 12/21 - 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. 4.1

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.

E. 4.2

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA, applicable par analogie (ATF 148 V 321 consid. 7.3.1 ; 145 V 209 consid. 5.3 et les références ; 125 V 413 consid. 2d et les références). L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a) ou atteint 100% (let. b). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 149 V 91 consid. 7.5 et les références). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à l'accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les références). Une amélioration de la capacité de gain ou de la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré n'est déterminante pour la suppression de tout

ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Le fardeau de la preuve quant à cette amélioration de la capacité de travail incombe à l'administration (arrêt du Tribunal fédéral 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.2 et les références). Un motif de révision a été retenu notamment lorsqu'une méthode différente d'évaluation de l'invalidité s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_716/2022 du

E. 4.3

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 (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

A/205/2025 - 14/21 - 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. 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). 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). 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

A/205/2025 - 15/21 - 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).

E. 4.4

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 et la référence ; 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). Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

E. 5

kg. S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, l'exigibilité était estimée à 100%, sans diminution de rendement.

E. 5.1

Le recourant conteste avoir récupéré une capacité de travail entière dans un métier adapté dès le 17 octobre 2023 et soutient être dans l'impossibilité de reprendre une activité professionnelle en raison de ses différentes atteintes. Il conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité à compter du 1er septembre « 2022 » sans limite dans le temps, ce qui semble, au vu des griefs et développements figurant dans ses écritures, être le résultat d'une erreur de plume. L'incapacité de travail durable ayant débuté en septembre 2022, c'est à bon droit que l'intimé a fixé le début du droit à la rente d'invalidité au 1er septembre 2023, soit à l'issue du délai d'attente d'une année.

E. 5.2

Il y a donc lieu d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise rhumatologique, ainsi que des conclusions du SMR, en tant qu'ils retiennent une amélioration de l'état de santé à compter du 17 octobre 2023. Sur le plan formel, il ressort du rapport d'expertise que l'expert a opéré une synthèse du dossier, rapporté les plaintes du recourant relatives à ses douleurs aux poignets et à ses lombalgies, établi une anamnèse, mentionné les traitements actuels et noté ses constatations relatives à l'examen clinique. Sur le plan matériel, l'expert a estimé que le recourant présentait, avec répercussion sur la capacité de travail, une ankylose du poignet droit sur probable capsulose, avec status post cure du tunnel carpien droit le 31 octobre 2022 et avec une chondropathie luno-capitale et luno-hamatale modeste. Il a également retenu les diagnostics, sans incidence sur la capacité de travail, de syndrome lombovertébral récurrent sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire et sans signe de discopathie, de status post fracture de la tête de la fibula droite (post accident de la voie publique le 15 octobre 2020), ainsi que de status post prothèse totale de hanche droite en 2009 et gauche en 2010. L'expert a mentionné que le diagnostic de SDRC avait été infirmé par l'examen de scintigraphie effectué le 17 octobre 2023. Il a estimé qu'il n'y avait pas de signe d'une atteinte inflammatoire, ce qui, selon lui, s'apparentait à l'appréciation du Dr R_____, qui décrivait l'absence d'une telle atteinte. L'expert a expliqué que

A/205/2025 - 17/21 - les résultats d'examen étaient valides et compréhensibles mais que le socle somatique, malgré la présence de troubles dégénératifs modestes sous-jacents, ne permettait pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse et de l'impotence fonctionnelle qui en découlait dans les activités de la vie quotidienne et professionnelle. Il n'a pas observé de divergence ressortant du dossier à mettre en évidence. L'expert a précisé que l'ankylose au poignet droit avait probablement été favorisée par le port d'une attelle en permanence, mais que l'absence d'amyotrophie permettait de rendre le pronostic meilleur sur la récupération. S'agissant de l'activité habituelle d'agent de sécurité, il a indiqué qu'elle était déjà partiellement adaptée car elle n'impliquait pas, selon lui, de port de charges avec la main droite. Dans cette activité, il a estimé que, du point de vue purement rhumatologique, la capacité de travail était médico-théoriquement de 60% depuis novembre 2023, soit après la scintigraphie effectuée le 17 octobre 2023 qui, à son avis, avait permis d'exclure une algoneurodystrophie qui aurait pu expliquer la symptomatologie douloureuse au long cours. Il a considéré qu'il y avait eu une augmentation de cette capacité de travail de 10% par mois jusqu'à atteindre les 90%. Aussi, au jour de l'expertise, la capacité de travail était de 90% dans la dernière activité habituelle d'agent de sécurité. Concernant les

limitations fonctionnelles, il a retenu le port répétitif de charge avec la main droite de plus de

E. 5.3

D'emblée, la chambre de céans relève que le SMR a déclaré s'être écarté des conclusions de l'expert à propos de la capacité de travail du recourant, en raison de la difficulté à interpréter son rapport, retenant, au contraire de l'expert, une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle d'agent de sécurité. S'agissant également des limitations fonctionnelles, on notera que l'expert n'a retenu que le port répétitif de charge avec la main droite de plus de 5 kg, alors que le SMR admet, en plus de cette restriction, l'impossibilité d'effectuer des mouvements répétitifs de la main et du poignet droits, ainsi que des travaux minutieux avec cette même main. Or, le fait que les conclusions de l'expert, sur ces questions fondamentales que sont la capacité de travail et les limitations fonctionnelles, aient été écartées par le SMR soulève déjà un doute sur la valeur probante du rapport d'expertise. En outre, ce document, qui manque de clarté, est peu convaincant pour les raisons suivantes. D'une part, l'expert n'a pas discuté la divergence d'opinion avec le Dr R_____ au sujet du diagnostic de SDRC, posé par ce dernier. Sur cette question, l'expert s'est contenté d'indiquer que l'examen de scintigraphie effectué le 17 octobre 2023 infirmait la présence d'un SDRC. Or, le Dr R_____ a souligné dans son rapport du 3 mars 2024 qu'il persistait à confirmer ce diagnostic. Il a ensuite expliqué, dans son rapport du 6 septembre 2024, qu'une scintigraphie osseuse normale ne

A/205/2025 - 18/21 - permettait pas d'infirmier un tel diagnostic, car la sensibilité de cet examen n'était pas de 100% et tout dépendait du moment auquel il était réalisé et que, dans le cas du recourant, il avait été effectué tardivement, presque une année après l'apparition des symptômes au poignet droit. Il a relevé que le chirurgien qui avait opéré le recourant avait signalé dans son rapport du 24 février 2023 une évolution algoneurodystrophique avec rougeurs, chaleurs et douleurs, ce qui, selon lui, était typique de la première phase d'un SDRC appelée phase chaude ou pseudo-inflammatoire. Il a précisé qu'il avait lui-même vu le recourant seulement après cette première phase, or c'était surtout lors de celle-ci que la scintigraphie osseuse donnait un résultat anormal typique d'un SDRC. Il a relevé que l'évolution clinique vers des douleurs chroniques du poignet droit et une ankylose comme lors d'une capsulite ou capsulose, survenait habituellement après la phase dite chaude. Selon lui, la description initiale et l'évolution de l'affection chez le recourant au cours des mois suivants étaient tout à fait évocatrices d'un diagnostic de SDRC avec une limitation importante de la mobilité du poignet comme lors d'une ankylose. Il a également expliqué que le SDRC était une affection complexe, parfois moins typique dans sa présentation et son évolution, que la description des trois phases avait été critiquée puisque celles-ci n'étaient pas toujours toutes présentes et que la scintigraphie osseuse et les radiographies ne figuraient pas parmi les critères diagnostiques utilisés actuellement. Il a estimé que dans le cas du recourant, il s'agissait d'un SDRC atypique en phase chronique (soit une algoneurodystrophie), avec une limitation de la mobilité du poignet et des douleurs, et qu'il n'était donc pas étonnant qu'il y ait une discordance entre les troubles dégénératifs légers à modérés et une très importante limitation de la mobilité du poignet due aux conséquences du SDRC. Il a encore indiqué qu'il était bien connu dans la documentation médicale qu'il existait une incapacité de travail persistante chez les personnes ayant souffert d'un SDRC. Il a considéré qu'en tant que droitier, avec des limitations importantes du poignet droit, avec une impossibilité de porter des charges, d'effectuer des mouvements répétitifs du poignet

droit et de réaliser des travaux manuels minutieux, le recourant avait tout au plus une capacité de travail théorique de 20% à 30% dans son activité habituelle d'agent de sécurité. Ainsi, le Dr R_____ a exposé, de manière claire, motivée et plutôt convaincante, en s'appuyant sur de la documentation médicale, les raisons pour lesquelles il retenait le diagnostic de SDRC. Cette appréciation – qui n'a pas été discutée – contribue également à remettre en cause la valeur du rapport d'expertise, ce d'autant plus que l'expert a mentionné que la présence d'une algoneurodystrophie aurait pu expliquer la symptomatologie douloureuse au long cours. D'autre part, la chambre de céans observe que cette expertise ne permet pas de se déterminer sur la situation médicale globale du recourant, dès lors que l'expert n'a pas abordé la question des atteintes aux épaules, en particulier à l'épaule droite. En effet, il s'est limité à mentionner que lors de son examen clinique, les différents

A/205/2025 - 19/21 - tests réalisés aux épaules étaient négatifs et que le recourant avait subi une luxation de l'épaule droite en 1996, opérée à trois reprises en 1996 et 2000. Il n'a en particulier retenu aucun diagnostic – pas même sans incidence sur la capacité de travail – concernant l'épaule droite, ni discuté cette question. Or, on rappellera que dans le cadre de la première demande de prestations, l'intimé avait, en 2004, déterminé le taux d'invalidité du recourant et conclu qu'après son reclassement professionnel, son taux était de 17%, en tenant justement compte des atteintes à l'épaule droite. On relèvera également que l'assureur accident a alloué à l'intéressé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25% en raison des atteintes à l'épaule droite, ainsi qu'une rente d'invalidité de 13%, laquelle est encore versée à ce jour. Ces éléments démontrent qu'il était nécessaire de prendre en considération – à tout le moins d'analyser – la question des atteintes à l'épaule droite pour apprécier l'état de santé général du recourant et déterminer sa capacité de travail. Enfin, on relèvera que le recourant s'est plaint de lombalgies auprès de l'expert, lequel les a constatées lors de son examen clinique et rapportées dans son rapport d'expertise. L'expert a, à cet égard, retenu la présence d'un syndrome lombovertébral récurrent, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire et sans discopathie, en indiquant que la radiographie de la colonne lombaire qui aurait été réalisée le jour de l'expertise, ne présentait pas de particularités et que l'examen segmentaire mettait en évidence une hypomobilité de toute la région lombaire basse avec hypoextensibilité des érecteurs lombaires. Il a estimé que ce diagnostic n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail, sans toutefois expliquer clairement son appréciation. Il sied d'ailleurs de noter que la partie évaluation et appréciation du rapport d'expertise ne porte que sur le poignet droit. Or, dans la mesure où les lombalgies ont été constatées par l'expert, on pouvait attendre de celui-ci qu'il motive sa position quant à l'absence de toute répercussion sur la capacité fonctionnelle du recourant.

E. 5.4

Eu égard à ce qui précède, il y a lieu de retenir que le rapport d'expertise n'établit pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant aurait présenté une capacité de travail entière dans une activité adaptée à compter du 17 octobre 2023. Quant à l'appréciation du SMR, elle reprend les diagnostics retenus par l'expert et ne tient ainsi pas compte d'un éventuel diagnostic de SDRC, tel que posé par le Dr R_____, ni des atteintes à l'épaule droite du recourant. Force est ainsi de constater que l'intimé ne pouvait pas se fonder sur le rapport d'expertise du Dr U_____, ni sur les conclusions du SMR, pour rendre sa décision litigieuse d'octroi de rente d'invalidité limitée au 31 janvier 2024.

E. 5.5

Dans ces conditions, en l'absence d'une appréciation suffisamment convaincante et circonstanciée permettant de déterminer si et dans quelle mesure la capacité de travail du recourant s'est améliorée à compter du 17 octobre 2023, la chambre de céans n'est pas en mesure de trancher le litige.

A/205/2025 - 20/21 - Il se justifie par conséquent de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il procède à une instruction complémentaire, sous la forme d'une nouvelle expertise indépendante, au sens de l'art. 44 LPGA, en matière rhumatologique, voire également orthopédique, laquelle devra porter sur la situation médicale complète du recourant, comprenant notamment ses problèmes aux main et poignet droits – y compris sur la question de la présence d'un syndrome d'algoneurodystrophie –, aux épaules, au dos et aux hanches. Un renvoi à l'intimé se justifie, en l'occurrence, vu les carences de ses investigations médicales.

E. 5.6

Compte tenu de l'instruction lacunaire du dossier, il est prématuré à ce stade d'examiner les griefs du recourant concernant le calcul du degré d'invalidité.

E. 6

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée dans la mesure où elle supprime le droit à la rente dès le 1er février 2024, et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants. Le recourant qui obtient partiellement gain de cause et est assisté par un avocat, a droit à une indemnité de CHF 2'500.- à titre de participation à ses frais et 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. 1bis LAI).

A/205/2025 - 21/21 - 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.