

## **GE\_GERICHTE A/1314/2019 vom 25. August 2020**

GE Cour de justice, 2020-08-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1314\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1314_2019)

FR: GE\_GERICHTE A/1314/2019 du 25 août 2020

IT: GE\_GERICHTE A/1314/2019 del 25 agosto 2020

### **Erwägungen**

#### **E. 2**

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Gustavo DA SILVA recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), actuellement marié et père d'un fils majeur, est né en 1962 au Portugal et a, après l'école primaire, travaillé avec ses parents agriculteurs dans le domaine familial jusqu'à l'âge de 18 ans puis à l'extérieur comme maçon. De 1983 à 1999, il a vécu en Suisse, travaillant en qualité de maçon au service de l'entreprise B\_\_\_\_\_ dans le canton de Genève. Il est ensuite retourné vivre au Portugal, mais est revenu à fin 2013 en Suisse, dans le canton de Genève, où il a à nouveau travaillé en tant que maçon pour B\_\_\_\_\_ au taux de 100 %. 2. Au printemps 2016, il a constaté l'apparition spontanée de douleurs à son pied gauche, qui survenaient dans un premier temps en fin de journée de travail avant d'apparaître également dès les premiers pas et dont l'intensité est allée en s'aggravant. 3. Une radiographie effectuée le 28 mars 2017 à la demande de la médecin traitant de l'intéressé, la doctoresse C\_\_\_\_\_, FMH en médecine interne générale, a conduit le docteur D\_\_\_\_\_, radiologue FMH, à teneur d'un rapport du même jour, à conclure à une hypertrophie en aspect en carré de la tête métacarpienne des deuxième et troisième rayons de deux côtés, associée à un élargissement de la base des premières phalanges et un remaniement ostéophyttaire marginal marqué, faisant suspecter une atteinte de type acromégalie, « à corrélérer avec les antécédents et le laboratoire », à une arthrite radiocarpienne très probablement d'origine microcristalline plus marquée du côté gauche, associée à une chondrocalcinose du TFCC gauche, ainsi qu'à une arthrose tibio-astragaliennne, astragalo-naviculaire et calcaneé-cuboïdienne très marquée avec une efflorescence osseuse marginale. 4. Depuis le 3 avril 2017, l'assuré a été en arrêt complet de travail, pour raisons médicales, et, le 10 avril 2017, il a déposé une déclaration d'incapacité de travail pour maladie auprès de l'assureur perte de gain maladie de son employeur. 5. À la suite d'une IRM de la cheville gauche le 12 avril 2017, le docteur E\_\_\_\_\_, radiologue FMH, a retenu une très importante atteinte dégénérative (en particulier arthrose) des articulations sous-taliennes avec une usure totale de toute l'épaisseur des cartilages articulaires associée à une importante plage d'oedème de la moelle osseuse sous-chondrale localisée à la fois au niveau du talus et du calcaneum. 6. L'assuré a été adressé au docteur F\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste FMH, qui, dans un rapport du 28 avril 2017, a considéré que la situation fortement défavorable de l'assuré concernant sa cheville, son arrière-pied et son médio-pied allait à l'encontre de possibilités chirurgicales et a mis celui-ci au bénéfice d'une botte d'immobilisation. Dans un rapport du 23 mai 2017, le Dr F\_\_\_\_\_ a notamment indiqué adresser le patient à une médecin pour un travail de rééducation optimisé. 7. Le 29 mai 2017, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI). 8. Dans un rapport réalisé le 9 juin

2017 à l'intention de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), la doctoresse G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a conclu à une capacité de travail de l'assuré nulle dans son activité habituelle et à des limitations fonctionnelles (ne pas marcher, ne travailler ni accroupi ni debout, et sans rotation en position assise ou debout) qui ne permettaient qu'une activité en position assise, avec la possibilité de se pencher et de travailler avec les bras au-dessus de la tête. On ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou à une amélioration de la capacité de travail. 9. À teneur d'un rapport du 19 juin 2017 de la Dresse G\_\_\_\_\_ à l'intention de l'assureur perte de gain maladie, l'assuré ne pouvait plus marcher sans cannes et sans chaussures adaptées, son pied gauche était tuméfié et douloureux, et le pronostic était défavorable. 10. Par écrit du 12 juillet 2017, à la demande de l'assuré et à la suite notamment d'un certificat médical, l'OAI a pris en charge les coûts de chaussures orthopédiques à hauteur de CHF 1'149.55 TTC. 11. Dans un rapport du 28 juin 2017 à l'intention de l'OAI, la Dresse C\_\_\_\_\_ a fait état d'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle mais entière dans une activité adaptée avec les mêmes limitations fonctionnelles que celles indiquées par la Dresse G\_\_\_\_\_ si ce n'était que la rotation en position assise était possible. Une réorientation professionnelle était recommandée. On ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou à une amélioration de la capacité de travail. 12. À la suite d'une IRM du rachis lombaire du 29 août 2017, le Dr E\_\_\_\_\_ a retenu une atteinte dégénérative discosomatique plus évidente aux niveaux L2-L3 mais aussi présente en L4-L5, avec une importante ostéophytose des limitantes somatiques locales. 13. Par lettre du 27 septembre 2017, l'OAI a confirmé à l'assuré la mise en place et la prise en charge financière d'une mesure d'évaluation - orientation dans une activité adaptée en tant que mesure d'intervention précoce (ci-après : MIP). 14. Dans un rapport professionnel établi le 9 novembre 2017 à la suite d'un stage de vingt jours (du 25 septembre au 20 octobre 2017) au titre de MIP, les Établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI) ont relevé que, sur le plan physique, l'assuré, qui avait été présent chaque jour, ne pouvait tenir durablement aucune des positions de travail, la position assise étant la mieux supportée mais ne pouvant pas excéder 45 minutes à 1h00 d'affilée. Sa dextérité était assez faible et pourrait l'autoriser à exécuter des travaux grossiers à moyennement fins. Les signes d'inconfort étaient fréquents et les alternances nombreuses. Au plan des capacités intellectuelles, l'intéressé, qui parlait le français et le comprenait assez bien mais ne pouvait pas l'écrire, montrait des difficultés à se concentrer efficacement et avait de faibles capacités d'apprentissage hors d'un contexte connu et apparenté à son ancien métier. Il avait « un bon relationnel, attentif aux autres, serviable, souriant ». Il était « bien engagé durant toute la durée du stage » et était motivé à retrouver une nouvelle activité lucrative. Néanmoins, il ne se voyait pas travailler à plein temps compte tenu des douleurs ressenties, et l'image qu'il avait de lui-même était nettement dégradée. L'impossibilité pour l'assuré de tenir les positions de travail, ses difficultés de déplacement, son incapacité, constatée dès la deuxième semaine, de travailler plus de 2h00 par jour, ainsi que son manque de polyvalence ne lui permettaient pas actuellement de travailler dans une quelconque activité. Ses capacités étaient trop faibles et aléatoires pour imaginer actuellement une reprise, même à temps partiel, dans le circuit économique normal. 15. Parallèlement, par un rapport d'expertise établi le 14 septembre 2017 à la demande de l'assureur perte de gain pour maladie, le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a répondu que les troubles rapportés par l'assuré étaient concordants par rapport aux résultats de l'examen clinique et paraclinique, ainsi qu'à la

documentation à sa disposition. Aux titres des diagnostics, l'assuré souffrait d'une panarthrose de la cheville et du pied gauche évoluant selon l'anamnèse depuis le printemps 2016, « troubles extrêmement sévères et extrêmement étendus touchant sa cheville, l'articulation sous-astragaliennne et en avant le Chopart », entraînant un arrêt de travail complet et définitif dans sa profession de maçon depuis le 3 avril 2017, de même que de rachialgies cervicales et lombaires mécaniques apparues dans le courant du mois d'août 2017 mais sans aucun effet sur la capacité de travail. Avec pour seule limitation fonctionnelle la position assise, serait concrètement adapté tout travail effectué devant un établi ou dans un bureau, ce qui paraissait plus difficile compte tenu du parcours professionnel de l'intéressé mais pourrait théoriquement être effectué sans limite de rendement et à taux plein. 16. Dans un rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2017 à l'intention de l'OAI, la Dresse G\_\_\_\_\_, qui avait examiné le patient le 13 novembre 2017 pour la dernière fois, a retenu un état de santé stationnaire et un pronostic défavorable. Était annexé un rapport établi le 16 novembre 2017 par le Dr E\_\_\_\_\_ à la suite d'une échographie de la cheville gauche réalisée le même jour, faisant état de la confirmation d'une très importante arthrose talo-crutale, ainsi que talo-naviculaire et calcanéocuboïdienne. 17. Dans un rapport du 12 janvier 2018, le service médical régional (ci-après : SMR), se fondant sur le rapport d'expertise du Dr H\_\_\_\_\_, a, en raison de douleurs persistantes sur panarthrose de la cheville et du pied gauches, retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis le 3 avril 2017, mais entière dans une activité adaptée, c'est-à-dire exigeant, comme limitations fonctionnelles, « pas de station debout prolongée au-delà de quelques minutes, pas de marche prolongée, pas de port de charges lourdes, pas d'utilisation répétée d'escaliers ni de travail en hauteur. Préférer une activité effectuée en position assise ». Le début de l'aptitude à la réadaptation était fixé au 13 septembre 2017. Au titre de « facteurs/diagnostics associés non du ressort de l'AI » étaient mentionnées des rachialgies mécaniques cervicales et lombaires. 18. Lors d'un entretien du 5 février 2018 avec l'OAI, l'assuré s'est déclaré en désaccord avec les conclusions du SMR quant à une capacité à 100 % dans une activité adaptée. Il n'arrivait pas à rester plus de 30 minutes dans la même position, y compris en position assise. Ses douleurs au dos et à la nuque l'empêchaient de rester dans une même position sur la durée. Il n'avait aucune proposition d'activité adaptée. 19. Dans un « rapport de clôture IP en vue de DDP » du 13 février 2018, la division réadaptation professionnelle de l'OAI a estimé qu'après le stage auprès des EPI, aucune autre mesure d'« IP » (intervention précoce) n'était indiquée. Une comparaison des revenus sur la base de l'exigibilité médicale posée par le SMR conduisait, sur la base d'un calcul annexé contenu dans un document établi le même jour et intitulé « Détermination du degré d'invalidité », à un degré d'invalidité de 15,9 %, arrondi à 16 %. Au vu des capacités évaluées par les EPI, l'assuré pouvait mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle dans une activité simple. Des mesures d'ordre professionnel n'étaient ni nécessaires ni à même de réduire le degré d'invalidité. À teneur dudit document « Détermination du degré d'invalidité », le revenu avec invalidité était calculé ainsi : à partir d'un salaire mensuel sur 40h00 hebdomadaires selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) en 2014, TA1 pour un homme, dans une activité de niveau 1, de CHF 5'312.-, correspondant à CHF 5'538.- pour une durée normale hebdomadaire de travail de 41,7 heures, multiplié par douze mois pour atteindre CHF 66'453.-, indexé selon l'Indice suisse nominal des salaires (ci-après : ISS ; taux de variation d'indice de 0,0085586 et 2016 comme année de prise en compte pour l'évaluation de l'invalidité), pour un temps de travail raisonnablement exigible de 100 % sans diminution de rendement constatée, on arrivait à un salaire annuel exigible

de CHF 67'022.-, dont à déduire 10 % comme « réduction supplémentaire » compte tenu uniquement de l'âge de l'assuré et de ses limitations fonctionnelles, soit au final un revenu annuel brut raisonnablement exigible avec invalidité de CHF 60'320.-. Une comparaison avec le revenu annuel brut sans invalidité de CHF 71'760.- (salaire mensuel pour 2016 de CHF 5'520.- versé treize fois l'an, selon le rapport de l'employeur du 12 juin 2017) conduisait à une perte de gain de CHF 11'440.-, soit un degré d'invalidité de 15,9 %. 20. Par projet de décision du 15 février 2018, l'OAI a envisagé le rejet de la demande de prestations de l'assuré, sur la base de l'appréciation du SMR et d'une perte de gain - degré d'invalidité - de 15,9 %. 21. Par courrier du 13 mars 2018 auquel était annexé des documents, l'assuré s'est opposé au contenu de ce projet de décision, aux motifs, d'une part, d'une détérioration aux niveaux des douleurs aux pieds due à une polyarthrose avancée sans solution de soulagement par la médecine et nécessitant un allongement horizontal fréquent, d'autre part, de douleurs fréquentes aux niveaux du dos et de l'épaule gauche dues à la progression de l'arthrose et contribuant à l'incapacité de rester dans une position, assise ou debout, plus de 15 minutes (« faits nouveaux »). Un rapport établi le 22 février 2018 par le docteur I\_\_\_\_\_, radiologue FMH, à la suite de radiographies de l'épaule gauche du même jour, concluait à une arthrose gléno-humérale sévère. Un rapport du 26 février 2018 du Dr E\_\_\_\_\_ faisant suite à une radiographie de l'épaule gauche du même jour parvenait à la même conclusion, étant en outre notamment relevée une tendinopathie du tendon long chef du biceps. Un écrit de la Dresse G\_\_\_\_\_ du 13 mars 2018 faisait état d'une radiographie de l'épaule droite, douloureuse et avec une limitation articulaire importante en abduction et rotations. Un rapport établi le même jour par la doctoresse J\_\_\_\_\_, radiologue FMH, à la suite d'une IRM lombo-sacrée du même jour concluait à de légères discopathies prorusives étagées de L1-L2 à L5-S1 sans image de conflit disco-radiculaire, à une ostéophytose antérieure étagée prédominant en L2-L3 et L3-L4 et des remaniements inflammatoires sur le versant antérieur des plateaux vertébraux jouxtant l'ensemble des disques examinés hormis le disque L5-S1 sans perte de hauteur significative des espaces intersomatiques, pouvant éventuellement faire suspecter une spondylarthropathie sous-jacente, à confronter aux données d'un bilan inflammatoire, de même qu'à une arthrose interfacettaire bilatérale étagée modérée avec discrets signes de surcharge articulaire postérieure en L2-L3, L3-L4 et L4-L5. 22. Dans un rapport du 1<sup>er</sup> mai 2018, le docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a, devant l'omarthrose à l'épaule gauche de l'assuré, proposé comme seul traitement chirurgical celui d'une prothèse totale de l'épaule, mais a estimé que, le patient n'étant pas encore prêt à y recourir, un traitement conservateur palliatif avec physiothérapie et anti-inflammatoire pouvait être entrepris. 23. Parallèlement, par pli du 5 juin 2018, l'assureur d'indemnités journalières en cas de maladie de Construction B\_\_\_\_\_ a estimé que, si l'assuré n'était vraisemblablement plus apte à retrouver une capacité de travail entière dans son activité habituelle de maçon, il pouvait néanmoins raisonnablement exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, notamment en position assise, et a dès lors décidé de verser à l'employeur « les indemnités journalières assurées selon le certificat médical » jusqu'au 5 septembre 2018 au plus tard. 24. Par écrit du 18 juin 2018, l'assuré y a formé opposition et a sollicité une réévaluation de son dossier au vu de nouveaux éléments, dont le rapport du Dr K\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> mai 2018 précité, qui était annexé. 25. Par rapport adressé le 19 juillet 2018 au Dr K\_\_\_\_\_ à la suite d'une arthro-IRM de l'épaule gauche du même jour, le docteur L\_\_\_\_\_, radiologue FMH, a notamment conclu à une omarthrose sévère et centrée avec une cupulisation de la glène scapulaire et compliquée par une ostéochondromatose secondaire. 26. À la suite d'un complément d'opposition adressé

le 9 août 2018 par l'assuré représenté par un syndicat, auquel était joint un rapport du Dr K\_\_\_\_\_ du 23 juillet 2018 indiquant notamment que l'intéressé était prêt pour la pose d'une prothèse totale d'épaule et serait vu le 17 septembre 2019 à cette fin par le docteur M\_\_\_\_\_, médecin adjoint au département de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), l'assureur d'indemnités journalières en cas de maladie a accepté de revenir sur sa position et confirmé la poursuite de la prise en charge de l'incapacité de travail au-delà du 5 septembre 2018. Les indemnités journalières ont été versées jusqu'à l'épuisement du droit (730 jours), soit jusqu'au 2 avril 2019. 27. Par un avis du 1<sup>er</sup> novembre 2018, le SMR a recommandé de continuer l'instruction afin de déterminer l'incidence des nouvelles atteintes ressortant des documents récemment produits par l'intéressé, à savoir l'arthrose gléno-humérale sévère et la spondylarthrose, quant à la capacité de travail dans une activité adaptée et aux limitations fonctionnelles. 28. Il ressort de rapports établis le 1<sup>er</sup> novembre 2018 par les HUG, notamment par le Dr M\_\_\_\_\_, que l'assuré avait fait l'objet la veille d'une intervention chirurgicale consistant en une prothèse totale d'épaule anatomique gauche et une ténodèse du long chef du biceps. 29. Selon un questionnaire complété et transmis le 9 novembre 2018 à l'OAI par la Dresse G\_\_\_\_\_, en raison de la polyarthrose, aux chevilles, pieds, rachis, épaules, avec pose d'une prothèse à l'épaule gauche, la capacité de travail du patient, qui ne pouvait ni marcher ou rester debout dans une position, ni porter, ni lever les bras, était nulle tant dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles que dans l'activité habituelle. 30. À teneur d'un rapport du 17 décembre 2018 adressé par le Dr K\_\_\_\_\_ à l'OAI, l'assuré, en raison de l'omarthrose centrée de son épaule gauche, présentait une diminution de la mobilité et de l'endurance, ainsi qu'une limitation de la force. Le patient devant prochainement être opéré d'une arthroplastie totale de son épaule, il conviendrait d'examiner le taux de sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, de même que la profession pouvant être exercée, à l'abri des charges et des mouvements répétitifs. 31. Par avis du 21 février 2019, le SMR a considéré que l'assuré présentait les limitations fonctionnelles décrites dans le « rapport final » du SMR du 12 janvier 2018, ainsi que celles inhérentes à « l'omarthrose de l'épaule droite » (sic), à savoir une diminution de la force du membre supérieur « droit » (sic), l'absence de mouvements répétitifs avec celui-ci et le non-port de charges. La capacité de travail était nulle comme maçon, mais entière dans une activité adaptée. La prochaine opération d'une arthroplastie totale de son épaule ne changerait pas les limitations fonctionnelles, mais serait la cause d'une incapacité de travail totale limitée à approximativement trois mois dans toute activité. Il serait très important de convoquer l'intéressé afin d'évaluer les possibilités de réadaptation. 32. Par décision du 25 février 2019, notifiée le 28 février 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations déposée par l'assuré, sur la base de l'appréciation du SMR et d'une perte de gain (degré d'invalidité) de 15,9 %, la reprise de l'instruction ayant conduit à la même conclusion que selon le projet de décision, à savoir une capacité de travail nulle dans son activité habituelle, mais pleine dans une activité adaptée, comme indiqué par le SMR. 33. Par acte expédié le 1<sup>er</sup> avril 2019, sous la plume de son avocat nouvellement constitué, l'assuré a formé recours contre cette décision. Il a conclu préalablement à sa comparution personnelle, à l'audition en qualité de témoins des Drs F\_\_\_\_\_, G\_\_\_\_\_, M\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_, ainsi qu'à la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire en particulier sur le plan rhumatologique englobant l'ensemble des atteintes à sa santé, au fond, à l'annulation de la décision querellée, à la constatation qu'il avait droit à une rente entière d'invalidité, sur la base d'une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à 50 %, d'une diminution de rendement de 50 % et d'une réduction

supplémentaire de 25 %, enfin à l'octroi d'une équitable indemnité de procédure. Selon le recourant, l'instruction menée par l'OAI avait été pour le moins indigente. Aucune mesure d'instruction médicale n'avait été mise en oeuvre en dépit de l'évolution de la situation à la suite de l'opération de pose de prothèse à l'épaule gauche, du long suivi post-opératoire comportant le port d'une atèle durant six semaines ainsi que de la période de rééducation, l'intimé n'ayant même pas attendu de connaître l'issue de cette évolution avant de rendre sa décision, retenant, sur une base purement théorique, que l'atteinte à l'épaule gauche n'avait aucune incidence sur la capacité de travail. En outre, l'OAI n'avait pas tenu compte des conclusions des EPI à la suite du stage, ni de l'avis des médecins traitants de l'assuré, en particulier de la Dresse G\_\_\_\_\_ qui estimait à juste titre qu'il ne pouvait pas exercer, y compris dans une activité adaptée, à un taux supérieur à 50 %, et ce avec une diminution de rendement de 50 % comme constaté et déterminé par les EPI. Enfin, l'intimé avait à tort limité la réduction supplémentaire à 10 % alors que le cas d'espèce commandait que le taux maximal de 25 % soit retenu. 34. Dans sa réponse du 23 avril 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours. Selon lui, les données médicales, soit le rapport d'expertise du Dr H\_\_\_\_\_ dont la pleine valeur probante n'était pas contestée, les avis du SMR et le rapport du 17 décembre 2018 du Dr K\_\_\_\_\_, permettaient de conclure à une entière capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles définies. Ces dernières constituaient des mesures d'épargne, ce qui laissait un nombre significatif d'activités adaptées à celles-ci sur le marché du travail, qui recouvrait un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec les limitations fonctionnelles présentées sans qu'il soit nécessaire de mettre en place des mesures d'ordre professionnel. Le rapport de stage aux EPI, basé notamment sur les plaintes subjectives de l'assuré (fortes douleurs ressenties) et des éléments étrangers à l'invalidité (manque de polyvalence), ne permettait pas de remettre en cause les conclusions médicales. 35. Par réplique du 28 août 2019 faisant suite à plusieurs prolongations demandées par son conseil, l'assuré a persisté dans les conclusions de son recours, si ce n'était que les témoins dont l'audition était sollicitée étaient les Drs F\_\_\_\_\_, G\_\_\_\_\_, M\_\_\_\_\_, K\_\_\_\_\_, ainsi que N\_\_\_\_\_, et le physiothérapeute Monsieur O\_\_\_\_\_. D'après lui, l'avis médical du SMR du 21 février 2019 était factuellement erroné en ce qu'il faisait état d'une prochaine opération d'une arthroplastie totale de son épaule droite, alors que cette opération avait eu lieu environ quatre mois auparavant et qu'elle concernait l'épaule gauche. À cet égard, dans un rapport du 29 janvier 2019 à la suite d'une consultation du 24 janvier précédent, trois mois environ après la mise en place de la prothèse totale d'épaule anatomique à gauche, le Dr M\_\_\_\_\_ notait une évolution tout à fait favorable sur les plans tant anamnestique que clinique, avec des amplitudes déjà quasiment complètement restituées, le patient présentant cependant encore une sensibilité acromio-claviculaire, avec des craquements, et lui proposait la poursuite du traitement de physiothérapie avec accent sur la tonification musculaire. Le recourant faisait valoir que le Dr K\_\_\_\_\_ avait refusé d'indiquer un quelconque taux de capacité de travail dans une activité adaptée. Il souffrait de multiples atteintes à la santé, dont plus de la moitié n'avaient été ni investiguées ni prises en compte par l'OAI, à savoir : « panarthrose de l'arrière et médio-pied gauche et droit, symptômes douloureux au niveau des genoux (troubles dégénératifs), cervico-dorso-lombalgies, troubles dégénératifs de l'épaule gauche, voire droite (prothèse totale) et rupture du long chef du biceps, arthrose des poignets avec épaissement synovial ». Dans un rapport du 8 mars 2019, la Dresse G\_\_\_\_\_ s'étonnait du refus total d'une rente d'invalidité. Le patient ne pouvait plus marcher au vu de troubles dégénératifs

très importants des deux chevilles et pieds et ne pouvait plus utiliser ses bras en raison d'une arthrose importante des deux épaules avec prothèse mise en place à gauche le 31 octobre 2018. Il fallait évaluer la situation pour l'épaule droite, ainsi que pour « des troubles dégénératifs lombaires avec lombosciatalgies irritatives L5 D chroniques ». La décision de l'OAI devait être revue, au moins pour une rente à 50 %. Dans un rapport du 27 mai 2019 faisant suite à des radiographies et à une échographie de l'épaule droite effectuées le même jour, le Dr I\_\_\_\_\_ concluait à une omarthrose débutante, une rupture du long chef du biceps, une irrégularité du versant bursal et fissuration, probablement non transfixiante, et une absence d'épanchement au niveau de la bourse sous-acromiale. Dans un rapport établi à la même date et faisant suite à des radiographies de la colonne cervicale effectuées le même jour, la Dresse J\_\_\_\_\_ concluait à des remaniements dégénératifs disco-vertébraux en C3-C4 et C5-C6, responsables d'une réduction modérée de calibre des trous de conjugaison C3-C4 et C5-C6 gauche et d'une légère réduction de calibre du trou de conjugaison C5-C6 droit. Selon une « lettre de consultation » du 11 juillet 2019 du Dr N\_\_\_\_\_, chef de clinique au sein du service de rhumatologie des HUG, rédigée à la suite d'une consultation de la veille et adressée, en tant que « 2<sup>ème</sup> avis », à la Dresse G\_\_\_\_\_, le diagnostic était une polyarthrose. Les symptômes des pieds de l'assuré restaient invalidants malgré le port de chaussures adaptées et empêchaient la station debout et la marche, et douloureux malgré une prise régulière d'anti-inflammatoires et Tramadol. Des symptômes douloureux au niveau de ses genoux, attribués à des troubles dégénératifs, étaient assez invalidants et ceci indépendamment de l'activité de l'arthrose au niveau des pieds, empêchant les longues marches et la montée et descente des escaliers. Des cervico-dorso-lombalgies l'obligeaient à changer régulièrement de position. Outre des troubles dégénératifs à une épaule - gauche ou droite - et une rupture du long chef du biceps, il existait une arthrose clinique et échographique des poignets avec épaissement synovial. D'un point de vue thérapeutique, ledit chef de clinique n'avait pas de proposition particulière à part le traitement antalgique et physiothérapeutique, ainsi qu'une éventuelle prise en charge chirurgicale selon les symptômes, et se déclarait surpris par le refus d'une rente AI pour ces symptômes invalidants et progressivement aggravés, les limitations fonctionnelles lui paraissant très importantes et irréversibles alors que le potentiel de reconversion était très faible. 36. Dans sa duplique du 19 septembre 2019, l'OAI a persisté dans sa conclusion de rejet du recours. À teneur d'un avis du 17 septembre 2019 de la docteure P\_\_\_\_\_, du SMR, les rapports médicaux nouvellement produits par l'assuré montraient tout d'abord que l'état de santé de celui-ci avait bien évolué après la pose de la prothèse de l'épaule gauche, avec des amplitudes articulaires correctes, mais ils indiquaient aussi une aggravation de la pathologie arthrosique, avec une atteinte progressive d'autres articulations telles que le pied droit, l'épaule droite, les genoux, le rachis, entraînant de nouvelles limitations fonctionnelles, avec une probable répercussion sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Ces nouveaux éléments d'aggravation étant survenus postérieurement à la décision du 25 février 2019, l'avis médical du SMR du 21 février 2019 demeurait valable. Pour l'intimé, ce n'était que postérieurement à la décision litigieuse que les douleurs présentées par le recourant avaient été objectivées et appréciées par un spécialiste. De ce fait, le juge des assurances sociales appréciant la légalité des décisions attaquées en règle générale d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative, et compte tenu du devoir de collaborer des parties consistant à apporter les preuves des faits invoqués et à supporter les conséquences de l'absence de preuves, les nouveaux éléments produits sortaient du cadre du présent litige et ne pouvaient pas être pris en considération. 37. Par observations du 10

janvier 2020 faisant suite à trois prolongations de délai, le recourant a confirmé et développé son grief d'instruction lacunaire par l'intimé. Selon un rapport du Dr M\_\_\_\_\_ du 4 novembre 2019 à la suite d'une consultation du 31 octobre 2019, une année après la mise en place de la prothèse à l'épaule gauche, la situation était actuellement stabilisée au plan chirurgical et l'évolution était favorable au plan de l'anamnèse, le patient ayant bien récupéré, se disant très satisfait de l'intervention, évaluant les douleurs à 0/10 au repos à 6/10 occasionnellement lors de crises d'arthrose, et autoévaluant son épaule à 80 % d'une épaule normale. L'assuré présentait toujours des problèmes d'arthroses polyarticulaires handicapants. À ce stade, une reprise professionnelle avec un maximum de 10 % de charge pouvait être envisagée. Par ailleurs, le conseil de l'assuré avait, par plis du 20 décembre 2019, posé des questions aux Drs G\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_. Par un rapport du 23 décembre 2019, la Dresse G\_\_\_\_\_ avait indiqué qu'à l'époque de l'établissement du rapport d'expertise du Dr H\_\_\_\_\_, elle avait ajouté à l'appréciation de ce dernier une limitation fonctionnelle requérant que la position assise soit assortie de changements de position fréquents autorisés, car le patient ne tenait pas plus de 30 minutes dans la même position. Entre le 14 septembre 2017 (expertise du Dr H\_\_\_\_\_) et le 25 février 2019 (prononcé de la décision attaquée), les cervicalgies et lombalgies avaient empiré, le patient souffrant d'une polyarthrite très invalidante l'empêchant de tenir une position, de porter, de rester debout, de lever les bras. Les limitations fonctionnelles retenues par le SMR dans ses avis des 12 janvier 2018 et 21 février 2019 étaient correctes, mais elle ne voyait aucune activité professionnelle leur correspondant (sans port de charges, avec changements de position fréquents, sans lever les bras et sans marcher), surtout que le rendement avec les douleurs était bien moindre et ce même à 50 %. Vu le problème à l'épaule gauche et l'opération du 31 octobre 2018, l'assuré ne pouvait pas travailler avec bras en l'air ou porter avec le bras. Les causes de son invalidité étaient antérieures au prononcé de la décision attaquée, étant précisé que le patient avait tenu durant des années au travail grâce à des anti-inflammatoires et malgré des douleurs multiples, la situation s'étant d'abord dégradée au niveau des pieds. Une nouvelle expertise médicale après celle du Dr H\_\_\_\_\_ aurait permis d'objectiver l'aggravation de l'état de santé apparue depuis lors, avant le 25 février 2019. Les atteintes autres que celles aux pieds apparues avant le 25 février 2019 (arthrose gléno-humérale sévère et spondylarthrose) étaient importantes et invalidantes. L'état de santé de l'intéressé n'était pas stabilisé à cette date-ci, ni actuellement. Au 25 février 2019, une rente d'invalidité de 100 %, sinon en tout cas d'au moins 50 %, paraissait justifiée ; un taux de 50 %, sans productivité à cause de la lenteur, des changements de position, etc., apparaissait illusoire. Par un écrit du 7 janvier 2020, le Dr N\_\_\_\_\_ avait répondu qu'il lui paraissait hautement improbable, sur la base de son anamnèse, que les symptômes invalidants au niveau des genoux et les douleurs rachidiennes soient apparus entre l'hiver et l'été 2019, l'arthrose étant une maladie chronique et progressive, mais il n'était pas possible de répondre avec certitude depuis quand le patient souffrait des symptômes de cette arthrose ni depuis quand ceux-ci étaient invalidants, référence devant être faite sur cette question aux rapports de la Dresse G\_\_\_\_\_. Lors de sa consultation du 10 juillet 2019, l'assuré présentait des limitations fonctionnelles dues à l'arthrose des pieds, mais également des genoux, du rachis, des épaules et des poignets, limitant une activité à une position assise uniquement mais avec des changements fréquents des positions, sans port de charge. Ledit chef de clinique ne pouvait pas se prononcer sur la capacité de travail à la date de cette consultation, qui ne dépassait pas 50 % dans une activité adaptée avec un rendement diminué. 38. Le 10 mars 2020 s'est tenue une audience devant la chambre de céans. a.

Selon les déclarations du recourant, à mi-2016, le pied gauche et l'épaule gauche et un petit peu le dos avaient commencé à lui faire très mal, mais il avait continué à travailler, avec beaucoup de douleurs. Depuis avril 2017, son état s'était progressivement aggravé. Par exemple, actuellement, il avait autant mal au pied droit qu'au pied gauche. Depuis une année ou une année et demie, son état s'était beaucoup aggravé. Par exemple, lorsqu'il travaillait encore comme maçon, le poignet gauche lui faisait parfois mal et le droit ne posait pas de problème, mais depuis le début de l'année 2020, le poignet droit ne le laissait pas dormir. Au moment de l'expertise du Dr H\_\_\_\_\_ du 14 novembre 2017, le dos l'ennuyait un peu, mais cela allait encore et il arrivait à se baisser assez bien. Il faisait alors des exercices de yoga afin d'améliorer son état, mais, une année ou plus avant l'audience, il avait arrêté, car cela avait commencé à lui faire trop mal. Actuellement, son dos lui faisait mal tout le temps. Il pouvait rester en position assise au maximum parfois 30 minutes, parfois 45 minutes, mais pas plus d'une heure. En effet, à partir d'un certain moment, il avait des craquements dans les cervicales et dans le dos. Une année ou une année et demie auparavant, et même lors de son stage aux EPI (en automne 2017), il avait déjà ce problème. Toutefois, à cause de l'augmentation des douleurs, il tenait de moins en moins bien. b. La Dresse G\_\_\_\_\_, entendue en qualité de témoin, a indiqué suivre l'intéressé depuis avril 2017. C'était elle qui l'avait mis en arrêt de travail. Elle ne savait pas comment son patient était parvenu à travailler avec l'état de ses pieds, qui avaient une malformation congénitale qui avait amené à de l'arthrose, même bien avant le 3 avril 2017. Bien d'autres affections dégénératives, notamment une arthrose très importante à l'épaule gauche, étaient très probablement présentes avant 2017. Au mois d'avril 2017, le patient avait déjà un problème d'arthrose aux mains, qui était plus ou moins compensé. Depuis lors, son arthrose très sévère n'avait fait que s'aggraver et allait continuer probablement à s'aggraver. C'étaient les pieds, les épaules et le dos qui ennuyaient le plus l'assuré. L'expertise du Dr H\_\_\_\_\_ de septembre 2017 ne pouvait pas être transposée en février 2019, vu l'état d'aggravation du patient. Au 25 février 2019, celui-ci avait alors déjà bénéficié d'une prothèse totale à l'épaule gauche, lourde intervention, qui avait amélioré sa mobilité, étant précisé qu'avant février 2019, il avait plus mal à l'épaule gauche qu'à l'épaule droite, que cette épaule gauche avait une forte diminution de mobilité et que le patient avait alors déjà un problème de rupture de la coiffe des rotateurs incomplète à l'épaule droite, qui lui faisait mal et dont la gêne consistait surtout en des problèmes tendineux. Les douleurs dans les autres parties du corps s'étaient aggravées également. L'assuré avait ainsi, déjà avant février 2019, des atteintes progressives au pied droit, à l'épaule droite, aux genoux et au niveau du rachis, et il avait également mal aux cervicales et au dos (arthrose). Selon la Dresse G\_\_\_\_\_, la capacité de travail du recourant n'était pas meilleure au 25 février 2019 qu'actuellement. Pour elle, il était clair que depuis début 2018, soit à partir de son problème à l'épaule gauche, il ne pouvait pas travailler à plus de 50 % dans une activité adaptée et très légère. La diminution de rendement, en raison de la lenteur, était confirmée. La témoin ne voyait pas quelle activité professionnelle son patient pourrait effectuer, même en février 2019. Elle avait réfléchi avec lui à ce sujet. Le problème était, d'une part, qu'il devrait souvent changer de position, qu'il soit assis ou debout, arrivant à rester dans une position environ 20 à 30 minutes, ce qui était déjà le cas en février 2019, d'autre part, qu'il allait très lentement dans tout ce qu'il faisait. Il pourrait éventuellement plier des petits draps légers pendant 20 minutes, et ce lentement et pas sur une journée entière. Un travail de 2 heures lui prendrait 4 à 5 heures, pensait-elle. Il ne pouvait pas porter plus de 2 à 3 kg, et c'était actuellement, et déjà en février 2019, « encore plus difficile du côté droit que du côté gauche à la suite de

l'opération de 2018 ». Au souvenir de la Dresse G\_\_\_\_\_, autour de février 2019, elle n'était pas en train de procéder à des investigations particulières concernant son patient. Par ailleurs, celui-ci avait un problème d'épanchement, donc de liquide, dans le genou droit, sauf erreur. Elle ne se souvenait pas depuis quand, ni ne savait s'il avait un problème incapacitant aux genoux en février 2019. c. À la fin de l'audience, par la voix de son conseil, le recourant a déclaré renoncer à l'audition d'autres médecins que la Dresse G\_\_\_\_\_, mais a demandé la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire, qui lui paraissait préférable à un renvoi à l'OAI, vu la position de celui-ci et le besoin que ce cas aille rapidement de l'avant.

39. Par écriture du 2 avril 2020, l'intimé a conclu au renvoi du dossier à lui-même pour reprise de l'instruction médicale. En effet, selon un avis du SMR du 31 mars 2020, si l'on reprenait le témoignage de la Dresse G\_\_\_\_\_ à l'audience précitée, le recourant souffrait de polyarthrose, qui allait en s'aggravant, et qui était déjà présente avant 2019. Par ailleurs, l'assuré, entendu lors de cette audience, déclarait présenter des douleurs aux deux poignets depuis début 2020. Ainsi, pour le SMR, on pouvait retenir que l'intéressé présentait de l'arthrose atteignant plusieurs articulations, évoluant défavorablement selon la Dresse G\_\_\_\_\_. Sur la base des éléments en sa possession, il n'était pas possible audit service de se prononcer plus précisément sur l'évolution de la pathologie pluri-arthrosique, ni sur les limitations fonctionnelles qui en résultaient, ni sur leur répercussion sur une capacité de travail au cours du temps. Par ailleurs, en raison de l'atteinte de plusieurs groupes d'articulations, une baisse de rendement était à évaluer.

40. Par observations du 7 juillet 2020, après deux prolongations de délai, le recourant a conclu, en lieu et place à un renvoi à l'OAI, à la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire en particulier sur le plan rhumatologique qui devrait englober l'ensemble de ses atteintes à la santé ainsi que les conséquences de celles-ci, au cours du temps, sur son éventuelle capacité de travail résiduelle. D'après lui en effet, au vu de l'indigence de l'instruction menée par l'OAI et de la carence que présentaient les données recueillies au cours de l'instruction en terme de valeur probante, s'avérant insuffisantes sur plusieurs points décisifs, de même qu'au regard du souci d'économie de procédure et de célérité commandé notamment par sa situation financière particulièrement précaire, un renvoi du dossier à l'intimé semblait constituer, si ce n'était un déni de justice en soi, à tout le moins une mesure disproportionnée dans le cas particulier.

41. Ces observations ont été transmises pour information à l'intimé, après quoi la cause a été gardée à juger.

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. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 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 (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

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

4. a. Aux termes des 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, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Conformément à 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa 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 1<sup>er</sup> janvier 2008). À teneur de 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. b. 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). c. D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'AI le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'AI, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 consid. 4b et les arrêts cités). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente qu'à celui des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGA). 5. 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). L'al. 2 de cette disposition légale prescrit que 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. Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance 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, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré.

6. a. 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). 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. 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). c. 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 oeuvre 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 des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). d. 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 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). 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 (Cst. - RS 101 ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 de l'ancienne Constitution fédérale étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). 7. a. En l'espèce, le droit du recourant à une rente d'invalidité ne pourrait prendre naissance que six mois après le dépôt de sa demande de prestations AI (art. 29 al. 1 LAI) le 29 mai 2017, et pour autant qu'il ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI), soit du 3 avril 2017 au 3 avril 2018. 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 ; ATF 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 ; ATF 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). Partant, doit seule être déterminée ci-après la capacité de travail de l'assuré entre le 3 avril 2017 et le 25 février 2019. b. Comme indiqué dans sa réponse au recours, l'intimé a fondé sa décision de refus de rente essentiellement sur le rapport d'expertise du Dr H\_\_\_\_\_, les avis du SMR et le rapport du 17 décembre 2018 du Dr K\_\_\_\_\_. Cela étant, le rapport du Dr H\_\_\_\_\_, établi le 14 septembre 2017 et à la valeur probante incontestée et

incontestable au moment où il a été établi, ne pouvait néanmoins pas tenir compte d'une aggravation et d'un développement de l'arthrose de l'expertisé, également sur d'autres parties du corps que la cheville et le pied gauche. Quant au Dr K\_\_\_\_\_, dans son rapport du 17 décembre 2018, il ne confirmait pas, contrairement à ce qu'a indiqué l'OAI dans sa réponse, que la capacité de travail du recourant serait, à l'issue de la récupération de l'intervention, entière dans une activité adaptée, mais il estimait seulement nécessaire de procéder à l'examen des activités que l'intéressé pourrait encore exercer à la suite d'une prochaine arthroplastie de son épaule, ainsi que du taux de capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il était, à la date du prononcé le 25 février 2019 de la décision querellée, incontesté, même par le SMR, que l'intéressé souffrait de troubles arthrosiques s'étant étendus, après la cheville et le pied gauches, à l'épaule gauche et à la colonne vertébrale (rachis), y compris les cervicales, la spondylarthrose constatée dans l'avis du SMR du 1<sup>er</sup> novembre 2018 se définissant comme un rhumatisme chronique - ou arthrose - de la colonne vertébrale ([www.universalis.fr/dictionnaire/spondylarthrose/](http://www.universalis.fr/dictionnaire/spondylarthrose/)). Dans ses avis précédant le prononcé de la décision attaquée, le SMR retenait, depuis le 3 avril 2017, une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée, avec des limitations fonctionnelles consistant en la préférence pour une activité effectuée en position assise de même qu'en l'évitement de station debout prolongée au-delà de quelques minutes, de marche prolongée, d'utilisation répétée d'escaliers, de port de charges, de mouvements répétitifs avec le membre supérieur « droit » (sic) et de travail en hauteur. c. Or, avant le 25 février 2019, une tendinopathie au long chef du biceps gauche avait déjà été évoquée par les Drs E\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_, point qui n'a à l'époque pas été évoqué par le SMR. En outre, dans son avis du 21 février 2019, le SMR n'a pas tenu compte de l'arthrose au rachis (spondylarthrose) qu'il avait pourtant constatée le 1<sup>er</sup> novembre 2018, ce alors que, selon un questionnaire complété et transmis le 9 novembre 2018 à l'OAI par la Dresse G\_\_\_\_\_, la capacité de travail du patient était nulle tant dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles que dans l'activité habituelle en raison de la polyarthrose, aux chevilles, pieds, rachis, épaules, avec pose d'une prothèse à l'épaule gauche. De surcroît, le SMR puis l'intimé ne se sont pas penché sur l'éventuelle aggravation de l'arthrose aux pied et cheville gauches de l'intéressé après l'établissement de l'expertise du Dr H\_\_\_\_\_. L'appréciation du SMR et donc de l'intimé reposait dès lors, au 25 février 2019, sur une instruction insuffisante relativement aux troubles aux pied et cheville gauches, au long chef du biceps gauche et à la colonne vertébrale, y compris les cervicales, ainsi qu'à leurs conséquences sur la capacité de travail. d. Ont par ailleurs été mentionnés par l'assuré et les Drs G\_\_\_\_\_ et/ou N\_\_\_\_\_, dans le cadre de la présente procédure de recours, des symptômes douloureux, attribués à des troubles dégénératifs au niveau des genoux et à épaule droite, ainsi qu'une arthrose clinique et échographique des poignets avec épaissement synovial. Des nouveaux rapports médicaux, le SMR a, le 17 septembre 2019, déduit une aggravation de la pathologie arthrosique, avec une atteinte progressive d'autres articulations telles que le pied droit, l'épaule droite, les genoux, le rachis, entraînant de nouvelles limitations fonctionnelles, avec une probable répercussion sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Mais, pour le SMR, cette aggravation était postérieure à la décision du 25 février 2019. Cependant, cette conclusion a été considérée comme non probable par les Drs G\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_, et, lors de l'audience précitée, la Dresse G\_\_\_\_\_, entendue en qualité de témoin, a indiqué que les atteintes invalidantes présentes actuellement existaient déjà au 25 février 2019. e. Vu ce qui précède, l'instruction au plan médical menée jusqu'à présent par l'intimé est insuffisante, ce qu'a implicitement

reconnu le 31 mars 2020 le SMR en faisant état - à juste titre - de l'impossibilité actuelle de se prononcer plus précisément sur l'évolution de la pathologie pluri-arthrosique dans l'ensemble des parties du corps, ni sur les limitations fonctionnelles qui en résultaient, ni sur leur répercussion sur une capacité de travail au cours du temps, en plus de l'évaluation d'une baisse de rendement. Ainsi, comme l'admettent désormais le SMR et l'OAI, une instruction complémentaire au plan médical, y compris la mise en oeuvre d'une expertise rhumatologique, s'impose. f. Par ailleurs, devra également être investiguée la question de l'ajout à la liste des limitations fonctionnelles reconnues jusqu'à présent par le SMR celle consistant en la nécessité de changements réguliers et fréquents de position, y compris depuis la position assise. Certes, cette limitation fonctionnelle n'a pas été préconisée par des médecins avant ou juste après le 25 février 2019, mais elle a été retenue le 23 décembre 2019 par la Dresse G\_\_\_\_\_ à titre rétroactif pour la période du 14 septembre 2017 au 25 février 2019 et elle ressort du rapport de fin de stage des EPI du 9 novembre 2017 et des déclarations faites par l'assuré (qui a toujours fait montre de motivation pour avoir une capacité de travail en vue de retrouver un emploi), lors d'un entretien du 5 février 2018 avec l'OAI ainsi que dans son opposition du 13 mars 2018. Lors de l'audience précitée, l'intéressé et ladite rhumatologue ont confirmé ces assertions. De surcroît, il est rappelé que les renseignements d'ordre professionnel, émanant ici du stage aux EPI, doivent être pris en compte dans la mesure préconisée par la jurisprudence. g. Enfin, aux plans professionnel et économique, dans le cas présent, l'intimé n'a pas donné au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il pouvait encore exercer. Certes, il n'était pas tenu à le faire en cas de limitations fonctionnelles qui permettraient d'offrir un éventail d'emplois diversifiés dans des tâches physiques et manuelles simples auxquelles correspond le niveau 1 de l'ESS (à ce sujet arrêts du Tribunal fédéral 9C\_370/2019 du 10 juillet 2019 consid. 4.1 ; 9C\_70/2010 du 9 août 2010 consid. 5.3 ; 9C\_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4). Toutefois, les limitations fonctionnelles qui ne laisseraient possible qu'une activité en position assise sans marche prolongée ni utilisation répétée d'escaliers, sans port de charge ni travail en hauteur ni mouvements répétitifs avec le bras gauche et/ou droit, et avec le cas échéant la nécessité de changer fréquemment de position même depuis la position assise, sont ici si nombreuses et importantes que l'on doit s'interroger si l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA ne pourrait - ou non - être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existerait quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semblerait exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 ; 9C\_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). L'OAI n'a pas non plus motivé de manière précise l'abattement de 10 % si ce n'est qu'il était fixé en tenant compte de l'âge et des limitations fonctionnelles de l'intéressé. Il n'a retenu aucune diminution - ou baisse - de rendement, sans indiquer pour quels motifs. h. Alors que l'intimé propose le renvoi de la cause à lui-même pour reprise de l'instruction médicale, le recourant requiert la mise en oeuvre par la chambre des assurances sociales d'une expertise judiciaire, en particulier au plan rhumatologique. À l'appui de sa position, l'assuré se prévaut d'un arrêt du Tribunal fédéral. À teneur de ce dernier, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de

justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier. À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3 et les références citées). Cette question de l'autorité chargée de la mise en oeuvre de la nouvelle expertise fait cependant l'objet d'une nouvelle jurisprudence. Ainsi, lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en oeuvre une expertise s'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 sur un point important (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). En l'occurrence, comme vu plus haut, les points essentiels, à savoir l'aggravation de l'arthrose aux pied et cheville gauches ainsi que les problèmes de dos depuis l'établissement de l'expertise du Dr H\_\_\_\_\_, de même que la polyarthrose incluant également les autres pied et cheville et les épaules rapportée par la Dresse G\_\_\_\_\_ le 9 novembre 2018 n'ont fait l'objet d'aucune investigation par le SMR et l'OAI. Il s'agit d'une situation permettant le renvoi à ce dernier pour instruction complémentaire. Au demeurant, le renvoi apparaît ici d'autant plus opportun qu'il permettrait d'examiner l'évolution de l'état de santé de l'intéressé depuis le prononcé de la décision litigieuse, ce qui ne serait en principe pas de la compétence de la chambre de céans si elle mettait elle-même en oeuvre l'expertise médicale. Un tel renvoi, qui n'exclut aucunement le respect du principe de célérité, ne saurait par surabondance constituer un déni de justice ou une mesure disproportionnée, étant du reste relevé que la durée de la présente procédure de recours découle en grande partie des prolongations de délai demandées par la partie recourante. i. La cause sera en conséquence renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire complète, aux plans médical, professionnel et économique, notamment mise en oeuvre d'une expertise rhumatologique, afin de déterminer l'évolution de la pathologie pluri-arthrosique du recourant, sur toutes les parties du corps (y compris le long chef du biceps, les poignets et les genoux), les limitations fonctionnelles en résultant et leur répercussion sur une capacité de travail au cours du temps, sans oublier l'évaluation d'une possible baisse de rendement, comme proposé le 31 mars 2020 par le SMR et la motivation quant au taux d'abattement et à l'accès au marché de l'emploi équilibré au sens de la jurisprudence. Cette instruction, y compris l'expertise, portera non seulement sur la période précédant le 25 février 2019, mais aussi, par économie de procédure et dans l'intérêt de l'assuré, sur la période suivant cette date. Au regard de cette issue, l'audition des témoins autres que la Dresse G\_\_\_\_\_ telle que sollicitée par le recourant n'est pas nécessaire. 8. Vu ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision du 25 février 2019 annulée et le dossier renvoyé à l'intimé afin qu'il procède conformément aux considérants puis rende une nouvelle décision. 9. Le recourant obtenant gain de cause et étant assisté d'un conseil, il a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA). Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI). 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.