

GE_GERICHTE A/1813/2025 vom 22. Dezember 2025

GE Cour de justice, 2025-12-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1813_2025

FR: GE_GERICHTE A/1813/2025 du 22 décembre 2025

IT: GE_GERICHTE A/1813/2025 del 22 dicembre 2025

Erwägungen

E. 3

mai 2019. i. Le 12 juillet 2022, l'OAI a fixé le degré d'invalidité de l'assuré à 9.89% en 2019 en se fondant sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour les revenus sans et avec invalidité. j. Par décision du 6 octobre 2022, confirmant son projet de décision du 14 juillet 2022, l'OAI a nié à l'assuré le droit une rente, ainsi qu'à des mesures professionnelles, dès lors que les observations présentées par l'assuré n'étaient pas de nature à modifier sa position. Cette décision a fait l'objet d'un recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans). k. Selon un rapport d'intervention du 17 février 2023 (« justificatif de mission sanitaire urgente »), une intervention des ambulanciers a eu lieu au domicile de l'intéressé, à la suite d'un appel téléphonique de son colocataire. Il était fait état notamment de troubles hépatiques importants et de problèmes à la rate. l. Suite au recours interjeté par l'assuré contre la décision du 6 octobre 2022, la chambre de céans, par arrêt du 13 avril 2023 (ATAS/319/2023), l'a annulée et a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sur le plan somatique, puis nouvelle décision. Après avoir constaté que la décision de refus de prestations du 7 mai 2018 constituait le point de comparaison pour déterminer si une aggravation était survenue, la chambre de céans a retenu, au vu des conclusions probantes de l'expertise du Dr F_____, que sur le plan psychique, il était établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas aggravé depuis la décision précitée. Sur le plan somatique, l'instruction avait toutefois été lacunaire puisqu'elle n'avait pas tenu compte du dossier LAA postérieurement au 3 mai 2019 (ATAS/319/2023 du 13 avril 2023, entré en force). m. Par pli du 6 février 2024 au curateur de l'assuré, l'OAI a fait part de son intention de mettre en œuvre une expertise orthopédique et de confier celle-ci à la docteure H_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. n. À la suite d'un examen de l'assuré effectué le 8 avril 2024, la Dre H_____ a diagnostiqué, un status post-ligamentoplastie LCA du genou droit, une gonarthrose débutante du genou droit, une bursite à l'épaule droite et des lombalgies chroniques. Sur le plan orthopédique, la capacité de travail était nulle depuis le 16 février 2016, mais totale dans une activité adaptée sur le plan théorique depuis le 3 mai 2019, relevant notamment qu'il n'y avait pas d'atteinte grave à la santé du point de vue orthopédique. Les limitations fonctionnelles étaient pas de gestes répétitifs au-delà du plan horizontal, pas de port de charges de plus de 10kg, pas de mouvement en porte-à-faux, pas de station debout prolongée, pas d'escaliers ou d'échelles de façon répétitive. Le jour de l'examen, l'assuré présentait un problème médical pur important, soit un ictère, une ascite et une insuffisance respiratoire majeure. La maladie et l'atteinte psychiatrique prenaient le pas sur les atteintes orthopédiques (rapport du 14 mai 2024). o. Par avis du 20 mai 2024, le SMR a relevé qu'au vu de l'examen clinique effectué par la Dre H_____, le tableau clinique évoquait une aggravation de l'état de santé, et en

premier lieu, une cirrhose décompensée chez un patient connu de longue date pour un problème d'alcool. Une autre cause de l'ascite n'était pas exclue. Il convenait d'interroger le Dr E_____. p. Par rapport réceptionné le 29 août 2024 par l'OAI, le Dr E_____ a relevé notamment que les diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail de l'assuré étaient un trouble du comportement (type borderline), une polytoxicomanie et un syndrome cérébelleux. La situation clinique s'était détériorée avec l'apparition de signes d'insuffisance hépatocellulaire (ictère, ascite). La capacité de travail était nulle dans toute activité. Les limitations fonctionnelles étaient des difficultés d'attention et de concentration, des troubles du comportement, des tremblements d'action, des troubles de la marche et de l'équilibre (risque de chutes). Il a joint notamment plusieurs bilans sanguins ainsi que les pièces suivantes : - un rapport du 16 février 2023 du docteur I_____, radiologue, indiquant que l'échographie abdominale effectuée en raison d'une cytolysé hépatique et cholestase au bilan sanguin avait mis en évidence une hépatopathie chronique stéatosique au parenchyme hétérogène sans lésion focale individualisée sous réserve d'une analyse intercostale, une perte de l'aspect lenticulaire de la rate et dont la flèche restait toutefois dans la norme ; il n'y avait pas d'ascite ; - un rapport du 22 février 2023 du docteur K_____, radiologue, indiquant notamment que la radiographie de la main gauche, de la colonne cervicale, dorsale et lombaire effectuée suite à une chute à vélo, avait mis en évidence une fracture sous-capitale du 5^e métacarpien avec discrète bascule palmaire ; - un rapport du 9 juin 2023 du docteur L_____, neurologue, a constaté la présence d'une symptomatologie riche et atypique, non spécifique sous forme de tremblements des quatre membres, sans manque de force ni de sensibilité, avec comme plainte principale des douleurs importantes aux quatre membres ; - un rapport du 1^{er} septembre 2023 du Dr I_____ indiquant notamment que le CT thoraco-abdominal injecté, effectué en raison d'une asthénie et d'un amaigrissement, avait mis en évidence une hépatosplénomégalie ainsi qu'une hépatopathie chronique sans lésion focale individualisée sur cet examen non dédié ; - un rapport du 7 novembre 2023 du Dr L_____ diagnostiquant un syndrome du tunnel carpien bilatéral avec une atteinte essentiellement myélinique, une atteinte sciatique poplitée externe à droite et une perte axonale importante sévère. q. Par avis du 24 septembre 2024, le SMR a retenu l'existence d'une aggravation, avec l'apparition d'une insuffisance hépatocellulaire dès février 2024. Une prise de sang effectuée le 19 février 2024 montrait l'apparition de l'ictère et de ladite insuffisance. À compter de cette date, l'assuré présentait donc une nouvelle incapacité de travail totale dans son activité habituelle et dans toute activité. Pour la période précédente, les conclusions du SMR demeuraient valables, comme l'avait indiqué la Dre H_____. Comme atteinte principale, l'assuré présentait une cirrhose avec insuffisance hépatocellulaire. Les autres atteintes étaient une bursite de l'épaule droite, des lombalgies communes, un syndrome du tunnel carpien bilatéral, une neuropathie du nerf ulnaire au coude bilatéral, une neuropathie du nerf sciatique poplitée externe et une gonarthrose sur plastie du LCA. r. Par projet de décision du 31 janvier 2025, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui octroyer une rente entière d'invalidité (degré 100%) dès le 1^{er} février 2025, suite à sa demande de prestations du 23 septembre 2020. En effet, une incapacité de travail totale dans toute activité dès le 19 février 2024 (début du délai d'attente d'une année) lui était reconnue. À l'échéance du délai d'attente, son incapacité de gain était entière, de sorte que le droit à une rente entière était ouvert dès le 1^{er} février 2025. s. Le 10 mars 2025, l'assuré a contesté ce projet faisant valoir que son incapacité de travail était totale depuis 2016, soit bien avant le 19 février 2024. Le droit à la rente était donc né en novembre 2017. Le SMR avait retenu la date à

laquelle la prise de sang avait été effectuée, soit le 19 février 2024. Or, cette prise de sang n'avait fait que confirmer l'ictère et l'insuffisance hépatocellulaire et il était manifeste que ces atteintes étaient préexistantes au 19 février 2024. Il convenait à cet égard d'interroger le Dr E_____. t. Par décision du 8 avril 2025, l'OAI a maintenu la teneur de son projet de décision. Les arguments avancés par l'assuré n'étaient pas susceptibles de modifier l'évaluation, en l'absence d'élément probant propre à remettre en cause les conclusions du SMR. En effet, tous les éléments médicaux avancés avaient été pris en compte et discutés par le SMR dans son évaluation. Partant, les éléments permettaient de retenir que l'état de santé de l'assuré n'avait pas connu d'évolution négative susceptible de modifier l'exigibilité précédemment retenue (soit 100% dans une activité adaptée) avant l'incapacité de travail totale retenue à compter de février 2024. D. a. Par acte du 23 mai 2025, le recourant, représenté par son conseil, a interjeté recours contre cette décision auprès de la chambre de céans, concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et somatique, à l'audition notamment des médecins traitants, et principalement, à l'annulation partielle de la décision en tant qu'elle lui octroyait une rente seulement à compter du 1^{er} février 2025, à la fixation du dies a quo du début du droit à la rente et au renvoi de la cause à l'intimé pour calcul des prestations rétroactives. Le recourant, qui admettait l'octroi d'une rente entière, contestait toutefois la date de la naissance du droit à la rente. Il a fait valoir que le rapport d'expertise établi par la Dre H_____ était lacunaire sur le plan orthopédique, puisqu'il se fondait sur l'avis du 3 mai 2019, sans prendre en compte les événements ultérieurs, soit les accidents des 24 juin et 2 octobre 2019 qui avaient péjoré son état de santé. Il avait été dans le coma et hospitalisé entre le 13 et le 18 mars 2020, de sorte qu'il était manifeste qu'à tout le moins depuis son hospitalisation en mars 2020, il était dans l'incapacité de travailler dans toute activité. Le 19 février 2024, une prise de sang avait confirmé la présence d'une cirrhose, laquelle avait été diagnostiquée antérieurement. Son incapacité de travail totale dans toute activité remontait au-delà du 19 février 2024, comme l'avaient attesté notamment les Drs E_____ et D_____. L'expertise psychiatrique de juin 2022 n'était en outre plus d'actualité, car elle ne tenait pas compte de l'aggravation de sa situation constatée par le Dr E_____ en août 2024. b. Par réponse du 17 juin 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours pour les motifs indiqués dans la décision litigieuse. L'expertise orthopédique avait pleine valeur probante. c. Le 10 juillet 2025, le recourant a persisté dans ses conclusions. d. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées. EN DROIT 1. 1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 1.2 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, compte tenu de la suspension des délais du 7^e jour avant Pâques au 7^e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimé d'octroyer au recourant une rente d'invalidité entière (100%) à compter du 1^{er} février 2025 seulement, dans le cadre de la troisième demande de prestations déposée par l'intéressé en septembre 2020.

E. 3.1

Par renvoi 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. 3.2

Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 et du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI ■ RS 831.201) du 3 novembre 2021 sont entrées en vigueur (développement continu de l'AI ; RO 2021 705 et RO 2021 706). En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence). En l'occurrence, la décision querellée concerne un premier octroi de rente dont le droit est né postérieurement au 1^{er} janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

E. 3.3

Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, après avoir nié le droit à une prestation (cf. art. 87 al. 3 RAI), l'examen matériel doit être effectué de manière analogue à celui d'un cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 141 V 585 consid. 5.3 et les références ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_12/2023 du 22 août 2023 consid. 3.2). Elle doit donc traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue (examen « allseitig »). Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés, le degré d'invalidité doit ainsi être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9 consid. 6.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_498/2023 du 11 décembre 2023 consid. 5.1 et les références).

E. 3.4

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, ou atteint 100%. 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 base de comparaison déterminante dans le temps pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente est constituée par la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et la référence). Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9).

E. 3.5

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

E. 3.6

A droit à une rente d'invalidité, l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGa) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Selon la jurisprudence, la période de carence d'une année peut courir dès que l'assuré subit un taux d'incapacité de travail de l'ordre de 20% (arrêt du Tribunal fédéral I 179/01 du 10 décembre 2001 consid. 3a et la référence). Lorsque le droit à la rente a été refusé en raison d'un degré d'invalidité insuffisant et qu'il y a par la suite une aggravation de l'état de santé, il s'agit alors d'un nouveau cas d'assurance, de sorte que le délai de carence d'une année recommence à courir (ATF 142 V 547 consid. 3.1 et la référence). En effet, l'art. 29 bis RAI, qui prévoit la prise en compte des délais d'attente antérieurement accomplis en cas de réapparition de l'invalidité due à la même affection, n'est pas applicable dans cette configuration (arrêt du Tribunal fédéral 9C_942/2015 du 18 février 2016 consid. 3.3.3 et les références).

E. 3.7

La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 4.1

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

E. 4.2

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une

opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

E. 4.3

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral 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). 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 (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). Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf . ATF 125 V 351 consid. 3a ; 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 Nr. 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 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

E. 5

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit 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 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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).

E. 6

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. 7

En l'espèce, il convient d'examiner si la décision litigieuse de l'intimé est conforme aux principes qui précèdent. On rappellera que la chambre de céans a déjà retenu dans son arrêt du 13 avril 2023, entré en force, que dans le cadre de l'examen de la troisième demande de prestations du recourant réceptionnée le 11 septembre 2020 par l'intimé, la décision du 7 mai 2018 rejetant la première demande de prestations constitue le point de comparaison déterminant pour apprécier si une aggravation de l'état de santé, propre à influencer le degré d'invalidité de l'intéressé, est survenue (ATAS/319/2023 consid. 4.3).

E. 7.1

Dans sa décision litigieuse, l'intimé a retenu que le recourant présente, à compter du 19 février 2024, une nouvelle incapacité de travail durable dans son activité habituelle et dans toute activité adaptée. L'intimé s'est fondé sur l'avis du SMR du 24 septembre 2024, selon lequel le recourant présente, en raison d'une cirrhose avec insuffisance hépato-cellulaire, une nouvelle incapacité de travail durable dans son activité habituelle et dans une activité adaptée à compter du 19 février 2024. Pour la période antérieure, en raison de ses atteintes orthopédiques, sa capacité de travail était nulle depuis février 2016, mais entière dans une activité adaptée depuis le 3 mai 2019, comme l'avait retenu la Dre H_____. Le recourant fait valoir que son incapacité de travail dans toute activité remonterait au-delà du 19 février 2024.

E. 7.2

Il sied, tout d'abord, d'examiner la valeur probante de l'expertise orthopédique mandatée par l'intimé. Par rapport du 14 mai 2024, la Dre H_____ a diagnostiqué un status post-ligamentoplastie LCA du genou droit, une gonarthrose débutante du genou droit, une bursite à l'épaule droite et des lombalgies chroniques. Sur le plan orthopédique, la capacité de travail du recourant était nulle depuis le 16 février 2016, mais totale dans une activité adaptée sur le plan théorique depuis le 3 mai 2019. Force est tout d'abord de constater que, sur le plan formel, le rapport de la Dre H_____ répond aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Il contient, en effet, le résumé du dossier, une anamnèse, les indications subjectives du recourant, notamment ses plaintes, des observations cliniques, ainsi qu'une évaluation médicale. Ses conclusions, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale du recourant, sont claires et bien motivées. On relèvera en outre que quand bien même la Dre H_____ a retenu que la capacité de travail de l'intéressé dans une activité adaptée continuait à être entière depuis le 3 mai 2019, il n'en demeure pas moins que contrairement à ce que fait valoir le recourant, cette spécialiste a dûment pris en considération les événements survenus ultérieurement à cette date, soit notamment les accidents survenus les 24 juin et 2 octobre 2019 (p. 24 et 26 du rapport d'expertise). Elle a en outre également tenu compte de l'avis du Dr C_____ du 3 février 2020 (p. 29 du rapport d'expertise) et précisé que le recourant ne présentait pas d'atteinte grave du point de vue orthopédique (p. 46 du rapport d'expertise). Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3). Si le Dr E_____ a certes estimé que son

patient présentait, en raison de ses atteintes orthopédiques et psychiatriques, une incapacité de travail totale dans toute activité (rapport du 27 septembre 2019), la chambre de céans ne saurait toutefois se fonder sur son avis succinct et peu détaillé. Par ailleurs, les rapports du Dr D_____ datés des 1^{er} et 18 octobre 2019 ne permettent nullement, en l'absence d'éléments objectifs précis, de retenir l'existence d'une incapacité de travail dans toute activité. Enfin, celui qu'il a établi le 29 janvier 2021 ne saurait se voir reconnaître une quelconque valeur probante dans la mesure où ce médecin l'a rédigé alors qu'il n'avait pas revu le recourant depuis février 2020. Compte tenu de ces éléments, sur le plan orthopédique, la chambre de céans ne s'écartera pas des conclusions de la Dre H_____, et retenues par le SMR dans son avis du 24 septembre 2024, soit une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle dès 2016 et une capacité de travail totale dans une activité adaptée dès le 3 mai 2019. Il s'ensuit que conformément à la décision de l'intimé du 29 juin 2020, entrée en force, en tenant compte de cette capacité de travail résiduelle, la perte de gain du recourant correspond à un degré d'invalidité de 10%, lequel est insuffisant pour lui ouvrir le droit à une rente.

E. 7.3

Sur le plan somatique, dans le cadre de l'examen du recourant, effectué le 8 avril 2024 par la Dre H_____, cette spécialiste en orthopédie a constaté que l'intéressé présentait des problèmes médicaux importants, à savoir un ictère, une ascite et une insuffisance respiratoire majeure (p. 46 du rapport d'expertise), sur lesquels elle ne s'est pas prononcée dès lors que ces atteintes ne relèvent pas de son domaine de compétences. Au vu de ces constats et après avoir requis des informations complémentaires auprès du Dr E_____, le SMR a, par avis du 24 septembre 2024, retenu que le recourant présentait, en raison d'une cirrhose avec insuffisance hépatocellulaire, une nouvelle incapacité de travail totale durable dans son activité habituelle et dans une activité adaptée à compter du 19 février 2024, date à laquelle un bilan sanguin avait mis en évidence l'ictère et l'insuffisance hépatocellulaire. La chambre de céans relèvera que l'avis précité du SMR ne repose pas sur des observations cliniques auxquelles un médecin du SMR aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur une analyse des documents médicaux versés au dossier. Le résultat de cette appréciation - soit le début d'une incapacité de travail durable dès le 19 février 2024 en raison d'une cirrhose avec insuffisance hépatocellulaire - n'est toutefois corroboré par aucune pièce médicale versée au dossier antérieurement à la décision litigieuse. En effet, aucun médecin ayant examiné le recourant n'a retenu que la cirrhose avec insuffisance hépatocellulaire aurait eu une répercussion sur la capacité de travail du recourant seulement à compter du 19 février 2024. Le seul fait que le bilan sanguin, effectué à cette date, a mis en évidence l'apparition d'un ictère et d'une insuffisance hépatocellulaire, ne saurait suffire pour fixer la date du début de l'incapacité de travail durable au 19 février 2024. En procédant de la sorte, le SMR a posé de nouvelles conclusions, alors qu'il doit se limiter à apprécier celles déjà existantes (arrêt du Tribunal fédéral 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références). Par ailleurs, alors que le recourant, dans le cadre de son audition, a requis que le Dr E_____ soit interrogé sur la survenance de ces nouvelles atteintes à la santé (courrier du 10 mars 2025), force est de constater que l'intimé n'a pas estimé utile de le faire. Or, une instruction sur ce point était d'autant plus nécessaire que le dépôt de la demande de prestations remontait au mois de septembre 2020. Partant, le début du droit à la rente d'invalidité était, en l'état, uniquement subordonné à l'écoulement d'une période d'un an au cours de laquelle l'assuré devait avoir présenté, en raison d'une nouvelle atteinte à la santé, une incapacité de travail de 40% au

moins en moyenne, étant encore précisé que selon la jurisprudence, cette période peut déjà commencer à courir lorsque l'intéressé subit un taux d'incapacité de travail de l'ordre de 20%. En l'absence d'une analyse probante de la situation médicale du recourant permettant de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la nouvelle atteinte dont il souffre a entraîné une incapacité de travail durable déterminante à compter du 19 février 2024, l'intimé ne pouvait ainsi se fonder sur les conclusions du SMR pour rendre sa décision d'octroi de rente entière et fixer le début du droit au 1^{er} février 2025. En outre, la chambre de céans constate que les pièces versées au dossier font également état, notamment, de tremblements des quatre membres constatés par le Dr L_____ (rapport du 9 juin 2023) et par le Dr E_____ (rapport réceptionné le 29 août 2024 par l'intimé), soit une atteinte nouvelle dont le recourant ne souffrait pas à la date déterminante de la décision du 7 mai 2018 (cf. avis du SMR du 26 février 2018). Or, aucun élément au dossier ne permet de déterminer si cette atteinte a eu une répercussion sur la capacité de travail du recourant, et le cas échéant, depuis quelle date. Dans ces conditions, en l'absence d'une appréciation suffisamment convaincante et circonstanciée permettant de déterminer le début de l'incapacité de travail durable en raison des nouvelles atteintes dont souffre le recourant, la chambre de céans n'est pas en mesure d'apprécier de manière adéquate sa situation médicale. Il se justifie par conséquent de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il procède à une instruction complémentaire, en interrogeant notamment les Drs E_____ et L_____, et si nécessaire, en mettant en œuvre une expertise indépendante, au sens de l'art. 44 LPGA. Un renvoi à l'administration se justifie, en l'occurrence, vu l'absence d'une expertise mandatée par l'intimé sur ces nouvelles atteintes.

E. 7.4

Sur le plan psychique, on rappellera enfin que la chambre de céans a retenu qu'il était établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, et au vu des conclusions probantes du rapport d'expertise du Dr F_____ du 20 juin 2022, que l'état de santé du recourant ne s'était pas aggravé depuis la décision du 7 mai 2018 (ATAS/319/2023 du 13 avril 2023). À cet égard, contrairement à ce qu'avance le recourant, aucun élément versé au dossier ne permet de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, une aggravation de son état de santé psychique, propre à influencer le degré d'invalidité. En effet, à la question de savoir quelles circonstances médicales, ayant une répercussion sur la capacité de travail du recourant, avaient évolué, le Dr E_____ a exclusivement fait état de l'apparition de signes d'insuffisance hépatocellulaire (ch. 2.1 rapport réceptionné le 29 août 2024 par l'intimé).

E. 7.5

Il résulte de ce qui précède que la décision litigieuse doit être annulée en tant qu'elle fixe le début du droit à la rente du recourant au 1^{er} février 2025 et confirmée pour le surplus, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire sur ce point. À l'issue de l'instruction, l'intimé rendra, dans les meilleurs délais, une nouvelle décision quant au début du droit du recourant à la rente entière d'invalidité. Vu l'issue du litige, il sera renoncé aux mesures d'instruction proposées par le recourant.

E. 8.1

Le recours sera en conséquence partiellement admis, la décision de l'intimé du 8 avril 2025 annulée en tant qu'elle fixe le début du droit à la rente du recourant au 1^{er} février 2025 et confirmée pour le surplus, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants sur ce point, et nouvelle décision.

E. 8.2

Le recourant, assisté par un mandataire professionnellement qualifié et obtenant partiellement gain de cause, a ainsi droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixera à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA ■ E 5 10.03]).

E. 8.3

Étant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-. 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.