

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/101/2025

ATAS/195/2026

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 mars 2026

Chambre 4

En la cause

A_____

recourant

Représenté par Me Marie-Josée COSTA, avocate

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente ; Christine LUZZATTO et
Dana DORDEA, juges assesseures.**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1965, est divorcé.
- b.** Il a fait une formation d'horticulteur entre 1983 et 1984, sans diplôme, et le collège du soir entre 1984 et 1987. Il est formé dans le domaine informatique et a occupé différents emplois dans ce domaine, notamment une activité de responsable informatique à 50% entre septembre 2006 et janvier 2007. Il a également été aide-bibliothécaire à 100% (mesure cantonale). Il a été informaticien indépendant du 6 janvier 1997 au 5 mars 2018. Il a des activités de loisirs dans le domaine animalier.
- c.** Il souffre d'une cardiopathie congénitale qui a notamment conduit à une intervention en 1999 pour la pose d'une valve aortique.
- d.** Le 17 octobre 2008, le docteur B_____, généraliste, a indiqué que l'évolution de son état de santé avait été favorable après les traitements. À cause de l'anticoagulation à vie et des douleurs de l'épaule et de la nuque, il fallait éviter certains métiers et réduire le port de charges. Il n'y avait pas de restriction mentale ou psychique. Dans l'idéal, il lui faudrait travailler à 50%.
- e.** Selon un rapport établi le 13 octobre 2008 par le docteur C_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, l'assuré souffrait d'un trouble dépressif récurrent et d'un trouble de la personnalité mixte. Il était toujours en traitement depuis 2003. Le dernier contrôle avait eu lieu le 25 août 2008. Actuellement, il prenait des antidépresseurs (Sertraline).
- f.** Selon un rapport établi par son psychiatre le 19 janvier 2009, l'évolution était fluctuante. L'assuré avait parfois des épisodes dépressifs avec un effondrement de l'estime de soi et des crises suicidaires (2005 et 2007). Actuellement et depuis 2008, la situation était stabilisée sur le plan thymique. L'assuré prenait toujours des antidépresseurs.
- B.** **a.** L'assuré a demandé les prestations de l'office de l'assurance invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 17 septembre 2008.
- b.** Dans un avis du 27 novembre 2008, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a considéré qu'il n'y avait pas de limitation du point de vue physique dans les activités déjà exercées, qui étaient certainement moins physiques que d'aller sur le terrain pour observer les chauves-souris ou les oiseaux comme l'avait indiqué l'assuré. De plus, il avait pu travailler normalement durant des périodes prolongées. Actuellement, les troubles psychiques semblaient contrôlés, mais par périodes, la gravité des troubles avait pu limiter la capacité de travail.
- c.** Dans un avis du 24 février 2009, le SMR a considéré que l'assuré n'avait pas de limitations physiques pour des activités légères, du fait que la cardiopathie congénitale ne présentait pas de signes d'insuffisance cardiaque. L'état était

stabilisé depuis 2008 sur le plan psychiatrique. Sa capacité de travail était de 100% dans un poste léger ou moyen physiquement depuis au moins 1983.

d. Par décision du 4 septembre 2009, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à des mesures d'ordre professionnel et à une rente d'invalidité. Les dernières activités qu'il avait effectuées (formateur, administration réseaux et système, bureautique, employé informaticien) étaient considérées comme adaptées, car elles étaient de nature légère.

e. Le 5 mars 2018, l'assuré a subi un accident de la circulation, alors qu'il circulait à moto, lors duquel il a subi des fractures aux deux épaules, qui ont dû être opérées le 8 mars 2018.

f. Le 2 décembre 2019, le docteur D_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a vu l'assuré pour un bilan suite à sa fracture des deux humérus proximaux, survenue en mai 2018. Il avait été opéré avec une ostéosynthèse des deux côtés dont il gardait actuellement des douleurs. Il était également limité dans sa fonction, en particulier à gauche. Compte tenu du risque de nécrose aseptique qui pouvait encore survenir au cours des prochaines années, le médecin a proposé à l'assuré une ablation du matériel d'ostéosynthèse avec libération capsulaire et éventuellement reprise chirurgicale des lésions de la coiffe s'il y avait lieu de le faire. L'assuré était informé que cette intervention ne permettrait pas de garantir la disparition totale des douleurs et qu'elle permettrait surtout de simplifier la prise en charge en cas d'apparition d'une nécrose.

C. a. L'assuré a formé une nouvelle demande de prestations à l'OAI le 24 janvier 2024 en raison d'une incapacité de travail de 50% du 31 mai 2017 au 4 mars 2018 et de 100% du 5 mars 2018 au 24 janvier 2024. Son atteinte à la santé était liée à un problème cardiaque majeur et à un accident de la circulation du 5 mars 2018. Il souffrait encore d'asthme, d'hypertension artérielle et de dépression. Il avait des problèmes de sommeil depuis la pose de la valve aortique, en raison d'un cliquetis permanent et handicapant. Il lui était impossible de porter des charges, même légères. Il avait des douleurs permanentes aux épaules qui l'handicapaient pour tous les gestes de la vie quotidienne (hygiène, habillage).

b. Selon un « Protocole premier entretien téléphonique pour indépendant » du 7 février 2024, l'assuré était âgé de 58 ans. Entre septembre 2006 et janvier 2007, il avait été responsable informatique. Il indiquait être informaticien depuis 1997. Il avait suivi des cours du soir et obtenu une certification Microsoft. Selon le compte individuel, il avait versé la cotisation minimum pour les indépendants depuis 2011. Il avait une société individuelle, non-inscrite au registre du commerce, dans le cadre de laquelle il installait notamment des ordinateurs, des connexions internet, des imprimantes, réparait des ordinateurs en changeant les composants, installait des programmes Windows et effectuait des mises à jour. Depuis qu'il était indépendant, il ne travaillait pas à 100% par faute de clients. Il s'agissait en particulier de personnes âgées. Son tarif horaire était de CHF 60.-. Il

avait arrêté progressivement son activité habituelle. À ce jour, il aidait des gens de temps en temps de manière bénévole (une heure par mois au grand maximum). Il pouvait leur donner des conseils pour l'achat d'un matériel ou d'un logiciel. Il avait recherché une autre activité sans succès. Il indiquait ne plus pouvoir exercer et qu'il était trop âgé pour trouver un emploi sur le marché. Il vivait avec une personne qui était à ce jour à la retraite. Elle gagnait bien sa vie en tant qu'assistante sociale. Dans ce contexte, il était conclu qu'il convenait d'instruire le dossier de manière usuelle.

c. Le 14 février 2024, le docteur E_____, spécialiste en cardiologie, a indiqué que la cardiopathie valvulaire de l'assuré était stable depuis 2008. En 2017, il avait été nécessaire de lui implanter un stimulateur cardiaque. Il y avait un bon pronostic sur le plan cardiovasculaire. Les limitations fonctionnelles étaient une dyspnée à l'effort liée aux gradients transprothétiques discrètement augmentés et à la stimulation ventriculaire par le stimulateur cardiaque. La capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était de 50% en raison de la cardiopathie sous-jacente.

d. Dans un rapport du 13 mai 2024, le docteur F_____ a indiqué à l'OAI qu'il suivait l'assuré depuis le 1^{er} novembre 2023. Il le voyait une fois par mois. Précédemment, celui-ci était suivi par le docteur G_____. L'assuré avait été totalement incapable de travailler du 6 mars 2018 au 17 mars 2019. Les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail étaient une valve mécanique aortique anticoagulée, une ostéosynthèse des deux têtes humérales pour fracture bilatérale, un trouble dépressif de l'humeur, un trouble du sommeil, une suspicion de IAMI. L'assuré pouvait travailler six heures par jour dans l'activité habituelle. Les limitations étaient, sur le plan physique, une intolérance à l'effort en raison des problèmes cardiaques et une douleur chronique des épaules. Il était également limité dans sa tolérance au stress en raison d'insomnie. Son atteinte à la santé l'empêchait également d'exercer une activité professionnelle compatible avec les limitations précitées, en raison de la douleur et de l'impotence fonctionnelle sévère des deux épaules. L'assuré était dépendant d'aide externe pour la plupart des actes de la vie quotidienne (compagne ou dame de ménage). Il était indépendant pour les soins de base (douche, habillage et prise de repas).

Il ne pouvait pas conduire un véhicule et il serait très compliqué de conduire une moto. Le pronostic était mauvais s'il n'y avait pas une amélioration de la douleur et des limitations fonctionnelles des épaules. L'assuré était en mesure de suivre une mesure de réadaptation professionnelle. Il était volontaire et motivé.

e. Le 28 mai 2024, le docteur H_____, du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux universitaires de Genève, a indiqué que les restrictions fonctionnelles découlant de l'atteinte de l'assuré étaient des douleurs et une diminution des amplitudes de l'épaule plus à gauche qu'à droite.

f. Par projet de décision du 2 octobre 2024, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Son statut était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle. À l'issue de l'instruction médicale, il présentait une incapacité de travail de 100% dans son activité habituelle dès le 5 mars 2018 (début du délai d'attente d'un an). En revanche, dans une activité adaptée, sa capacité de travail était de 75% dès le 5 septembre 2018. Il ressortait de la comparaison des gains effectuée que son taux d'invalidité était de 33%, ce qui ne lui ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées dans sa situation, car son activité habituelle demeurait exigible. Des mesures professionnelles n'étaient pas de nature à réduire le dommage.

g. Par décision du 29 novembre 2024, l'OAI a confirmé son projet de décision, considérant, sur la base d'un avis du SMR, que les éléments apportés dans le cadre de l'audition n'étaient pas susceptibles de modifier son appréciation.

D. a. Le 14 janvier 2025, l'assuré, assisté d'un conseil, a formé recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) contre la décision précitée, concluant, préalablement, à ce qu'une expertise médicale judiciaire soit ordonnée pour se prononcer sur son état de santé et sa capacité de travail exigible et, principalement, à l'annulation de la décision du 29 novembre 2024 et à l'octroi d'une rente d'invalidité, avec suite de dépens. Subsidiairement, il concluait au renvoi de la cause à l'intimé pour mise en place de mesures d'ordre professionnel, fixation du degré d'invalidité et nouvelle décision, et plus subsidiairement encore, au renvoi à l'intimé pour expertise médicale.

b. Le 28 mars 2025, le recourant a produit un rapport établi à sa demande le 17 mars 2025 par le docteur I_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel concluait que l'activité d'informaticien n'était plus exigible de lui, car il ne pouvait notamment plus travailler au clavier ou avec une souris. Le Dr I_____ ne voyait pas quelles professions respecteraient de façon stricte les limitations fonctionnelles du recourant. Si une telle activité existait, la capacité de travail serait de 40% au maximum, sur un taux étalé dans la semaine et avec des pauses, avec la mise à disposition d'une chaise et d'un appui adapté pour ses deux membres supérieurs. Aucun rendement fixe ne devait être attendu.

c. Par réponse du 21 mai 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours, sur la base d'un avis du SMR du 7 avril 2025.

d. Par réplique du 24 juin 2025, le recourant a développé son argumentation et persisté dans ses conclusions.

e. Par duplique du 16 juillet 2025, l'intimé a également persisté dans ses conclusions.

f. Les parties ont été entendues par la chambre de céans le 19 novembre 2025.

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 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

2. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'intimé.

3. 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 (*cf.* ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1er janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt six mois après le dépôt de la demande de prestations du 24 janvier 2024 (art. 29 al. 1 LAI), de sorte que sont applicables au litige les dispositions légales dans leur nouvelle teneur.

4.

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).

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).

Une rente 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 (art. 28 al. 1^{bis} LAI).

Selon la jurisprudence, si l'assuré peut prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité, l'allocation d'une rente d'invalidité à l'issue du délai d'attente (*cf.* art. 28 al. 1 LAI) n'entre en considération que si l'intéressé n'est pas, ou pas encore, susceptible d'être réadapté professionnellement en raison de son état de santé (principe dit de la priorité de la réadaptation sur la rente ; ATF 121 V 190 consid. 4c). La preuve de l'absence de capacité de réadaptation comme condition à l'octroi d'une rente d'invalidité doit présenter un degré de vraisemblance prépondérante. Dans les autres cas, une rente de l'assurance-invalidité ne peut être allouée avec effet rétroactif que si les mesures d'instruction destinées à démontrer que l'assuré est susceptible d'être réadapté ont révélé que celui-ci ne l'était pas (ATF 121 V 190 consid. 4d ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_559/2021 du 14 juillet 2022 consid. 2.2 et les références).

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

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).

4.2 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 l'art. 54a 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 (al. 3).

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].

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).

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).

4.3 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).

5. En l'espèce, le recourant a fait valoir que la décision reposait uniquement sur l'appréciation du SMR, qui n'avait aucune valeur probante et qui était contredite par les éléments du dossier.

Le SMR retenait que le recourant disposait d'une capacité de travail de 75% dès le 5 septembre 2018. Cette date avait été fixée en prenant en compte uniquement l'écoulement de six mois après les interventions. Or, en décembre 2019, le

Dr D_____ avait relevé que l'échographie montrait une atteinte partielle de la coiffe, non transfixiante des deux côtés, du côté gauche avec une lésion profonde du sus-épineux et une bursite. Du côté droit, il y avait une lésion de la face bursale du sous-scapulaire et une lésion profonde du sus-épineux, avec également une bursite sous-acromiale. Il préconisait une intervention. Le SMR n'avait pas pris en compte ce rapport. Il en résultait qu'il n'était pas capable de travailler à 75% en septembre 2018. Sa situation n'était clairement pas stabilisée et d'importantes atteintes avait été constatées plus d'une année après. Il était prévu qu'il se fasse examiner par un spécialiste orthopédiste, cependant, compte tenu de la période de fin d'année, cet examen n'avait pas encore pu avoir lieu.

L'intimé a fait valoir que le rapport final du SMR du 18 juillet 2024 reprenait la position des médecins traitants du recourant, qui indiquaient une capacité de travail de six heures par jour dans l'activité habituelle d'informaticien. En effet, le médecin traitant avait retenu le 13 mai 2024 une capacité de travail de six heures au vu des limitations des efforts physiques liées aux problèmes cardiaques et aux douleurs des deux épaules de l'assuré ainsi que de ses insomnies. Il indiquait que le recourant était dépendant pour les activités de la vie quotidienne mais indépendant pour les soins de base. Le Dr H_____ avait également indiqué des limitations fonctionnelles en lien avec une baisse d'amplitudes et des douleurs présentes aux épaules, sans se prononcer sur la capacité de travail. La note téléphonique du 27 septembre 2024 laissait également penser que la considération du médecin traitant sur la capacité de travail de 75% reflétait effectivement son appréciation impartiale. En ce qui concernait le rapport du Dr D_____, les éléments évoqués entraînaient les mêmes limitations fonctionnelles déjà retenues par le SMR et l'intervention préconisée n'avait pas eu lieu selon les pièces au dossier.

Dans son avis du 18 juillet 2024, le SMR a notamment relevé que l'assuré n'avait aucun suivi psychiatrique spécialisé actuellement. Il a conclu, sur la base des rapports médicaux au dossier, en particulier celui établi le 13 mai 2024 par le médecin généraliste du recourant, le Dr F_____, que la capacité de travail du recourant était de 75% dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, en raison des séquelles douloureuses des épaules, au plus tôt six mois après les opérations des épaules, soit dès septembre 2018.

Il faut relever que le SMR n'a ainsi pas totalement suivi les conclusions du Dr F_____, qui avait retenu que le recourant avait été totalement incapable de travailler du 6 mars 2018 au 17 mars 2019, en se référant à plusieurs diagnostics (valve mécanique aortique anticoagulée ; trouble dépressif de l'humeur notamment), et pas seulement aux suites de l'ostéosynthèse des deux têtes humérales pour la fracture bilatérale.

Selon le Dr F_____, les limitations fonctionnelles étaient une intolérance à l'effort en raison des problèmes cardiaques, des douleurs chroniques des épaules

droite et gauche, une « tolérance » (sic) au stress. Pour sa part, le SMR n'a retenu comme limitations que les séquelles douloureuses aux épaules.

L'avis du SMR est ainsi contredit par le rapport du Dr F_____ du 13 mai 2024, dont le SMR s'est éloigné sans motivation convaincante, fixant la fin de l'incapacité totale de manière théorique dès septembre 2018, soit à six mois après l'opération, sans examen du recourant, ni discussion de l'avis contraire du Dr F_____, qui retenait une incapacité complète plus longue, soit jusqu'au 17 mars 2019.

Le rapport établi le 1^{er} novembre 2024 par le Dr F_____ remet également en cause les conclusions du SMR, dès lors qu'il indiquait que le recourant avait une capacité de travail nettement inférieure à celle retenue par l'intimé dans son projet de décision, en précisant que celle-ci était impactée par la pathologie cardiaque, car le bruit de la valve mécanique était une source de dérangement et de troubles du sommeil, qui nuisaient significativement aux performances cognitives du recourant. Ce dernier souffrait également d'une symptomatologie dépressive qui l'affectait dans sa vie sociale, relationnelle et professionnelle.

Le rapport du Dr I_____, même s'il a été établi sur demande du recourant, contient une anamnèse et repose sur un examen clinique du recourant, de sorte qu'il n'est pas dénué de force probante. Si celle-ci n'apparaît pas suffisante pour trancher le litige, elle l'est assez pour remettre en cause les conclusions du SMR, dès lors que le Dr I_____ retenait une capacité de travail de 40% dans une activité adaptée.

La capacité de travail retenue par le SMR est également remise en cause par le rapport établi le 14 février 2024 par le Dr E_____, selon lequel la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était de 50% en raison de la cardiopathie sous-jacente.

Il résulte de ce qui précède qu'une instruction complémentaire doit être ordonnée par le biais d'une expertise indépendante pluridisciplinaire.

La cause sera en conséquence renvoyée à l'intimé pour la mise sur pied d'une expertise indépendante, avec un volet en chirurgie orthopédique, un volet en cardiologie et un volet en psychiatrie.

- 6.** Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision querellée sera annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire.

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- 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 :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 29 novembre 2024.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, au sens des considérants.
5. Alloue une indemnité de CHF 2'500.- au recourant, à la charge de l'intimé.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Janeth WEPF

Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le