

GE_GERICHTE A/360/2025 vom 8. Dezember 2025

GE Cour de justice, 2025-12-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_360_2025

FR: GE_GERICHTE A/360/2025 du 8 décembre 2025

IT: GE_GERICHTE A/360/2025 del 8 dicembre 2025

Erwägungen

E. 1.1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 1.2

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. 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, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA), le recours est recevable.

E. 2

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, et plus particulièrement sur la valeur probante des rapports au dossier.

E. 3.1

Le 1^{er} janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705). En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est, en principe, 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).

E. 3.2

En l'espèce, l'accident ayant entraîné l'atteinte à l'origine de la demande de prestations a eu lieu en mars 2022. Par ailleurs, le recourant a déposé sa demande de prestations le 3 avril 2024, de sorte que son éventuel droit à une rente naîtrait le 1^{er} octobre 2024. Cette date étant postérieure au changement de loi, le nouveau droit est applicable.

E. 4.1

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). 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). En vertu de l'art. 28b LAI, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2022, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2). Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour un taux d'invalidité inférieur à 50%, la quotité de la rente est la suivante (al. 4) :

taux d'invalidité	quotité de la rente
49%	47.5%
48%	45%
47%	42.5%
46%	40%
45%	37.5%
44%	35%
43%	32.5%
42%	30%
41%	27.5%
40%	25%

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

E. 4.2

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

E. 4.3

Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes (sur le plan somatique ou psychique), à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (arrêts du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 4.4 ; 9C_7/2014 du 27 mars 2014 consid. 4.2.2).

E. 5.1

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). 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). 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 incapable de travailler. 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 ; 115 V 133 consid. 2).

E. 5.2

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). 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. 5.3

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.

E. 5.3.1

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 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 ; 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4). 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).

E. 5.3.2

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n. U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

E. 5.3.3

En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). À noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent – même émanant d'un spécialiste – ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

E. 5.3.4

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 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI - RS 831.201 ; 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).

E. 6

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant,

retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2). 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. 7.1

En l'espèce, à la suite d'une chute le 25 mars 2022, le recourant a souffert des atteintes suivantes : - pied gauche : fracture du calcanéum gauche de type Sanders IV associée à une fracture de la malléole externe de type Weber A ; ostéosynthèse le 6 avril 2022 ; ablation du matériel d'ostéosynthèse le 10 mai 2023. Selon les médecins consultés par la CNA, en janvier 2024, l'assuré présentait une arthrose sous-talienne modérée (rapport de la Dre E_____ du 25 janvier 2024 et appréciation de la Dre F_____ du 31 janvier 2024), laquelle était susceptible d'évoluer, à moyen terme, vers une arthrose sous-talienne sévère, pouvant nécessiter une arthrodèse sous-talienne in situ (appréciation de la Dre F_____ du 31 janvier 2024) ; - pied droit : fracture du calcanéum droit de type Sanders III, laquelle a été traitée conservativement. Les médecins consultés par la CNA ont constaté que l'assuré présentait une arthrose sous-talienne débutante (rapport de la Dre E_____ du 25 janvier 2024) et que le risque d'une évolution vers une arthrose sévère paraissait faible (appréciation de la Dre F_____ du 31 janvier 2024). Le 12 janvier 2024, les médecins des HUG, lesquels assuraient le suivi du recourant, ont toutefois évoqué la possibilité d'effectuer une arthrodèse sous-talienne du côté droit, ce qui devait permettre d'espérer une diminution des douleurs d'environ 80%. Pour sa part, la Dre E_____, consultée par la CNA pour un deuxième avis, a exprimé des doutes quant à l'adéquation d'une telle arthrodèse, dès lors que le recourant présentait une hyperkératose (callosités) marquée des talons des deux côtés alors qu'il expliquait ne pas pouvoir poser le talon et avoir besoin des cannes pour marcher. Si elles s'accordent à retenir que le recourant souffre d'une arthrose sous-talienne des deux pieds, les parties s'opposent toutefois sur les répercussions de cette atteinte sur la capacité de travail de celui-ci. En effet, pour sa part, l'intimé, se fondant sur les conclusions du SMR du 28 août 2024, retient une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées et ce depuis le 31 janvier 2024. De son côté, le recourant allègue être en incapacité totale de travailler, et ce quelle que soit l'activité retenue. Ce faisant, le recourant conteste, à tout le moins implicitement, la valeur probante de l'avis du SMR et des rapports sur lesquels celui-ci s'est fondé.

E. 7.2

À titre liminaire, la chambre de céans rappelle que compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives d'un assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être corrélée à des observations médicales concluantes (sur le plan somatique ou psychique). Pour tenter de corréliser les douleurs alléguées par le recourant, l'intimé a soumis le dossier au SMR, lequel a établi un avis en date du 28 août 2024. À cet égard, il y a lieu de rappeler que selon la jurisprudence fédérale, les avis du SMR ont 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. Or, force est de constater que c'est exactement ce que le SMR a fait, dès lors qu'il a examiné le rapport de sortie de la CRR du 21 août 2023, les appréciations de la Dre F_____ du 31 janvier 2024 et le rapport de consultation établi par le Dr G_____ le 25 avril 2024. Au vu de

l'ensemble de ces documents, le SMR a considéré que la capacité de travail du recourant était nulle dans l'activité habituelle de peintre en bâtiment et ce depuis le 16 mars 2022, date de l'accident, mais entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles évoquées par les médecins depuis le 31 janvier 2024, date de l'appréciation de la Dre F_____. Il convient donc d'examiner la valeur probante des rapports précités et, cela fait, la cohérence de l'avis du SMR.

E. 7.2.1

Dans son avis du 28 août 2024, le SMR évoque tout d'abord le rapport de sortie de la CRR daté du 21 août 2023, établi suite à un séjour qui a eu lieu du 26 juin au 3 août 2023. Sur le plan formel, le rapport de sortie précité répond aux réquisits jurisprudentiels en la matière. En effet, il comporte le résumé du dossier radiologique, des observations cliniques à l'entrée et à la sortie de la clinique, ainsi qu'une discussion générale du cas. Les conclusions sont claires et bien motivées. Sur le fond, les médecins de la CRR ont retenu les diagnostics mentionnés ci-dessus sous consid. 7.1. À titre de complication, les médecins de la CRR ont évoqué une arthrose sous-talienne des deux côtés, prédominant à gauche. À l'entrée, le recourant se plaignait de douleurs des deux pieds, principalement au niveau des talons, à la charge, d'une intensité de 5 à 6/10 en moyenne. Les douleurs pouvaient monter jusqu'à 10/10 s'il sollicitait trop ses pieds. Il décrivait également une perte de mobilité des deux chevilles, associée à une tuméfaction principalement de la cheville gauche après l'effort, associée à une chaleur. Le périmètre de marche était alors de 40 minutes. À l'issue du séjour, les médecins de la CRR ont retenu les diagnostics orthopédiques précités (arthrose sous-talienne, coxalgies gauches et lombalgies gauches non déficitaires) au sujet desquels ils ont donné les précisions suivantes : - s'agissant des arthroses sous-taliennes, une infiltration des deux articulations avait été effectuée. Dans les jours qui avaient suivi, les douleurs avaient diminué, passant de 8/10 à 4/10 toutefois sans grande amélioration lors de la marche. L'effet définitif devait être réévalué les semaines à venir. Quant à la possibilité d'une arthrodèse sous-talienne, elle devait être rediscutée avec les médecins traitants dans les mois qui suivaient ; - concernant la hanche gauche, le patient avait évoqué des douleurs en regard du grand trochanter et de la fesse gauche, sans réelle irradiation dans le membre inférieur gauche, par la suite au niveau du pli inguinal gauche. Les radiographies du bassin et de la hanche gauche n'avaient pas montré d'anomalie, notamment pas de coxarthrose, raison pour laquelle les médecins de la CRR avaient retenu une origine myofasciale à ces douleurs et recommandaient une poursuite de la physiothérapie ; - les douleurs lombaires gauches, évoquées quelques jours avant la sortie, étaient mises en lien avec la marche en cannes anglaises et la boiterie présente depuis plusieurs mois. Devant l'absence de déficit neurologique et de notion de traumatisme, les médecins n'avaient pas procédé à des examens complémentaires et recommandaient la poursuite de la physiothérapie. Sur les plans psychologique et neurologique, aucun diagnostic n'avait été retenu. Les médecins de la CRR ont en outre relevé que les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient en partie par les lésions objectivées pendant le séjour, relevant que des facteurs contextuels influençaient également négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient, à savoir une kinésiophobie modérée à sévère, un catastrophisme élevé, une sous-estimation de ses capacités fonctionnelles, une cotation élevée de la douleur et une focalisation sur celle-ci, chez une personne anxieuse, étant encore relevé que d'autres facteurs contextuels pouvaient interférer avec le retour au travail. Il s'agissait de la mauvaise maîtrise du français, de l'absence de formation reconnue en Suisse et de l'absence de permis de séjour. À l'exception d'une discordance entre

l'importance des douleurs et du handicap perçu et les lésions organiques objectivables, aucune incohérence n'avait été relevée. Eu égard à ce qui précède, les médecins de la CRR ont retenu les limitations fonctionnelles provisoires suivantes : pas de port de charges supérieures à 5 kg, pas de port de charges répété, pas de marche sans moyen auxiliaire, pas de marche prolongée, pas de marche en terrain irrégulier, pas de réalisation répétée d'escaliers, pas de position accroupie ou à genoux, pas d'utilisation d'échelle ni de position statique debout prolongée. La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles, la poursuite d'un traitement de physiothérapie pouvant encore permettre de diminuer les douleurs, d'améliorer la force et l'endurance des deux membres inférieurs et donc d'améliorer les aptitudes fonctionnelles. De plus, l'indication à une arthrodèse sous-talienne des deux côtés devait être réévaluée au cours des prochaines semaines. Une stabilisation médicale était toutefois attendue dans un délai de quatre à cinq mois. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable en lien avec les facteurs médicaux et non médicaux évoqués précédemment. Quant au pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus, il était théoriquement favorable mais les facteurs personnels et contextuels étaient susceptibles d'interférer avec un retour au travail.

E. 7.2.2

Le SMR évoque ensuite l'appréciation établie le 31 janvier 2024 par la Dre F_____. À ce propos, il y a lieu de relever, à titre liminaire, que le fait que ce médecin soit le médecin-conseil de la CNA ne suffit pas, en l'absence de circonstances particulières, pour douter de l'objectivité de son appréciation ou encore pour soupçonner une prévention à l'égard du recourant. De même que le fait que son appréciation ait été établie sur dossier ne suffit pas non plus pour lui dénier, pour ce seul motif, toute valeur probante, dès lors que le médecin-conseil précité a fondé ses conclusions sur plusieurs appréciations médicales qui, elles, ont été établies à la suite d'un examen personnel de l'assuré. Ainsi en est-il notamment du rapport de la CRR du 21 août 2023, des rapports de consultation des HUG des 16 mars 2023, 2 octobre 2023 et 12 janvier 2024 ou encore du rapport de la Dre E_____ du 21 janvier 2024, tous évoqués par la Dre F_____. En réalité, il convient d'examiner la valeur probante de l'appréciation de ce médecin à l'aune des réquisits jurisprudentiels applicables de manière générale en la matière. Or, force est de constater que sur le plan formel, l'appréciation du 31 janvier 2024 répond auxdits réquisits jurisprudentiels. En effet, elle comporte le résumé du dossier, une anamnèse, les indications subjectives du recourant, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas. Les conclusions, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires et bien motivées. Sur le fond, la Dre F_____ a repris les diagnostics évoqués par les médecins de la CRR dans leur rapport du 21 août 2023. S'agissant de l'arthrodèse, le médecin-conseil a constaté que, d'un côté, les médecins des HUG la préconisaient en raison du mauvais effet du traitement conservateur malgré le port de semelles orthopédiques. De l'autre, la Dre E_____, à qui un second avis avait été demandé, considérait que la discordance entre les constatations radio-cliniques et les symptômes (callosités importantes sous les talons incompatibles avec l'impossibilité d'appuyer les talons) constituait une contre-indication à une telle chirurgie. La Dre F_____ a également expliqué qu'en été 2023, les médecins de la CRR avaient retenu un certain nombre de limitations fonctionnelles, décrites ci-dessus, lesquelles étaient alors qualifiées de provisoires. Dès lors qu'il était question d'une stabilisation quatre à cinq mois plus tard et que depuis l'été 2023, il n'y avait eu ni aggravation ni amélioration, la situation pouvait désormais être

considérée comme stabilisée et les limitations fonctionnelles en question pouvaient être considérées comme définitives. Compte tenu de celles-ci, il fallait retenir une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et entière dans une activité adaptée. Enfin, le médecin-conseil de la CNA a relevé que l'indication à une arthrodèse sous-talienne gauche pouvait être réévaluée à moyen terme en cas d'aggravation des symptômes. Cela étant, une telle chirurgie n'entraînerait pas une amélioration de la capacité de travail eu égard au pronostic de réinsertion dans l'activité habituelle défavorable. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée bien que théoriquement favorable n'était pas bon non plus, en raison de facteurs personnels et contextuels pouvant interférer avec le retour au travail.

E. 7.2.3

Le SMR s'est en outre référé à la seconde appréciation de la Dre F_____, également établie le 31 janvier 2024, dans laquelle cette médecin a fixé à 15% l'atteinte à l'intégrité, expliquant que le recourant souffrait d'une arthrose alors modérée à gauche et débutante à droite et que l'évolution vers une arthrose sévère à gauche était probable à moyen terme, ce qui nécessiterait alors une arthrodèse sous-talienne in situ . Le risque à droite était en revanche très faible. Le médecin-conseil précité a également ajouté que le résultat d'une telle intervention même bilatérale pouvait être bon ou, au contraire, se grever de complications infectieuses ou se développer en une pseudarthrose douloureuse. Puisque les deux sous-taliennes étaient atteintes, elle conseillait de retarder le plus longtemps possible un tel geste, qui s'il était d'abord réalisé à gauche, pouvait décompenser à la cheville droite. Il est à noter que dans cette appréciation, la Dre F_____ ne se prononce pas sur la capacité de travail, mais examine uniquement la situation sous l'angle de l'atteinte à l'intégrité. Ladite appréciation n'est donc pas pertinente pour vérifier la cohérence des conclusions du SMR s'agissant de la capacité de travail. En revanche, elle apporte des explications complémentaires sur la situation médicale.

E. 7.2.4

Enfin, le SMR a mentionné le rapport de consultation établi par le Dr G_____ le 25 avril 2024, dans lequel ce médecin a retenu le diagnostic d'arthrose sous-talienne droite et expliqué qu'au vu de l'absence de couverture par la CNA et par l'assurance-maladie, il ne pouvait aller de l'avant vers une chirurgie. Ce rapport ne porte pas non plus sur la capacité de travail du recourant, de sorte que les mêmes remarques que celles effectuées en ce qui concerne la seconde appréciation de la Dre F_____ peuvent être faites.

E. 7.3

Force est donc de constater que le SMR a repris les principaux rapports au dossier dans lesquels la question de la capacité de travail du recourant a été abordée, à savoir le rapport de sortie de la CRR du 21 août 2023 et l'appréciation de la Dre F_____ du 31 janvier 2024. Son avis est par conséquent en accord avec les conclusions médicales figurant au dossier. Or, dès lors qu'une pleine valeur probante doit être reconnue aux rapports sur lesquels s'est fondé le SMR, le recourant doit faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il lui 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). C'est justement ce qu'il a tenté de faire dans ses écritures des 3 février et 24 juillet 2024, dans

lesquelles il a notamment contesté les conclusions de la Dre E_____ telles que rapportées par la Dre F_____ dans son appréciation du 31 janvier 2023, expliquant qu'il était toujours obligé de se déplacer avec des cannes pour décharger ses talons à cause des douleurs et qu'il n'avait jamais menti aux médecins l'ayant examiné. Il était encore très limité par ses atteintes et contestait être en mesure de reprendre une quelconque activité professionnelle. Son état n'était pas encore stabilisé, de sorte que sa capacité de travail devait encore être considérée comme nulle dans toute activité. Par la suite, il a encore relevé que ni la Dre E_____ ni la Dre F_____, dont les rapports étaient succincts (une page et demie seulement), ne se prononçaient pas sur la question de sa capacité de travail et qu'il n'était dès lors pas en mesure de comprendre pour quelle raison il aurait une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

E. 7.3.1

Préalablement, la chambre de céans relève que la notion de stabilisation de l'état de santé évoquée par le recourant et par la Dre F_____ correspond à celle de l'art. 19 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Or, cette notion est étrangère à l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_66/2022 du 11 août 2022 consid. 4.3). De plus, il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, mais plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). Le taux d'invalidité, en tant que notion juridique – et non médicale – fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418).

E. 7.3.2

En réalité, se référant aux appréciations des Dres E_____ et F_____ (concernant l'atteinte à l'intégrité) ainsi qu'au rapport du Dr H_____ du 16 juillet 2025 qu'il a produit en annexe à ses déterminations du 24 juillet 2025, le recourant explique ne pas comprendre pourquoi il serait capable de travailler à 100% dans une activité adaptée. À titre liminaire, la chambre de céans relève que l'appréciation de la Dre F_____ d'une page et demie à laquelle le recourant fait référence est très vraisemblablement celle portant sur la question de l'atteinte à l'intégrité. En effet, c'est la seule appréciation de ce médecin qui comporte une page et demie (l'autre comportant sept pages) et qui a été produite par le recourant dans ses deux chargés de pièces. Cela étant relevé, force est de constater que tant le rapport de la Dre E_____ du 25 janvier 2024 que l'appréciation de la Dre F_____ du 31 janvier 2024 d'une page et demie ne portent pas sur la capacité de travail du recourant, quand bien même ces pièces ont été évoquées par le SMR dans son avis du 28 août 2024. Quant au rapport du Dr H_____ du 23 juillet 2025 produit par le recourant durant la procédure devant la chambre de céans, il ne porte pas non plus sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail retenues par la Dre F_____. Il est donc logique que le recourant ne comprenne pas, sur la seule base de ces trois rapports, les raisons pour lesquelles une capacité de travail entière dans une activité adaptée a été retenue. En réalité, ces trois pièces portent essentiellement sur l'indication à une arthrodeèse. Comme le SMR l'a relevé dans son avis du 21 août 2025, les Dres E_____ et F_____ mettent en doute l'efficacité d'une intervention, qui plus est précoce, le médecin-conseil de la CNA recommandant même de retarder le plus possible ce geste puisque s'il était réalisé à gauche (soit du côté le plus atteint), il pourrait décompenser le côté droit. Le SMR a également constaté qu'une telle

intervention n'avait pas non plus été confirmée par le Dr H_____ dans son rapport du 23 juillet 2025, dans lequel ce médecin a en substance considéré que selon le résultat du Spect■CT à effectuer, il fallait procéder à une nouvelle infiltration diagnostique et thérapeutique de l'articulation sous-talienne droite et l'indication à une arthrodeuse sous-talienne pouvait possiblement être maintenue. En réalité, ce sont les autres pièces du dossier qui permettent de comprendre les conclusions du SMR. En effet, il en ressort que ce sont surtout la charge et la marche qui déclenchent les douleurs (cf. rapport des HUG [consultation de suivi] du 16 mars 2023 : « Le patient décrit toujours des douleurs sous le talon ddc lors de marches de plus de 2 heures » ; rapport de la CRR du 21 août 2023 : « à l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles du patient sont des douleurs des deux pieds, principalement au niveau des talons, d'une intensité de 5 à 6/10 en moyenne [...] les douleurs peuvent monter jusqu'à 10/10 s'il sollicite trop ses pieds » ; rapport du Dr G_____ du 31 août 2023 : « ce jour, le patient rapporte des douleurs jusqu'à 7/10 en regard de l'articulation sous talienne et prédominant à la marche du côté droit » ; complément de la Dre F_____ du 21 février 2024 : « ce sont les mouvements d'inversion/éversion qui peuvent expliquer les douleurs [ceux sollicités lors de la marche sur terrains irréguliers et les longues marches de plus de 40 minutes] » ou encore rapport du Dr H_____ du 23 juillet 2025 : « les douleurs sont présentes dès qu'il se mobilise et parfois nocturnes selon les efforts journaliers »). Or, les médecins de la CRR, de la CNA et du SMR ont considéré qu'en raison des douleurs que l'atteinte aux pieds implique, le recourant ne pouvait plus exercer son activité habituelle de peintre. En revanche, on pouvait attendre de lui qu'il reprenne une activité respectant un certain nombre de limitations fonctionnelles – à savoir pas de port de charges supérieures à 5 kg, pas de port de charges répété, pas de marche sans moyen auxiliaire, pas de marche prolongée, pas de marche en terrain irrégulier, pas de réalisation répétée d'escaliers, pas de position accroupie à genoux, pas d'utilisation d'échelle et pas de position statique debout prolongée – dont le but est justement d'épargner les pieds du recourant. Le SMR est arrivé à la même conclusion dans son avis du 12 août 2025, dès lors qu'il a retenu qu'une indication pour une arthrodeuse soit posée ou non, le recourant n'était pas empêché d'exercer une activité adaptée, ce d'autant plus que les limitations fonctionnelles évoquées épargnaient les talons, en privilégiant une activité essentiellement sédentaire, évitant les déplacements prolongés ainsi que le port de charges.

E. 7.4

Dans ces circonstances, la chambre de céans ne peut que constater que le recourant n'a pas fourni 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. En effet, il n'a produit aucun rapport de son médecin ou d'un autre professionnel de la santé, dans lequel les constatations et conclusions des médecins de la CRR et de la CNA seraient contestées du point de vue médical. C'est donc à juste titre que l'office intimé a retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de peintre mais entière, avec un plein rendement, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles susmentionnées. C'est le lieu de rappeler que personne ne remet en question les atteintes dont souffre le recourant. La seule question qui se pose est celle de savoir si on peut objectivement exiger de lui qu'il reprenne une activité professionnelle, adaptée à son état de santé. Or, dans ce cadre, les médecins doivent faire abstraction des facteurs psychosociaux ou socioculturels au nombre desquels figurent notamment la mauvaise maîtrise du français, l'absence de formation ou de permis de séjour, qui justement

constituent des éléments qui ont été évoqués par les médecins de la CRR comme contre-indiquant un retour à la vie professionnelle.

E. 8

Comme relevé précédemment, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui sur un marché du travail équilibré. Dès lors que le recourant ne conteste pas les montants retenus pour la comparaison des revenus, il n'y a pas lieu d'examiner plus en détail les calculs.

E. 9

Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté.

E. 10

Vu l'issue du litige, le recourant est condamné au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al.1 bis LAI) Le recourant, qui succombe, ne peut prétendre une indemnité à titre de dépens (art. 61 let. g LPGa a contrario). Par ailleurs, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont en principe pas droit à une indemnité de dépens (ATF 126 V 149 consid. 4). **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.