

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1060/2024

ATAS/586/2025

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 13 août 2025

Chambre 4

En la cause

A _____

recourant

représenté par M^e SANT'ANA LIMA Liza, avocate

contre

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

intimé

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

EN FAIT

- A.**
- a.** A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1968, a été employé comme nettoyeur par B_____ et, à ce titre, assuré auprès de la SUVA caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents (ci-après : la SUVA) contre les accidents.
 - b.** Le 6 mars 2018, l'assuré a été victime d'un accident professionnel. Selon la déclaration de sinistre du 12 mars 2018, il a fait une glissade sur la neige et subi une contusion à la jambe gauche. Il a été en arrêt de travail à 100% dès le 7 mars 2018.
 - c.** Par courrier du 16 mars 2018, la SUVA a pris en charge les suites de l'accident et reconnu à l'assuré le droit à une indemnité journalière.
 - d.** L'assuré a repris le travail le 16 avril 2018, puis a été à nouveau en incapacité de travail à 100% dès le 26 avril 2018.
- B.**
- a.** Le 13 décembre 2018, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé).
 - b.** L'assuré a fait l'objet d'infiltrations lombaires les 4 avril et 8 mai 2018 et il a été opéré le 5 octobre 2018 pour une hernie discale L5-S1 par le docteur C_____, spécialiste en neurochirurgie.
 - c.** Le 5 février 2019, le Dr C_____ a informé l'OAI que les restrictions fonctionnelles de l'assuré qui découlaient de son atteinte orthopédique et ayant un impact sur la capacité de travail étaient : la position debout prolongée, le port de charges lourdes de plus de 10 kg et la torsion du dos. Sa capacité de travail dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles deux mois après la chirurgie était de 50%, puis de 100% (reprise selon évolution). Le médecin s'en référait toutefois au médecin traitant sur cette question.
 - d.** Dans un rapport du 7 février 2019, le Dr C_____ a indiqué, suite à une consultation de l'assuré du même jour, qu'il y avait une évolution favorable d'une lombosciatalgie gauche à plus de trois mois après la chirurgie de hernie discale L5-S1 gauche.
 - e.** Dans un rapport du 8 avril 2019, le docteur D_____, médecin généraliste, a indiqué à l'OAI que la capacité de travail exigible de l'assuré était de 0% dans l'activité habituelle de nettoyeur et pourrait être de 50% dans une activité adaptée, à réévaluer. Les facteurs qui faisaient obstacle à une réadaptation étaient le peu de formation et l'âge du recourant. Les limitations fonctionnelles étaient les flexions répétées du tronc et le port de charges de plus de 10 kg. Les longues marches étaient assez limitées.
 - f.** Dans un rapport du 8 mai 2019, le Dr D_____ a indiqué que l'assuré souffrait de lombalgies chroniques et qu'il était totalement incapable de travailler dans son

activité habituelle. Un travail à temps partiel ne lui paraissait pas possible. Le pronostic était réservé, l'assuré ayant des douleurs de dos chroniques.

g. Le 25 juillet 2019, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a estimé qu'il ressortait des documents du dossier, que la capacité de travail de l'assuré était définitivement nulle dans l'ancienne activité de nettoyeur depuis le 6 mars 2018, de 50% dans une activité adaptée à partir du 5 décembre 2018 et de 100% dès le 7 février 2019.

h. Par décision du 10 octobre 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Celui-ci avait été incapable de travailler à 100% dans son activité habituelle dès le 6 mars 2018 (début du délai d'attente d'un an), mais dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail était de 50% dès le 5 décembre 2018, puis de 100% dès le 7 février 2019. À l'issue du délai d'une année, soit au 6 mars 2019, son taux d'invalidité se calculait sur la base d'un revenu sans invalidité de CHF 54'154.- et d'un revenu avec invalidité de CHF 67'430.-, ce qui donnait un taux d'invalidité nul, qui n'ouvrait pas à l'assuré le droit à une rente. D'autres mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires dans sa situation.

i. Le 2 juillet 2020, le Dr C_____ a procédé à une nouvelle intervention chirurgicale pour décompression du récessus L3-L4 gauche et hernie discale avec décompression de la racine L4 gauche, en raison de ses cruralgies gauches déficitaires sur hernie discale L3-L4 gauche.

j. Saisie d'un recours de l'assuré contre la décision du 10 octobre 2019, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) l'a rejeté par arrêt du 24 mars 2021 (ATAS/255/2021), relevant que l'éventuelle aggravation de l'état de santé de l'assuré, en lien avec son opération du 2 juillet 2020, n'était intervenue qu'après la décision querellée et qu'il n'y avait pas lieu d'en tenir compte.

C. a. Le 15 avril 2021, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, faisant valoir une détérioration de son état de santé à la suite de la décision du 10 octobre 2019.

b. Le 19 avril 2021, l'OAI a reçu un certificat médical établi le 19 février 2021 par le Dr D_____, selon lequel l'assuré était toujours en incapacité totale de travail à la suite de son accident du 6 mars 2018.

c. Le 20 avril 2021, l'OAI a informé l'assuré qu'il lui appartenait de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la date de la première décision. À défaut, une décision de non entrée en matière serait rendue.

d. Le 12 mai 2021, l'OAI a reçu de l'assuré :

- un rapport du 5 mai 2021 de E_____, physiothérapeute, qui indiquait suivre l'assuré depuis 2019 et que ses douleurs avaient empiré. Elles l'empêchaient d'accomplir plusieurs tâches de la vie courante et d'exercer sa profession. Il

serait très compliqué pour lui de trouver un poste adapté, car il ne pouvait pas porter d'objets lourds, ni se pencher ou tourner son tronc facilement sans avoir de douleurs incapacitantes, de plus la position assise plus de trente minutes était difficile. Il devait donc changer régulièrement de position et éviter de porter des poids.

- un rapport établi le 7 mai 2021 par le docteur F_____, spécialiste en neurochirurgie, qui indiquait que l'assuré était connu pour avoir subi trois chirurgies lombaires à des segments différents. Il se plaignait d'une hypoesthésie crurale gauche, ainsi que de lâchages au niveau du genou gauche, avec une douleur lombaire axiale sans irradiation qui se manifestait seulement le jour, particulièrement lors des changements de position, avec une difficulté à se redresser. La douleur était soulagée momentanément par la physiothérapie. La nouvelle IRM lombaire réalisée le 5 mai 2021 mettait en évidence une discarthrose étagée et une amélioration du signal inflammatoire aigu en L4-L5 et L5-S1. Il n'y avait pas de nouvelle indication chirurgicale, le traitement restant conservateur avec une médication à la demande et surtout en poursuivant des exercices rachidiens réguliers.

e. Dans un avis du 28 janvier 2022, le SMR a retenu qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'appréciation du Dr F_____ et que la situation était inchangée depuis la dernière décision de l'OAI.

f. Par décision du 2 mai 2022, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assuré du 15 avril 2021, à défaut pour lui d'avoir rendu plausible que sa situation s'était notablement modifiée.

g. Le 2 juin 2022, l'assuré a interjeté recours auprès de la chambre de céans contre cette décision, concluant, en substance, à ce que l'intimé évalue son état de santé et faisant valoir que son médecin traitant lui avait dit qu'il était handicapé et qu'il n'y avait rien à faire.

h. Par arrêt du 23 novembre 2022 (ATAS/1019/2022), la chambre de céans a annulé la décision de l'OAI du 2 mai 2022 et renvoyé la cause à ce dernier pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande du recourant, considérant qu'il existait suffisamment d'indices d'une aggravation de l'état de santé du recourant depuis la décision du 10 octobre 2019.

i. Le 16 mai 2023, le Dr D_____ a indiqué à l'OAI que malgré plusieurs interventions chirurgicales, il n'y avait pas d'amélioration du problème lombaire de l'assuré, voire même une péjoration. Les dernières consultations dataient du 14 mars et du 19 avril 2023. Les limitations fonctionnelles étaient les gros efforts physiques, soulever des poids de plus de 10 kg, les flexions/torsions fréquentes du tronc et le travail « posté » et/ou dans le froid. Le médecin ne voyait pas quelle activité professionnelle pourrait être adaptée aux limitations de l'assuré, car il avait trop de limitations. La station assise longtemps était également mal tolérée, ce qui avait obligé l'assuré à interrompre un stage professionnel, proposé par

l'OAI en 2022. Le traitement était de la physiothérapie, AINS, analgésiques et myorelaxants. L'assuré avait subi plusieurs infiltrations lombaires.

j. L'OAI a reçu, le 24 mai 2023, un avis de l'OCE lui indiquant que l'assuré avait été au bénéfice d'un délai-cadre du 4 mars 2022 au 2 mars 2024 pour une activité recherchée à 100% et qu'il avait reçu les PCM (prestations en cas de maladie) du 11 juillet au 15 novembre 2022, sur la base des certificats du Dr D_____. Celui-ci avait attesté :

- le 8 mars 2022, d'une incapacité totale de travail de l'assuré du 7 mars 2018 au 28 février 2022 et une capacité de travail entière dès le 1^{er} mars 2022 dans une activité sans gros efforts physiques, port de charges de plus de 20 kg, positions accroupies ni flexions répétées du tronc ;
- le 10 juin 2022, d'une incapacité de travail totale dès le 9 juin précédent, et à 50% du 1^{er} au 8 juin 2022 ;
- et le 18 juillet 2022, d'une incapacité totale dès le 9 juin 2022.

k. Dans un rapport établi le 2 juin 2023, le Dr F_____ a indiqué avoir vu l'assuré pour la dernière fois le 5 mai 2021. Sa capacité de travail était de 0% depuis mars 2018 et une reconversion dans une activité adaptée était à tenter.

l. Dans un avis du 8 août 2023, le SMR, a indiqué, après avoir résumé les pièces principales du dossier, qu'en l'état actuel du dossier, il n'y avait pas de document attestant d'un stage professionnel proposé par l'OAI et que l'assuré aurait dû interrompre à cause d'une station assise prolongée mal tolérée. Les limitations fonctionnelles retenues par le généraliste traitant dans ses rapports du 8 mars 2022 et du 16 mai 2023 étaient quasi similaires. Les minimales différences dans l'appréciation des limitations fonctionnelles n'étaient pas susceptibles de modifier son appréciation de la capacité de travail du 8 mars 2022, à savoir une capacité de travail de 100 % dès le 1^{er} mars 2022. Par ailleurs, il ressortait du rapport de l'OCE du 17 mai 2023 que l'assuré recherchait une activité à 100%. En conséquence, le SMR considérait que la capacité de travail était nulle dès le 2 juillet 2020 dans toute activité en lien avec la dernière intervention neurochirurgicale et les suites post opératoires et l'activité habituelle de nettoyeur n'était toujours pas adaptée aux limitations fonctionnelles. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était pleine dès le 1^{er} mars 2022, référence faite au certificat médical établi le 8 mars 2022 par le Dr D_____.

En conclusion, l'état de santé s'était aggravé le 2 juillet 2020 après la dernière décision sur le fond. L'assuré souffrait principalement de lombalgies mécaniques chroniques, d'une hypoesthésie séquellaire au niveau crural gauche, sans parésie franche, d'une discarthrose étagée sans récurrence de conflit ni complications post opératoire à l'IRM du 5 mai 2021. Il y avait un status post chirurgie pour hernie discale L4-L5 gauche au Portugal en 1997, L5-S1 gauche le 4 octobre 2018 puis L3-L4 gauche le 2 juillet 2020.

L'assuré était totalement incapable de travailler comme nettoyeur dès le 2 juillet 2020. Dans une activité adaptée, il avait été capable de travailler à 100% dès le 2 juillet 2020 et il était capable de travailler à 100% dès le 1^{er} mars 2022. Les limitations fonctionnelles étaient : éviter les activités physiques, la position debout prolongée, soulever des poids de plus de 10 kg, les flexions/torsions fréquentes du tronc, le travail dans le froid. Il fallait privilégier les activités légères, sédentaires, avec la possibilité de modifier la position assis/debout.

m. Par projet de décision du 30 août 2023, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2021 au 31 mai 2022 sur la base d'un degré d'invalidité de 100%. Dès le 1^{er} juin 2022, le droit à la rente était supprimé.

n. Le 2 octobre 2023, le recourant, assisté d'un conseil, a fait opposition au projet de décision, faisant valoir que son état de santé ne présentait pas d'amélioration. Au contraire, la situation était stabilisée avec des limitations fonctionnelles probablement irréversibles. Son état de santé s'était aggravé suite à l'opération du 2 juillet 2020. L'arrêt de la chambre des assurances sociales du 23 novembre 2022 l'avait relevé, faisant état de ses douleurs au niveau lombaire. Malgré cette opération, de nombreux médecins, intervenus dans l'instruction du dossier, avaient attesté du fait que l'assuré souffrait toujours d'un certain nombre de douleurs incommodes qui ne permettaient pas l'exercice d'une activité. Il souffrait en effet d'intenses douleurs dans le dos, les fesses et les jambes. L'assuré se référait au rapport du Dr D_____ et à ceux de sa physiothérapeute, E_____.

o. Dans un rapport du 7 novembre 2023, le SMR a relevé que les limitations fonctionnelles retenues par la physiothérapeute du recourant concordaient avec les limitations fonctionnelles qu'il avait retenues le 8 août 2023. Par ailleurs, celle-ci décrivait des douleurs mécaniques incapacitantes déclenchées par la flexion/torsion du tronc, des mouvements faisant partie des limitations fonctionnelles retenues par le SMR, une hypoesthésie séquellaire au niveau crural gauche sans parésie franche (« il a perdu beaucoup au niveau de sa force globale surtout du membre inférieur, du dos et des abdominaux »). Elle décrivait un manque de force du membre inférieur gauche et au niveau lombaire après la première intervention du « 05.20.2018 ». Après la deuxième intervention du 2 juillet 2020, elle « ne mentionnait un manque de force globale surtout du membre inférieur, du dos et des abdominaux ». Le Dr F_____ confirmait dans son rapport du 2 juin 2023 que cliniquement il y avait une hypoesthésie devant la cuisse gauche et un lâchage à l'appui monopodal sans parésie franche.

L'assuré relevait justement que le Dr F_____ dans son rapport du 2 juin 2023 mentionnait qu'il n'existait pas de nouvelle indication chirurgicale suite à la consultation et le bilan paraclinique du 5 mai 2021, que le traitement restait conservateur avec une médication à la demande et surtout en poursuivant des exercices rachidiens réguliers.

Toutefois, les difficultés que présentait l'assuré de rester assis plus de trente minutes pouvaient entraîner une fréquence plus élevée de changement de position assis/debout.

Au vu de ce qui précédait, le SMR considérait que les pièces médicales versées au dossier n'apportaient pas d'élément médicaux nouveau. Malgré cela, il était en mesure d'admettre en terme de capacité fonctionnelle une baisse de rendement de 20% en lien avec les douleurs et le besoin de changer régulièrement de position assis/debout. Il retenait en conséquence une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée dès le 1^{er} mars 2022 par baisse de rendement de 20% sur un taux de 100%.

p. Selon un avis de la permanence réadaptation du 12 décembre 2023, le degré d'invalidité s'élevait à 6% dès 2022 puis 15% dès janvier 2024 en application de la déduction forfaitaire. La condition économique pour l'octroi du reclassement n'était pas remplie. Compte tenu de la situation de l'assuré, à savoir sa capacité de travail et les limitations fonctionnelles, son parcours professionnel et les gains réalisés, il apparaissait que des mesures n'étaient pas indiquées. Au vu du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrait le marché du travail en général – et le marché du travail équilibré en particulier – on devait admettre qu'un nombre significatif d'entre elles ne nécessitant aucune formation spécifique étaient adaptées aux limitations fonctionnelles de celui-ci. À titre d'exemple, on pouvait citer des exemples de tâches simples de surveillance, de vérification, de contrôle, de travail à l'établi (conditionnement léger) ou encore des activités d'accueil.

Il convenait encore de rappeler que les facteurs tels que le manque de formation scolaire, l'âge ou les problèmes de langue étaient étrangers à l'invalidité et ne pouvaient être pris en compte.

q. Par décision du 28 février 2024, l'OAI a maintenu sa décision d'octroyer à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2021 au 31 mai 2022. Il était toujours incapable de travailler à 100% dans son activité habituelle de nettoyeur et son atteinte à la santé s'était aggravée le 2 juillet 2020 entraînant une totale incapacité de travail de 100%.

Après lecture et analyse des nouvelles pièces médicales transmises par l'assuré, l'OAI admettait qu'il avait une capacité de travail de 100% avec une baisse de rendement de 20% dans une activité adaptée dès le 1^{er} mars 2022. À partir de cette date, une capacité de travail de 80% était retenue dans une activité adaptée. Il en résultait un degré d'invalidité de 5.99%, qui ne lui ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité.

Il n'avait pas non plus droit à un reclassement professionnel, ni à des mesures professionnelles.

D. a. Le 28 mars 2024, l'assuré a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice concluant, préalablement,

à ce qu'une expertise soit ordonnée pour établir sa capacité de travail dans une activité adaptée et, principalement, à l'annulation de la décision du 28 février 2024 et à l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} juin 2022, avec suite de frais et dépens.

Il a produit :

- des certificats médicaux établis par le Dr D_____ en 2023 et 2024 ;
- un rapport de radiographie du bassin établi le 15 janvier 2024 à l'intention de G_____, au motif que depuis cinq jours, le recourant souffrait d'une douleur « atraumatique » de la hanche gauche avec une douleur à la palpation du grand trochanter, à la recherche d'arthrose, et concluant qu'il n'avait pas été observé de lésion ostéoarticulaire post-traumatique aiguë visible, mais une coxarthrose bilatérale marquée avec déformation de la tête fémorale ;
- et un rapport de physiothérapie établie par E_____ le 23 mars 2024, dont il ressort que le recourant avait toujours des douleurs lombaires après ses deux opérations. Depuis début janvier 2024, ses douleurs à la jambe gauche avaient augmenté de façon significative. Selon le dernier examen radiographique, sa situation s'était péjorée avec une évolution vers une coxarthrose de stade avancé. Les douleurs présentes l'empêchaient de faire plusieurs tâches de la vie courante. Il ne pouvait plus exercer sa profession. Il lui serait certainement difficile de trouver un poste adapté car il ne pouvait pas porter d'objets lourds, ni se pencher ou tourner son tronc facilement sans avoir des douleurs incapacitantes. C'était difficile pour lui de rester assis plus de 30 minutes, il devait changer de position régulièrement et ne pouvait marcher sur de longues distances.

b. Par réponse du 13 mai 2024, l'intimé a conclu, sur la base d'un avis du SMR du 29 avril 2024, au rejet du recours, considérant avoir suffisamment instruit le dossier.

Dans l'avis précité, le SMR relevait la présence de nouveaux éléments médicaux, à savoir la présence de douleurs au niveau de la hanche gauche dès janvier 2024 dans le contexte d'une coxarthrose bilatérale marquée avec déformation de la tête fémorale. Le SMR remarquait que l'appréciation médicale de la Dre G_____, qui avait demandé le bilan radiologique en rapport avec ces douleurs de hanche, ne figurait pas au dossier. En conséquence, il considérait n'être pas en mesure de se prononcer sur la présence ou pas d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré de manière notable et durable dès janvier 2024, étant donné qu'en l'état actuel du dossier, il n'y avait pas de comparatif radiologique des hanches précédant le bilan du 13 janvier 2024 et que l'appréciation médicale des médecins des HUG concernant l'atteinte au niveau des hanches du recourant n'était pas versée au dossier. Le SMR n'était ainsi pas en mesure d'admettre une modification de ses conclusions du 7 novembre 2023.

c. Par réplique du 3 juin 2024, le recourant a relevé que l'intimé, en s'appuyant sur l'avis du SMR du 29 avril 2024, admettait la présence de nouveaux éléments médicaux. De façon surprenante, ce dernier indiquait ne pas être en mesure de se prononcer sur la présence ou non de l'aggravation de l'état de santé du recourant de manière notable et durable dès janvier 2024, car il n'avait pas pris connaissance des pièces médicales des HUG, qui n'avaient pas été versées au dossier.

Il en ressortait que son dossier n'avait effectivement pas été instruit. Il était choquant et déontologiquement impossible que le SMR puisse prendre position sur la présence ou non de l'aggravation de l'état de santé du recourant sans disposer de son historique médical pour pouvoir la constater. En conséquence, le recourant persistait dans sa demande d'expertise qui était nécessaire.

d. Le recourant a été entendu par la chambre de céans le 15 janvier 2025.

e. Le 12 février 2025, le recourant a demandé à la chambre de céans d'ordonner à la Dre G_____ d'établir un rapport sur son hospitalisation du mois de janvier 2024, car celle-ci n'avait pas répondu à sa demande en ce sens, et il a produit :

- un rapport établi le 17 janvier 2025 par le Dr D_____ indiquant que le recourant avait commencé à souffrir de coxalgies gauches de plus en plus invalidantes depuis fin 2024. Les radiographies effectuées avaient révélé une coxarthrose avancée pour laquelle un remplacement prothétique était à prévoir à terme. Cette nouvelle pathologie avait été diagnostiquée en janvier 2024 et s'ajoutait à la problématique dégénérative lombaire du recourant ;
- un rapport IRM de la hanche gauche du 21 janvier 2025 ;
- un rapport de radiographie du bassin de face du 21 janvier 2025 ;
- ainsi que son courrier à la Dre G_____.

f. Le 5 mars 2025, l'intimé a confirmé qu'en l'état actuel du dossier, il n'était pas en mesure d'admettre une modification de ses conclusions du 7 novembre 2023.

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 à une rente entière dès le 1^{er} juin 2022.

3.

3.1 Dans le cadre du développement continu de l'AI, la LAI, le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) et l'art. 17 LPGA notamment ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (modifications des 19 juin 2020 et 3 novembre 2021 ; RO 2021 705 et RO 2021 706).

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 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).

3.2 Dans les cas de révision selon l'art. 17 LPGA, conformément aux principes généraux du droit intertemporel (*cf.* ATF 144 V 210 consid. 4.3.1), il convient d'évaluer, selon la situation juridique en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, si une modification déterminante pour le droit à la rente est intervenue jusqu'à cette date. Si tel est le cas, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables. Si la modification déterminante est intervenue après cette date, les dispositions de la LAI et du RAI dans leur version en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2022 sont applicables. La date de la modification se détermine selon l'art. 88a RAI (arrêts du Tribunal fédéral 8C_55/2023 du 11 juillet 2023 consid. 2.2 ; 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

En l'occurrence, le droit à la rente du recourant est né antérieurement au 1^{er} janvier 2022, le 1^{er} octobre 2021, et s'est éteint le 31 mai 2022. La question litigieuse est de savoir si un motif de révision est survenu, après le 1^{er} janvier 2022, de sorte que les dispositions applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

4.

4.1 Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA, applicable par analogie (ATF 148 V 321 consid. 7.3.1 ; 145 V 209 consid. 5.3 et les références ; 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais

aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2).

4.2 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 vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

4.3 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. 28a al. 1 LAI).

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).

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 (*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).

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.

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 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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, 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 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 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 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

4.4 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.

5.1 En l'espèce, l'intimé a rendu la décision litigieuse en se fondant sur un avis du SMR du 8 août 2023, qui retenait une capacité de travail du recourant de 100% dans une activité adaptée dès le 1^{er} mars 2022, sur la base du certificat médical établi le 8 mars 2022 par le Dr D_____. Celui-ci indiquait que le recourant avait été totalement incapable de travailler du 7 mars 2018 au 28 février 2022 et qu'il était totalement capable de travailler dès le 1^{er} mars 2022 dans une activité sans gros efforts physiques, port de charges de plus de 20 kg, positions accroupies ni flexions répétées du tronc.

Cette conclusion du SMR est critiquable, car il n'a pas tenu compte, sans motivation, des certificats postérieurs du Dr D_____, des 10 juin et 18 juillet 2022, qui faisaient état d'une incapacité de travail totale du recourant dès le 9 juin 2022.

5.2 Dans son rapport du 7 novembre 2023, le SMR a revu sa position, en admettant que les difficultés du recourant à rester assis plus de 30 minutes pouvaient entraîner des changements de position assis/debout plus fréquents. Il a retenu en conséquence une baisse de rendement de 20%, en lien avec les douleurs et le besoin de changer régulièrement de position assis/debout, soit une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée dès le 1^{er} mars 2022.

Son appréciation de la perte de rendement n'est pas fondée sur un examen médical et elle est suffisamment remise en cause par les rapports du Dr D_____ pour justifier une instruction complémentaire.

5.3 Par ailleurs, dans son avis du 29 avril 2024, sur lequel l'intimé a fondé sa réponse au recours, le SMR a admis la présence de nouveaux éléments médicaux, à savoir la présence de douleurs au niveau de la hanche gauche dès janvier 2024 dans le contexte d'une coxarthrose bilatérale marquée avec déformation de la tête fémorale, et indiqué qu'il n'était ainsi pas en mesure d'admettre une modification de ses conclusions du 7 novembre 2023, étant donné qu'en l'état actuel du dossier, il n'y avait pas de comparatif radiologique des hanches précédant le bilan du 13 janvier 2024 ni d'appréciation médicale des médecins des HUG, en particulier de la Dre G_____, concernant l'atteinte au niveau des hanches du recourant.

Dans ces circonstances, l'intimé devait compléter le dossier pour permettre au SMR de se prononcer, ce qu'il n'a pas fait. La question de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé depuis janvier 2024 n'a pas ainsi pas suffisamment été instruite.

Il se justifie en conséquence d'annuler la décision de l'intimé et de lui renvoyer la cause pour une instruction complémentaire par la mise en œuvre d'une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA.

6. Le recours doit être partiellement admis, la décision de l'intimé du 28 février 2024 annulée en tant qu'elle limite le droit du recourant à une rente d'invalidité entière au 31 mai 2022, la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision sur son droit à une rente d'invalidité dès le 1^{er} juin 2022 et la décision confirmée en tant qu'elle octroie au recourant une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2021 au 31 mai 2022.

Le recourant obtenant partiellement gain de cause et étant assisté d'un conseil, il a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 2'500.- et mis à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA).

Un émolument de CHF 200.- sera également mis à la charge de l'intimé (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 de l'intimé du 28 février 2024, en tant qu'elle limite le droit du recourant à une rente d'invalidité entière au 31 mai 2022.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision sur le droit à une rente d'invalidité du recourant dès le 1^{er} juin 2022.
5. Confirme la décision pour le surplus.
6. Alloue au recourant CHF 2'500.- à titre de dépens à la charge de l'intimé.
7. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
8. 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

Adriana MALANGA

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