

GE_GERICHTE A/957/2025 vom 30. September 2025

GE Cour de justice, 2025-09-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_957_2025

FR: GE_GERICHTE A/957/2025 du 30 septembre 2025

IT: GE_GERICHTE A/957/2025 del 30 settembre 2025

Erwägungen

E. 4

juin 2024 et sur le rapport du Dr E_____ du 3 mai 2024, documents qui étaient anciens et ne tenaient pas compte de sa situation actuelle, étant relevé qu'il avait dû subir plusieurs interventions en 2025 et que l'état de son épaule « droite », des articulations des deux mains, du pied et de la cheville gauches, s'étaient aggravés. L'intimé n'avait pas du tout tenu compte des appréciations des Drs D_____ et C_____, postérieures à l'avis du Dr E_____. Il avait été constaté une inefficacité de toutes les infiltrations et la seule possibilité de retrouver une quelconque capacité professionnelle ne pourrait avoir lieu qu'après la pose de prothèses. Sans une telle intervention, il ne disposait d'aucune capacité de travail, même pour des travaux légers. Son corps était celui d'un homme de 80 ans, épuisé par une vie de labeur dans le bâtiment, de 26 à 53 ans. Aucune activité professionnelle ne saurait lui être imposée. Il a précisé qu'il avait été licencié pour le 31 août 2025 et avait épuisé son droit aux indemnités journalières de l'assureur perte de gain. Son impossibilité à la réadaptation en l'état actuel avait également été constatée. Il a notamment produit : - le rapport du 22 mai 2024 relatif à l'arthro-IRM et l'arthroscanner du genou gauche ayant conclu à une importante zone de chondropathie étendue sur 2 cm de haut et de large intéressant le versant latéral de la patella de grade IV stable par rapport au mois de décembre 2023, à de multiples anomalies de signal sous chondral du versant latéral de la patella, à une chondropathie de grade II du versant latéral et postérieur du condyle fémoral médial étendue sur 1 à 1.5 cm de grand axe, à une méniscopathie de grade II de la corne postérieure du ménisque médial et à une plage plurikystique située en regard de la corne antérieure du ménisque médial ; - un rapport du 7 novembre 2024 du docteur G_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur, chirurgie de l'épaule et du coude, consulté le jour même en raison des douleurs de l'épaule « droite » ; il a conclu à des signes de capsulite confirmés par l'échographie et suspecté une lésion probable de la coiffe des rotateurs ; le bilan serait complété par une IRM ; - un rapport relatif à des radiographies des mains, du pied gauche, et de la cheville gauche effectuées le 10 janvier 2025 ; étaient rapportées des douleurs des articulations interphalangiennes des deux mains, du médiotarse et du versant médial du pied et de la cheville ; le radiologue a conclu, concernant les mains, à une arthrose modérée des articulations interphalangiennes distales des quatre derniers rayons, à quelques microgéodes sous-chondrales, à une discrète rizarthrose bilatérale et à une discrète arthrose scaphotrapézienne ; s'agissant du pied et de la cheville gauche, il a relevé une petite épine calcanéenne, un minime pincement articulaire métatarsophalangien de l'hallux et de minimes remaniements dégénératifs médiotarsiens ; - une lettre de sortie des HUG du 19 mai 2025 relative à la prise en charge chirurgicale de l'épaule gauche le 7 mai 2025, mentionnant les diagnostics de lésion de la coiffe des rotateurs avec notamment des tendinopathies du long chef du biceps et de la coiffe postéro-supérieure, avec une arthrose

acromio-claviculaire asymptomatique. Le 15 juillet 2025, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Le SMR avait examiné l'ensemble des éléments médicaux du dossier, dont ceux fournis par les Drs D_____ et C_____, sur lesquels il s'était déterminé. Il avait notamment pris en compte toutes les limitations évoquées par le Dr C_____ et était même allé au-delà, et les diagnostics retenus par le Dr C_____ dans ses rapports des 29 avril et 18 juillet 2024 étaient identiques. Le 18 juillet 2024, il avait cependant évalué la capacité de travail du recourant de manière différente et exposé qu'au vu des plaintes du patient, sa capacité de travail était de deux heures par jour, soit un taux d'activité de 20-30%. Cette nouvelle appréciation était incompréhensible, compte tenu des mêmes diagnostics et quasiment des mêmes limitations fonctionnelles. Dans son attestation du 1^{er} octobre 2024, ce médecin avait rapporté les mêmes diagnostics et expliqué qu'il lui semblait impossible que le recourant reprenne une activité professionnelle car il lui était impossible de maintenir une marche pendant une heure, de rester assis longtemps ou de faire des efforts physiques. Au vu de ces restrictions, une capacité de travail nulle dans une activité adaptée paraissait peu convaincante. Quant au Dr D_____, il ne s'était jamais vraiment prononcé sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Dans son rapport du 5 mars 2024, il avait seulement indiqué qu'au vu de la gonarthrose fémoropatellaire débutante bilatérale, l'intéressé n'était plus en mesure d'assumer son activité habituelle, ce qui n'était pas contesté. En outre, dans ses différents rapports de consultation, il avait toujours préconisé une réinsertion professionnelle, dès lors que l'activité habituelle ne pouvait plus être assumée. Le SMR avait encore exposé que dans l'hypothèse où le recourant devait être opéré d'une prothèse totale du genou, l'incapacité de travail serait totale pour une durée de trois à six mois, en l'absence de complications et que dans tous les cas, l'intervention et l'incapacité de travail qui s'en suivraient seraient postérieures au prononcé de la décision litigieuse. Il en allait de même concernant l'opération à l'épaule gauche ayant eu lieu le 7 mai 2025, le SMR ayant précisé que ce type d'intervention entraînait habituellement une incapacité de travail de trois à six mois, mais que cet événement était postérieur à la décision querellée. En outre, le Dr E_____ avait procédé à un examen clinique des épaules, qui était dans la norme, et retenu le diagnostic non incapacitant d'omalgies gauches. L'intimé a annexé un avis de la Dre F_____ du 15 juillet 2025, invitée à prendre position sur les rapports du Dr C_____ du 12 mars 2025, du Dr D_____ du 28 mai 2024, de l'arthro-IRM et l'arthroscanner du genou gauche du 22 mai 2024, du Dr G_____ du 7 novembre 2024, des radiographies du 10 janvier 2025, du rapport d'hospitalisation du 7 mai 2025, ainsi que sur le formulaire européen rempli le 30 septembre 2024 par le Dr D_____. Le SMR a rappelé que la gonarthrose bilatérale était connue du Dr E_____, qui avait tenu compte des signes objectifs cliniques pour déterminer la capacité de travail dans une activité adaptée, et avait reconnu des limitations fonctionnelles en lien avec cette atteinte. Si l'intéressé devait être opéré d'une prothèse, l'incapacité de travail serait totale pour une durée de trois à six mois, en l'absence de complications. Cela serait toutefois postérieur à la décision. Concernant l'épaule gauche, il ressortait de l'examen clinique du Dr E_____ qu'il n'y avait pas de douleur à la palpation acromio-claviculaire ni scapulo-humérale des deux côtés, que l'élévation comme l'abduction était de 180°, marquée d'un arc douloureux dès 160° du côté droit, la rotation externe était de 60° indolore. Le testing de la coiffe des rotateurs était normal, la distance pouce-C7 de 25 cm. Il avait décrit des radiographies de l'épaule gauche du 22 février 2024 et noté une arthrose acromio-claviculaire et une ostéophytose débutante de la glène inférieure. En conclusion il avait retenu le diagnostic non incapacitant d'omalgies gauches. S'agissant des mains, du pied gauche et de la cheville

gauche, le rapport radiologique ne contenait pas de description clinique. Les éventuelles limitations fonctionnelles découlant de douleurs du pied et de la cheville gauche se confondaient avec les restrictions retenues pour les genoux. Pour les mains, les signes d'arthrose étaient discrets à modérés, et ne devraient pas entraîner de limitations. Lors de l'expertise rhumatologique, le Dr E_____ n'avait pas décrit de plaintes, ni de limitations articulaires des mains, ni de déformations arthrosiques à l'examen clinique. Quant à la prise en charge chirurgicale de l'épaule gauche, l'intervention entraînait en général une incapacité de travail de trois à six mois. Cependant cette incapacité était postérieure à la date de la décision litigieuse. Le Dr E_____ n'avait pas retenu de restrictions en relation avec cette épaule, car son examen clinique était dans la norme, sans limitation articulaire, et la radiographie relevait un début d'arthrose compatible avec l'âge. Partant, le SMR maintenait sa précédente appréciation du cas. e. Par écriture du 31 juillet 2025, le recourant a sollicité l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2025, date de l'arrêt des indemnités journalières. Il a soutenu que le changement d'appréciation du Dr C_____ quant à sa capacité de travail s'expliquait par ses constats, les diagnostics, le pronostic et les limitations fonctionnelles qui avaient évolué entre ses rapports des 29 avril et 18 juillet 2024. Il ressortait des rapports du Dr D_____ des 28 mai et 23 septembre 2024 que ce médecin estimait qu'en l'absence de prothèses des genoux, même un travail assis ne convenait pas et qu'il ne le voyait pas travailler plus de deux heures par jour. Il s'était donc prononcé sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Si le Dr E_____ avait tenu compte des douleurs de l'épaule gauche, il n'avait cependant ni anticipé ni prévu l'opération nécessaire du 7 mai 2025. Il n'avait pas non plus constaté de limitations articulaires des mains ni de déformations arthrosiques. Le SMR n'était ainsi pas entré en matière sur les maladies dégénératives et évolutives. L'intimé devait reconnaître que sa capacité de travail était nulle tant que la convalescence de l'opération de l'épaule gauche n'était pas terminée et tant que la prothèse du genou ne serait pas posée. f. Copie de cette écriture a été transmise à l'intimé le 12 août 2025. g. Sur ce, la cause est gardée à juger. 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

E. 4.1

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). Dans l'assurance-invalidité, l'invalidité est survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. S'agissant de la détermination du droit à une rente d'invalidité, il faut ainsi examiner si les conditions de l'art. 28 al. 1 LAI sont remplies. Contrairement à l'assurance-invalidité, l'assurance-accidents est, quant à elle, chargée du traitement de l'atteinte à la santé (art. 10 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 [LAA - RS 832.20]) et le droit à une rente de cette assurance ne dépend pas de la durée de l'incapacité de travail, mais du moment à partir duquel il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et du terme d'éventuelles mesures de

réadaptation de l'assurance-invalidité. Les offices AI n'ont, quant à eux, pas à attendre l'issue des mesures thérapeutiques, ni la stabilisation du cas, mais sont tenus d'évaluer la capacité de gain des assurés bien avant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 8.2).

E. 4.2

L'art. 28 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes (al. 1) : 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). Une rente au sens de l'al. 1 n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1 bis et 1 ter n'ont pas été épuisées (al. 1 bis). Selon l'art. 54a al. 3 LAI, les SMR établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré qui sont déterminantes pour l'assurance-invalidité en vertu de l'art. 6 LPGA, pour l'exercice d'une activité lucrative raisonnablement exigible ou pour l'accomplissement des travaux habituels. Lors de la détermination des capacités fonctionnelles, la capacité de travail attestée médicalement pour l'activité exercée jusque-là et pour les activités adaptées est évaluée et justifiée en tenant compte, qualitativement et quantitativement, de toutes les ressources et limitations physiques, mentales et psychiques (art. 49 al. 1 bis RAI). Les limitations dues à l'atteinte à la santé au sens étroit, à savoir les restrictions à l'exercice d'une activité lucrative au sens de l'art. 8 LPGA de nature quantitative et qualitative, dues à l'invalidité et médicalement établies, doivent systématiquement être prises en compte pour l'appréciation de la capacité fonctionnelle. Il s'agit là de l'estimation du temps de présence médicalement justifié d'une part (capacités fonctionnelles quantitatives, par ex. en nombre d'heures par jour) et des capacités fonctionnelles qualitatives durant ce temps de présence d'autre part (limitation de la charge de travail, limitations qualitatives, travail plus lent par rapport à une personne en bonne santé, etc.). En règle générale, ces deux composantes sont ensuite combinées pour obtenir une appréciation globale en pourcentage de la capacité de travail, autrement dit des capacités fonctionnelles. Ainsi, par exemple, une productivité réduite pendant le temps de présence exigible ou un besoin de pauses plus fréquentes doivent être systématiquement déduits lors de l'indication de la capacité fonctionnelle résiduelle. Cela permet également de tenir compte de la jurisprudence du Tribunal fédéral, selon laquelle la capacité de travail attestée par un médecin donne des indications sur l'effort pouvant être effectivement exigé, mais pas sur la présence éventuelle sur le lieu de travail. Dans certaines circonstances, il peut être nécessaire de demander des renseignements auprès du médecin traitant afin que le SMR puisse établir une évaluation globale et compréhensible de la capacité fonctionnelle résiduelle, qui tienne compte de tous les facteurs médicaux influents (OFAS, Dispositions d'exécution relatives à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [Développement continu de l'AI], rapport explicatif [après la procédure de consultation] du 3 novembre 2021 [ci-après : rapport explicatif], ad art. 49 al. 1 bis, p. 60).

E. 4.3

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de

travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; 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'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 et 4.7 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_697/2023 du 17 septembre 2024 consid. 3.3.2 et la référence). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer

l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion distincte. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_458/2023 du 18 décembre 2023 consid. 3.2 et la référence). Le fait qu'une expertise ait été réalisée sur mandat d'un assureur d'indemnités journalières selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1) - et donc pas selon la procédure de l'art. 44 LPGA -, ne suffit pas à nier sa valeur probante lors de l'évaluation du droit à une rente d'invalidité de l'AI. Toutefois, l'appréciation des preuves doit répondre à des exigences strictes. S'il existe des doutes, même minimes, quant à la fiabilité et à la cohérence d'une telle expertise, il convient de procéder à des clarifications complémentaires, comme cela est le cas pour les appréciations médicales internes à l'assurance. Une expertise « externe à la procédure » (« Fremdgutachten ») ne peut ainsi se voir d'emblée reconnaître la même valeur probante qu'une expertise ordonnée par un tribunal ou par un assureur selon l'art. 44 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 9C_452/2023 du 24 janvier 2024 consid. 5.2.1 et les références).

E. 4.4

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence). Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en

principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). De jurisprudence constante, le juge apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 148 V 21 consid. 5.3 et les références). 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 et la référence). 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 (ATF 118 V 200 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_294/2024 du 20 décembre 2024 consid. 5.1 et la référence). 5. En l'espèce, dans sa décision litigieuse du 11 mars 2025, l'intimé a conclu que le recourant ne pouvait plus exercer son activité professionnelle habituelle, mais qu'il disposait d'une capacité de travail résiduelle de 80% dans une activité adaptée. Cette appréciation repose sur les avis des 4 juin, 30 septembre et

E. 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 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. 1.3 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA). 2. 2.1 Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur. En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (cf . arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2 et les références). 2.2 En l'occurrence, il n'est pas contesté que le droit à la rente est né postérieurement au 31 décembre 2021, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur. 3. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision du 11 mars 2025, par laquelle l'intimé a accordé au recourant une rente de 25% dès le 1^{er} septembre 2024, singulièrement sur le taux de la capacité de travail dans une activité adaptée. 4. Conformément aux art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles

(al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

E. 7

mai 2024 du Dr D _____), qu'après l'examen et la reddition du rapport du Dr E _____. Concernant les rachialgies chroniques et le status après des cures d'hernies cervicales et lombaires en 2014, les diagnostics du Dr E _____ peuvent sembler imprécis, faute de reprendre expressément les troubles constatés lors des IRM des colonnes cervicale et lombaire, mettant en évidence, entre autres, une discarthrose étagée sur l'ensemble de la colonne cervicale, un débord discal global en C3-C4 avec un minime rétrécissement canalaire, des remaniements dégénératifs modérés des articulations postérieures sur l'ensemble de la colonne cervicale (cf . rapport du 15 septembre 2023), une discarthrose marquée en L4-L5 et L5-S1 avec un débord discal global, une arthrose étagée des articulations postérieures, un rétrécissement canalaire marqué en L4-L5 et L5-S1 et une sténose foraminale bilatérale modérée des deux côtés en L4-L5 et L5-S1 (cf . rapport du 15 septembre 2023). Cela étant, le Dr E _____ avait bien connaissance de ces différents troubles, comme cela ressort de son résumé des rapports d'IRM, et il les a dûment pris en considération, en reconnaissant de nombreuses contre-indications pour épargner le rachis, et ce alors que le Dr C _____ n'avait jusqu'alors signalé des limitations fonctionnelles qu'en lien avec les gonalgies (cf . rapports des 5 mars et 29 avril 2024). S'agissant des omalgies, le Dr E _____ aurait pu préciser dans ses diagnostics que les radiographies du 22 février 2024 de l'épaule gauche avaient montré une arthrose acromio-claviculaire et une ostéophytose débutante de la glène inférieure. Cependant, l'approximation du diagnostic posé est sans influence, puisque ce médecin avait bien connaissance des constats radiologiques, puisqu'il a résumé le compte-rendu du 22 février 2024. Concernant le rapport d'échographie du 26 avril 2024, qui n'avait pas été communiqué à l'intimé et donc au Dr E _____, il convient de relever que cet examen n'a pas mis en évidence de lésion, puisque seuls ont été observés un « discret » épaissement des plans capsuloligamentaires à hauteur de l'intervalle des rotateurs et l'absence de « nette tendinopathie sur l'ensemble de la coiffe des rotateurs ». En outre, il ressort du status des épaules que le Dr E _____ n'a pas relevé de particularité, à l'exception d'un arc douloureux dès 160° du côté droit, et que le recourant, interrogé sur ses plaintes, a fait état de rachialgies aux niveaux de la nuque et du bas du dos, de cervicalgies se prolongeant « parfois » aux épaules, de lombalgies descendant parfois dans la fesse droite. Le diagnostic d'omalgies retenu était ainsi conforme à l'examen clinique et aux doléances de l'intéressé, et n'exigeait pas un rappel des observations radiologiques. Partant, les diagnostics retenus par le Dr E _____ étaient conformes à l'état de santé du recourant à l'époque de son examen. 5.1.2 Toutefois, suite à un nouveau bilan radiologique, l'orthopédiste et le médecin-traitant ont qualifié la gonarthrose fémoropatellaire de « sévère » (cf . rapports des 4 et 11 juillet 2024 du Dr D _____, du 1 er octobre 2024 du Dr C _____). La gonarthrose bilatérale s'est donc révélée plus grave que le degré admis par le Dr E _____ et a d'ailleurs justifié une indication opératoire peu de temps après l'examen de ce médecin. Cet élément a été dûment

constaté par le SMR, qui a maintenu ses précédentes conclusions (cf . avis du 30 septembre 2024). La chambre de céans conclut également que l'inexactitude quant au degré d'arthrose est sans conséquence, puisque les limitations fonctionnelles retenues par les médecins traitants du recourant depuis ce nouveau constat rejoignent celles du Dr E_____. Pour rappel, le Dr C_____ a estimé que son patient n'arrivait plus à marcher plus d'une heure, que l'utilisation des escaliers étaient difficiles et qu'il ne pouvait pas porter des charges (cf . rapport du 18 juillet 2024), et le Dr D_____ a noté des contre-indications en lien avec le port de lourdes charges et la marche sur des terrains irréguliers (cf . rapports des 4 et 11 juillet 2024). Ces restrictions ont été admises par le Dr E_____, qui a limité le port des charges à 10 kg de manière ponctuelle et à 5 kg de manière régulière, la marche prolongée au-delà d'une heure d'affilée, les travaux accroupis, ainsi que la descente et la montée des escaliers de manière répétée. À toutes fins utiles, il sera relevé que l'exclusion de toute activité en terrain irrégulier est comprise dans le travail sédentaire préconisé par le Dr E_____. Concernant les lombalgies chroniques, le Dr C_____ a fait état d'une aggravation de la situation, tout en indiquant que rien n'avait changé depuis 2014 (cf . rapport du 1 er octobre 2024), et a posé une nouvelle limitation en lien avec la position assise prolongée, sans autres précisions (cf . rapports du 18 juillet et 1 er octobre 2024). C'est le lieu de relever que le Dr E_____ a reconnu davantage de restrictions que le médecin traitant du recourant, en excluant les mouvements brusques et répétitifs impliquant la nuque, le maintien de la nuque en position statique prolongée au-delà de 30 minutes d'affilée, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, et en retenant que l'activité adaptée devait permettre l'alternance des positions. Postérieurement au rapport du Dr E_____, le Dr D_____ a fait état d'une « douleur nouvelle de l'épaule gauche » (cf . rapports des 4 et 11 juillet, 23 septembre 2024). La chambre de céans observe cependant que ce médecin avait en réalité déjà signalé cette douleur « nouvelle » dès le mois de février 2024 (cf . rapport du 29 février 2024), ce qui permet de penser que la situation ne s'est en réalité pas modifiée entre l'examen du Dr E_____ et le mois de septembre 2024. En outre, le Dr C_____ a mentionné une « probable » tendinopathie de la coiffe des rotateurs (cf . rapport du 1 er octobre 2024), sans indiquer que des investigations seraient en cours et sans énoncer la moindre limitation fonctionnelle en lien avec l'épaule gauche. Ainsi, l'appréciation du Dr E_____ et du SMR, selon laquelle les omalgies n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail, n'était pas critiquable. Force est donc de constater que, au moment où la décision litigieuse a été rendue, le SMR avait pris en compte toutes les atteintes à la santé ressortant du dossier médical et admis de plus amples limitations fonctionnelles que celles retenues par les médecins traitants. 5.1.3 En ce qui concerne la capacité de travail dans une activité adaptée, évaluée à 80% par le SMR conformément aux conclusions du Dr E_____, la chambre de céans observera que ce dernier a dûment motivé sa conclusion. Il a expliqué que ce taux intégrait une baisse de rendement et une diminution de vitesse d'exécution de certaines tâches impliquant le haut du corps et la marche, et la prise éventuelle de pauses supplémentaires. Elle constate en outre avec l'intimé que le Dr C_____ a, dans un premier temps, retenu qu'un travail sans effort était envisageable (cf . rapport du

E. 12

janvier 2024 adressé à l'assureur perte de gain), que le patient ne pourrait plus assumer sa profession et qu'une réinsertion professionnelle serait probablement nécessaire (cf . rapport du 5 mars 2024), sans émettre la moindre restriction. Il a ensuite indiqué, en raison de l'évolution « pas positive » malgré le traitement conservateur, que l'intéressé pourrait

exercer une activité professionnelle à temps partiel, « probablement » à 50-70% s'il n'y avait pas d'efforts physiques à effectuer (cf . rapport du 29 avril 2024). Moins de trois mois plus tard, il a estimé, « au vu des plaintes », que la capacité de travail était limitée à deux heures par jour au maximum, que ladite capacité ne pourrait excéder 20 à 30% même dans une activité professionnelle adaptée (cf . rapport du 18 juillet 2024). Il n'a toutefois pas justifié ce changement de position, qui ne s'explique ni par le degré de gravité de l'arthrose, puisque ce médecin a expliqué que le pronostic n'était pas positif, excepté pour les gonalgies si la chirurgie était efficace (cf . rapport du 18 juillet 2024), ni par le status clinique, étant observé que contrairement à ce que soutient le recourant, ce médecin avait déjà noté des craquements des genoux d'allure arthrosique lors de la flexion et l'extension sans charge et un épanchement articulaire du genou droit (cf . rapport du 12 janvier 2024 adressé à l'assureur perte de gain). Si le médecin traitant a effectivement signalé de nouvelles limitations fonctionnelles, il y a lieu de souligner que ces dernières découlent exclusivement des douleurs rapportées, sans aucune argumentation médicale. D'ailleurs, le Dr C_____ a clairement écrit que la capacité de travail résiduelle était limitée à deux heures par jour « au vu des plaintes ». Dans ses rapports ultérieurs, il s'est limité à rappeler les diagnostics qu'il a qualifiés de « très invalidants » et les importantes douleurs relatées, mentionnant qu'il lui « semblait impossible » que l'intéressé reprenne une activité car il ne pouvait pas maintenir la marche pendant plus d'une heure, rester assis longtemps ou faire des efforts physiques (cf . rapport du 1 er octobre 2024), ce qui ne paraît toutefois pas rendre impossible l'exercice de toute activité professionnelle. D'ailleurs, ce médecin a mentionné, dans son rapport destiné à la Commission administrative de coordination des systèmes de sécurité sociale, qu'il était impossible à l'intéressé de reprendre une activité « dans le bâtiment » et que de nombreuses activités ne lui seraient pas accessibles en raison de toutes ses douleurs présentes au repos, majorées par la marche, le port de charges et les positions assises ou debout prolongées, ajoutant qu'il ne le voyait pas travailler plus de deux heures par jour (cf . rapport du 4 octobre 2024). Que de nombreuses fonctions ne soient plus accessibles au recourant n'est pas contestable. Mais on ne voit pas ce qui l'empêcherait d'exercer un métier compatible avec sa gonarthrose bilatérale sévère et ses troubles au niveau des colonnes lombaire et cervicale. À cela s'ajoute encore que le Dr D_____ a régulièrement encouragé une réinsertion professionnelle, et ce même après avoir constaté une gonarthrose sévère (cf . rapports des 31 janvier, 28 mai, 4 et 11 juillet et 23 septembre 2024). Il a notamment écrit au Dr C_____ qu'il faudrait commencer des démarches de reconversion professionnelle, car il restait au patient une dizaine d'années à travailler (cf . rapport du 23 septembre 2024). Il a certes indiqué qu'il n'était « pas sûr » que le patient pourrait exercer une autre activité à 80%, car il présentait de fortes douleurs antérieures des deux genoux, même quand il restait assis pendant des heures (cf . rapport du 23 septembre 2024). Cependant, cette appréciation n'est nullement motivée et rien ne permet de comprendre pour quel motif le recourant ne pourrait pas, comme retenu par le Dr E_____ et le SMR, exercer un métier sédentaire et léger sans port de charges de plus de 5 kg, sans marche, permettant l'alternance des positions, et ne sollicitant pas le rachis et les genoux. Le fait que le patient souffre également de gonalgies en position assise n'est pas déterminant, étant rappelé que le SMR a admis la nécessité de pouvoir alterner les positions. Dans ces conditions, l'intimé pouvait conclure, conformément aux conclusions du SMR, lequel a analysé toutes les pièces médicales figurant au dossier, que le recourant disposait d'une capacité de travail résiduelle de 80% dans une activité adaptée aux restrictions énoncées.

5.2 Reste à examiner si les rapports produits par le recourant dans le cadre de la

présente procédure sont de nature à remettre en cause ces conclusions, étant rappelé que la légalité de la décision attaquée doit s'apprécier d'après l'état de fait existant au moment où elle a été rendue et que les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative. Le rapport du 22 mai 2024 relatif à l'arthro-IRM et à l'arthroscanner du genou gauche a trait à la situation antérieure au prononcé de la décision litigieuse et doit donc être pris en considération. Ce document n'apporte toutefois aucun élément objectif propre à remettre en cause la décision puisque, comme déjà relevé, le SMR a admis les limitations fonctionnelles énoncées par les médecins traitants après qu'ils ont pris connaissance de ces examens radiologiques et ont requalifié la gonarthrose bilatérale (cf . rapports des 4 et 11 juillet 2024 du Dr D_____ et du 1 er octobre 2024 du Dr C_____). Le rapport du 7 novembre 2024 du Dr G_____ porte également sur l'état de santé du recourant avant le prononcé de la décision entreprise, de sorte qu'il convient d'en tenir compte. Ce document fait état de signes de capsulite confirmée par l'échographie et de la suspicion d'une lésion probable de la coiffe des rotateurs, soit des atteintes qui n'avaient précédemment pas été évoquées et qui ont justifié pour la première fois une consultation auprès d'un spécialiste de l'épaule. Le status clinique démontre une mobilité limitée par rapport à l'examen du Dr E_____, puisque ce dernier avait noté que l'élévation et l'abduction étaient de 180°, marquée d'un arc douloureux dès 160° du côté droit, que la rotation externe était de 60° indolore, que le testing de la coiffe des rotateurs était normal, et que la distance pouce-C7 de 25 cm, alors que le Dr G_____ a constaté une élévation antérieure à 150°, une abduction à 90°, une rotation externe active à 30°, passive à 35° et une rotation interne à D8. En outre, le Dr G_____ a noté que les douleurs étaient constamment présentes et augmentaient lors de la mobilisation, alors que l'intéressé n'avait pas relaté de telles plaintes au Dr E_____. Ces nouveaux éléments permettent de tenir pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que les troubles présentés par le recourant au niveau de son épaule gauche se sont aggravés entre la date de son examen par le Dr E_____ et le prononcé de la décision litigieuse. Le rapport du 12 mars 2025 du Dr C_____ concerne l'état de santé du recourant au moment où la décision du 11 mars 2025 a été prononcée, de sorte qu'il peut en être tenu compte. Le médecin traitant a indiqué que son patient présentait toujours des gonalgies invalidantes et des omalgies gauches, que les omalgies étaient en cours d'investigation et étaient dues, selon le chirurgien, à une tendinopathie chronique qui nécessiterait très probablement une opération, que les gonalgies, les omalgies et les lombalgies s'étaient progressivement aggravées, étaient constantes et limitaient la « mobilité » comme les « positions statiques », le périmètre de marche et les activités du quotidien, que des IRM étaient prévues pour les genoux et l'épaule gauche. Si ce document n'apporte aucun nouvel élément concernant les gonalgies et les lombalgies, il confirme en revanche l'aggravation progressive des troubles de l'épaule gauche en rapportant la nécessité d'une prochaine opération. Le recourant a également produit la lettre de sortie des HUG du 19 mai 2025 relative à son intervention de l'épaule gauche du 7 mai 2025 et un rapport de consultation du 26 août 2025 à trois mois post opératoire. Ces nouvelles pièces, qui concernent certes des faits survenus après la décision du 11 avril 2025, confirment la péjoration des troubles de l'épaule. En effet, avant sa consultation par le Dr G_____, le recourant n'avait encore suivi aucun traitement pour ses omalgies, n'avait pas été examiné par un spécialiste en orthopédie pour ces douleurs, et les dernières investigations médicales remontaient à l'échographie du mois de mai 2024. Suite à son examen par le Dr G_____, d'autres examens ont été ordonnés et ont démontré la nécessité de recourir à une ténodèse du long chef du biceps et à un débridement de coiffe

(cf . rapport des HUG du 19 mai 2025). Dans ces circonstances, il paraît hautement probable que les omalgies entraînaient des limitations fonctionnelles, même s'il a été constaté à l'entrée aux HUG que les mobilités étaient « encore conservées ». 5.3 Partant, la décision litigieuse ne tenant pas compte de l'évolution de l'état de santé du recourant jusqu'au moment où elle a été rendue, il se justifie de renvoyer le dossier à l'intimé pour instruction complémentaire. Il lui incombera de recueillir des renseignements complémentaires auprès des différents médecins consultés par l'intéressé, cas échéant de mettre en œuvre une expertise, afin de déterminer l'état de santé global du recourant, ses limitations fonctionnelles et sa capacité de gain. À cet égard, il sera encore relevé que le compte-rendu des radiographies des mains, du pied gauche, et de la cheville gauche du 10 janvier 2025 relate des douleurs des articulations interphalangiennes des deux mains, du médiotarse et du versant médial du pied et de la cheville, ce qui constitue donc de nouvelles plaintes. Les investigations ont notamment mis en exergue une arthrose modérée des articulations interphalangiennes distales des quatre derniers rayons, quelques microgéodes aux 3^e et 4^e rayons à droite et au 4^e rayon à gauche, une discrète rizarthrose bilatérale et une discrète arthrose scaphotrapézienne, troubles qui sont susceptibles d'entraîner des limitations fonctionnelles à prendre en compte dans la détermination d'une activité adaptée. Il en va de même s'agissant des constats du pied et de la cheville gauche, avec notamment une petite épine calcanéenne, un pincement articulaire métatarsophalangien de l'hallux et des remaniements dégénératifs médiotarsiens. 6. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision du 11 mars 2025 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire puis nouvelle décision. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis 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.