

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1228/2025

ATAS/627/2025

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 août 2025

Chambre 9

En la cause

A _____
représenté par Me Suzette CHEVALIER, avocate

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Eleanor McGREGOR, présidente; Andres PEREZ et Michael
RUDERMANN, juges assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____1967, a été engagé en date du 1^{er} août 2015 par la société B_____ SA en qualité d'« aide réviseur » de citernes à mazout.
- b.** Le 30 octobre 2021, l'assuré a été victime d'une chute en raison d'un malaise et a subi, à cette occasion, un traumatisme crânien avec perte de connaissance.
- c.** Selon le rapport médical du 31 octobre 2021 de la docteure C_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, l'assuré a été hospitalisé le 31 octobre 2021 au sein des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) et a indiqué souffrir de céphalées avec sensation d'hypoacousie à gauche et de cervicalgies. Un traumatisme crânien peu clair, accompagné de troubles mnésiques peu congruents et de résolution spontanée, a été retenue par la Dre C_____.
- d.** À compter du 1^{er} novembre 2021, l'assuré s'est trouvé en incapacité de travail totale.
- e.** Le 20 juin 2022, la docteure D_____, spécialiste FMH en radiologie, a constaté que l'assuré souffrait d'une atteinte de la coiffe antéro-supérieure de l'épaule droite, sous forme d'une fissuration s'étendant à la face bursale pour une lésion transfixiante locale de l'enthèse du muscle supra-épineux. Selon elle, l'assuré présentait également un clivage intratendineux des fibres supérieures du muscle sous-scapulaire dans lequel se luxait médialement le long chef du biceps brachial, lequel montrait des signes de tendinopathie fissuraire. Cette atteinte de la coiffe antéro-supérieure était associée à une lésion de la poulie bicipitale de type Habermeyer.
- B.** **a.** Le 5 août 2022, l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a reçu de l'assuré un formulaire de demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) en vue de l'octroi de mesures professionnelles ou d'une rente, à teneur duquel l'assuré expliquait souffrir de vertiges et de pertes d'équilibre depuis le 1^{er} novembre 2021.
- b.** Dans son rapport du 22 août 2022, le docteur E_____, médecin chef de clinique au service d'oto-rhino-laryngologie (ORL) des HUG, a indiqué que l'assuré souffrait d'un déficit vestibulaire gauche ancien, « probablement traumatique suite à son accident de 2021 ».
- c.** Selon le rapport médical du 6 septembre 2022 établi par le docteur F_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, l'assuré présentait un vertige positionnel paroxystique bénin diagnostiqué dans le courant du mois de novembre 2021. Au mois de janvier 2022, le Dr F_____ avait constaté que la rééducation vestibulaire n'avait permis qu'une amélioration très minime de l'équilibre de

l'assuré. Ses limitations fonctionnelles consistaient ainsi en d'importants troubles de l'équilibre.

d. Dans son rapport médical du 9 septembre 2022, la docteure G_____, spécialiste FMH en neurologie, a mentionné que l'assuré présentait un syndrome vestibulaire gauche post-traumatique consécutif à son malaise du 30 octobre 2021. Elle précisait également que l'assuré souffrait de diabète et de dyslipidémie, ces diagnostics n'ayant toutefois pas de répercussion sur sa capacité de travail.

e. Le 18 octobre 2022, le docteur H_____, spécialiste FMH en médecine générale, a attesté que l'assuré se trouvait en incapacité de travail totale depuis le 1^{er} novembre 2021, en précisant qu'il présentait toujours des vertiges et des douleurs au niveau de son épaule. Il retenait également les limitations fonctionnelles suivantes : instabilité à la marche, pas de montée sur des échelles à cause des vertiges, pas de port de charges lourdes ou d'activité répétitive.

f. Sur le plan cardiaque, la docteure I_____, spécialiste FMH en cardiologie, a indiqué, dans son rapport du 31 octobre 2022, que l'assuré était traité pour une hypertension artérielle, sans que cette dernière ait un impact sur sa capacité de travail.

g. Le 22 février 2023, l'assuré a été opéré de l'épaule droite par le docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur, qui a pratiqué une réinsertion et une suture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite.

h. Dans son rapport médical du 20 avril 2023, le Dr J_____ indiquait que l'assuré présentait une raideur et des douleurs à l'épaule droite à la palpation et que son incapacité de travail était totale dans son activité habituelle, sans se prononcer sur sa capacité à effectuer une activité adaptée.

i. En raison d'une nouvelle déchirure de la coiffe des rotateurs, le Dr J_____ a une nouvelle fois opéré l'assuré en date du 17 août 2023, en effectuant une « révision de la coiffe des rotateurs » et un complément d'acromioplastie de l'épaule droite.

j. Le 6 décembre 2023, le docteur K_____, spécialiste FMH en radiologie, a réalisé une arthrographie de l'épaule droite de l'assuré, laquelle a révélé une tendino bursite du supra épineux et une omarthrose débutante.

k. Dans son rapport du 7 mars 2024, le Dr J_____ a indiqué à l'OAI que l'évolution de l'état de santé de l'assuré était lente et défavorable, en soulignant qu'il souffrait de douleurs chroniques à l'épaule droite. Ses limitations fonctionnelles consistaient en un empêchement à lever le bras et en un manque de force et de mobilité.

l. Le 24 juin 2024, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait adressé une demande de renseignements au Dr F_____ sans obtenir de réponse de sa part, si bien qu'il invitait l'assuré à contacter son médecin afin qu'il donne suite à sa requête.

m. Le 7 juillet 2024, le Dr J_____, qui pratiquait dans le même centre que le Dr F_____, a répondu au questionnaire que l'OAI avait initialement adressé à son collègue, en indiquant que l'évolution de l'assuré était stationnaire et qu'il disposait, depuis le 1^{er} juillet 2024, d'une capacité de travail entière dans une activité légère, effectuée essentiellement en position assise et sans travaux en hauteur.

n. Dans son rapport du 13 août 2024, le médecin du service médico-régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a retenu, au titre d'atteintes à la santé incapacitantes, une rupture itérative de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et un vertige positionnel paroxystique bénin. Sur le plan neurologique et cardiaque, le médecin du SMR considérait que l'assuré ne présentait aucune incapacité de travail. Se fondant sur l'avis du Dr J_____, il a estimé que la capacité de travail de l'assuré était nulle depuis le 1^{er} novembre 2021 mais que celui-ci était en mesure de reprendre à plein temps, dès le 1^{er} juillet 2024, une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité légère effectuée essentiellement en position assise, sans élévation des bras au-dessus de l'horizontale, sans travaux en hauteur, sans marche en terrain irrégulier, sans marche prolongée, sans port de charges excédant 5 kg et « sans escalier en lien avec la rampe ».

o. Par projet de décision du 23 août 2024, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1^{er} février 2023 au 30 septembre 2024. Dès le 1^{er} juillet 2024, l'OAI considérait que la capacité de travail de l'assuré était toujours nulle dans son activité habituelle, mais qu'elle était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. La comparaison des gains effectuée par l'OAI conduisant à un taux d'invalidité de 12%, l'octroi d'une rente d'invalidité lui était refusé dès le 1^{er} octobre 2024, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé.

p. Le 6 septembre 2024, l'assuré, sous la plume de son conseil, s'est opposé au projet de décision précité en tant qu'il lui déniait le droit à une rente d'invalidité entière à compter du 30 septembre 2024. L'assuré a fait valoir qu'il avait récemment souffert de pertes d'équilibre, de douleurs à la nuque et d'un « problème d'artères coronaires ». Selon ses médecins traitants, il était possible qu'il dût subir une opération en lien avec ses « artères cardiaques », étant précisé qu'une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) cardiaque avec test de stress devait être effectuée au préalable. Une électroneuromyographie (ci-après : ENMG) était également planifiée par le docteur L_____, spécialiste FMH en neurologie. L'assuré relevait ainsi que le dossier de l'OAI n'était pas complet et qu'il convenait d'attendre le résultat des examens médicaux prescrits

et des éventuelles interventions chirurgicales avant de statuer sur son droit à la rente à compter du 1^{er} octobre 2024.

q. Par courrier du 10 septembre 2024, l'OAI a informé l'assuré qu'elle ne procéderait à aucune instruction médicale supplémentaire et qu'il lui appartenait de lui adresser, d'ici le 1^{er} octobre suivant, tout complément médical susceptible de modifier son appréciation du dossier.

r. Le 26 septembre 2024, l'assuré a notamment communiqué à l'OAI deux rapports médicaux établis par la Dre I_____ en date du 25 septembre 2024, en lien avec deux consultations de l'assuré des 2 et 25 septembre 2024. S'agissant de la première consultation, la Dre I_____ indiquait que l'assuré avait subi, en date du 23 août 2024, une coronographie avec angioplastie de deux stents sur les artères interventriculaires antérieure et circonflexe. Elle retenait le diagnostic de « probable infarctus antéro-septal periintervention (CORO) » et remarquait la persistance de douleurs rétrosternales. Concernant la seconde consultation, la Dre I_____ constatait que le status cardiaque de l'assuré était stable, sans évidence d'une ischémie, mais que celui-ci souffrait d'une dépression et d'une « angoissité », en indiquant qu'une consultation avec un psychiatre devait être organisée.

s. Dans un avis médical du 17 octobre 2024, le médecin du SMR a constaté que l'assuré présentait une nouvelle atteinte, à savoir une cardiopathie ischémique. Le bilan cardiaque complet était normal au 25 septembre 2024 et les douleurs étaient atypiques et non expliquées par une cause cardiaque, de sorte que cette atteinte n'entraînait pas de limitations fonctionnelles supplémentaires, raison pour laquelle le médecin du SMR maintenait ses précédentes conclusions.

t. Le 12 mars 2025, l'OAI a notifié à l'assuré une décision correspondant en tous points à son projet du 23 août 2024, en indiquant que les divers éléments médicaux qu'il avait produits durant la procédure d'audition n'étaient pas de nature à modifier son appréciation de la situation. Une rente d'invalidité mensuelle de CHF 1'144.- lui était allouée du 1^{er} février 2023 au 30 septembre 2024.

- C. a.** Par acte du 7 avril 2025, l'assuré a recouru contre cette décision par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales), concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire en vue de déterminer son éventuelle capacité de travail dans une activité adaptée et, principalement, à l'annulation de la décision querellée et au versement d'une rente d'invalidité complète à compter du 1^{er} octobre 2024. À titre subsidiaire, il a conclu à l'octroi de mesures professionnelles.

À l'appui de ses conclusions, il a produit différents rapports médicaux ne figurant pas au dossier de l'intimé, dont un rapport établi le 22 novembre 2024 par la Dre G_____, lequel mentionnait que le recourant souffrait d'une

polyneuropathie et d'une paresthésie des membres inférieurs. Dans un rapport médical du 19 juillet 2024, la Dre G_____ mentionnait également la présence d'une spondyloarthrose cervicale étagée. Dans leurs rapports des 3 mars et 3 avril 2025, les Drs J_____ et H_____ retenaient quant à eux une polyneuropathie diabétique prononcée, une névralgie d'Arnold, des troubles mnésiques significatifs et une raideur de l'épaule accompagnée de douleurs chroniques et d'une impotence fonctionnelle, en soulignant que la capacité de travail du recourant était nulle, quelle que soit l'activité considérée.

b. Le 8 avril 2025, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance juridique.

c. Par réponse du 6 mai 2025, l'intimé a conclu au renvoi de la cause pour instruction complémentaire, en se référant à l'avis du médecin du SMR du 17 avril 2025. D'après ce dernier, les nouvelles pièces médicales produites par le recourant faisaient état d'éléments nouveaux sur lesquels le SMR ne s'était pas prononcé, à savoir la névralgie d'Arnold, la cervicarthrose et la polyneuropathie diabétique, de sorte qu'il convenait de procéder à une instruction complémentaire en adressant un rapport à la Dre G_____ et en obtenant l'ENMG effectuée par le Dr L_____. À réception de ces éléments, le SMR pourrait déterminer la suite à donner au dossier du recourant.

d. Dans sa réplique du 17 mai 2025, le recourant a souligné que l'intimé reconnaissait que son dossier aurait dû être complété avant de rendre sa décision. En outre, bien que le médecin du SMR reconnût l'existence de nouvelles atteintes, il occultait les raideurs à l'épaule, la douleur chronique et l'impotence fonctionnelle retenues par le Dr J_____, ainsi que le probable infarctus antéro-septal constaté par la Dre I_____. Il ne tenait pas non plus compte, sur le plan psychiatrique, des troubles mnésiques significatifs relevés par le Dr H_____, ni de la dépression et de « l'angoissité » relevées par la Dre I_____. Il persistait ainsi solliciter la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire et, subsidiairement, concluait au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire du dossier. Si cette dernière hypothèse devait être privilégiée par la chambre de céans, le recourant requerrait la condamnation de l'intimé aux frais de justice et aux dépens.

e. Par courrier du 3 juin 2025, l'intimé a relevé qu'il avait légitimement rendu une décision d'octroi de rente entière limitée dans le temps et qu'il n'avait conclu au renvoi du dossier pour instruction complémentaire qu'à l'examen des nouvelles pièces produites par le recourant lors de la procédure, de sorte que ce dernier devait supporter l'intégralité des frais de la procédure et des dépens.

EN DROIT

1.

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

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

1.2 Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

- 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.

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 (*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).

2.2 En l'occurrence, le droit à la rente du recourant est né le 1^{er} février 2023, soit six mois après le dépôt de la demande de prestations du 5 août 2022 (*cf.* art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales seront citées dans leur nouvelle teneur.

- 3.** Le litige porte sur le droit du recourant à l'octroi d'une rente d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 2024, une rente entière lui ayant été allouée du 1^{er} février 2023 jusqu'au 30 septembre 2024.

3.1 L'art. 8 LPGA prévoit qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 LAI précise que l'invalidité peut résulter 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 sa

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).

3.2 À teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : 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). L'art. 28 al. 1^{bis} LAI précise qu'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.

En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2) ; pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour les taux d'invalidité compris entre 40 et 49%, la quotité de la rente s'échelonne de 25 à 47.5% (al. 4).

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).

3.3 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 (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.

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; 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).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est

généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (*cf.* ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

3.4 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 donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; *cf.* 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

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).

4. En l'occurrence, l'intimé conclut au renvoi du dossier pour instruction complémentaire, notamment dans le but d'adresser un rapport à la Dre G_____ et d'obtenir l'ENMG effectuée par le Dr L_____, avant de déterminer la suite à donner à la demande de prestations du recourant. Ce dernier sollicite quant à lui mise en œuvre d'une expertise judiciaire et, subsidiairement, conclut au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire du dossier.

Il appert que l'intimé a rendu sa décision du 12 mars 2025 en se fondant sur les avis médicaux du médecin du SMR des 13 août et 17 octobre 2024. Dans son premier avis médical, le médecin du SMR a retenu, au titre d'atteintes à la santé incapacitantes, une rupture itérative de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et un vertige positionnel paroxystique bénin. Puis, prenant en considération les pièces produites par le recourant durant la phase d'audition, il a retenu que celui-ci présentait une nouvelle atteinte, à savoir une cardiopathie ischémique. Le médecin du SMR a considéré que cette atteinte n'entraînait pas de limitations fonctionnelles supplémentaires, de sorte qu'il a maintenu son appréciation du 13 août 2024 selon laquelle la capacité de travail du recourant était nulle depuis le 1^{er} novembre 2021, quelle que soit l'activité considérée, puis entière à compter du 1^{er} juillet 2024 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : activité légère essentiellement assise, sans élévation des bras au-dessus de l'horizontale, sans travaux en hauteur, sans marche en terrain irrégulier, sans marche prolongée, sans port de charges excédant 5 kg, « sans escalier en lien avec la rampe ».

Or, il ressort des rapports médicaux produits par le recourant à l'appui de son recours que celui-ci présente des atteintes dont le médecin du SMR n'avait pas connaissance au moment où l'intimé a rendu sa décision du 12 mars 2025.

En effet, le Dr H_____ retient, dans son rapport du 3 avril 2025, que le recourant souffre d'une polyneuropathie diabétique prononcée, diagnostiquée par la Dre G_____ dans son rapport du 22 novembre 2024, d'une névralgie d'Arnold, relevée par le Dr F_____ dans son rapport du 14 mai 2024, et de troubles

mnésiques significatifs. Le Dr J_____ estime quant à lui, dans son rapport du 3 mars 2025, que le recourant présente une raideur à l'épaule droite, des douleurs chroniques et une impotence fonctionnelle, en précisant que l'état de santé de l'assuré s'est péjoré depuis son précédent rapport médical du 7 juillet 2024. Ces deux médecins estiment que la capacité de travail du recourant est nulle, quelle que soit l'activité considérée.

En outre, la Dre G_____ indique dans ses rapports des 19 juillet et 22 novembre 2024 que le recourant souffre d'une spondylarthrose cervicale étagée, d'une polyneuropathie liée à une dyslipidémie et à un diabète de type II et d'une paresthésie des membres inférieurs.

L'intimé n'ayant pas eu connaissance des rapports médicaux précités avant de rendre sa décision du 12 mars 2025, le médecin du SMR ne s'est pas prononcé sur certaines atteintes à la santé du recourant survenues avant la décision entreprise, ni sur les éventuelles limitations fonctionnelles supplémentaires y relatives. Il en va de même s'agissant de l'atteinte à l'épaule droite du recourant, dont l'intimé avait connaissance, mais qui s'est visiblement péjorée depuis le dernier rapport qui lui a été transmis à ce propos.

Par conséquent, le dossier du recourant doit encore faire l'objet d'une instruction avant qu'il ne puisse être statué sur son droit à la rente à compter du 1^{er} octobre 2024.

Dans la mesure où certaines atteintes du recourant n'étaient pas connues du médecin du SMR et qu'elles n'ont fait l'objet d'aucune instruction de la part de l'intimé, la chambre de céans renverra la cause à ce dernier pour nouvelle instruction du dossier et pour qu'il se prononce à nouveau sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité à compter du 1^{er} octobre 2024.

5. Le recourant conclut à la condamnation de l'intimé aux frais de justice et aux dépens dans l'hypothèse où la cause lui serait renvoyée. L'intimé estime quant à lui qu'il n'a conclu au renvoi du dossier pour instruction complémentaire qu'après avoir pris connaissance des nouvelles pièces médicales produites dans le cadre du recours, de sorte que le recourant doit supporter les frais de procédure et les dépens.

5.1 Selon l'art. 61 let. g LPGA, le recourant, représenté, qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens. Des dépens peuvent toutefois être refusés au recourant qui obtient gain de cause, mais qui aurait pu éviter le dépôt d'un recours en agissant plus diligemment en procédure administrative (ATF 125 V 373).

5.2 En l'occurrence, le recourant aurait pu agir plus diligemment en communiquant à l'intimé, durant la phase d'audition, certaines des pièces qu'il a produites à l'appui de son recours.

En effet, il appert que la spondyloarthrose a été diagnostiquée par la Dre G _____ dans son rapport du 19 juillet 2024 et que la névralgie d'Arnold a été constatée par le Dr F _____ dans son rapport du 14 mai 2024, sur lequel s'est d'ailleurs fondé le Dr H _____ dans son rapport du 3 avril 2025. Dans la mesure où ces rapports médicaux ont été établis avant le terme de la phase d'audition fixé au 1^{er} octobre 2024 par l'intimé, le recourant aurait dû les lui communiquer. À cet égard, il sied de rappeler que l'intimé a interpellé le recourant par courrier du 24 juin 2024, en l'informant que le Dr F _____ n'avait pas répondu à sa demande de renseignements et en l'invitant à lui demander de donner suite à sa requête.

Bien que le recourant ait indiqué à l'intimé, dans son opposition du 6 septembre 2024, que son dossier était incomplet et qu'il convenait d'attendre le résultat des examens prescrits avant de statuer sur son droit à des prestations d'invalidité, il n'a pas produit les rapports susmentionnés dans le cadre de la phase d'audition, de sorte que l'intimé ne pouvait pas instruire son dossier en tenant compte de certaines de ses atteintes.

Compte tenu de ce qui précède, le recourant, qui obtient partiellement gain de cause et qui est assisté d'un conseil, a droit à des dépens – réduits – qui seront fixés à CHF 1'000.- et mis à la charge de l'intimé.

5.3 Dans la mesure où la chambre de céans annule la décision querellée et renvoie la cause à l'intimé pour complément d'instruction, les frais ne sauraient être mis à la charge du recourant, dès lors que celui-ci obtient gain de cause (ATF 137 V 57 consid. 2.2).

Partant, un émolument de CHF 200.- est mis à la charge de l'intimé, qui succombe, conformément à l'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 12 mars 2025, en tant qu'elle porte sur la période postérieure au 30 septembre 2024.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Alloue au recourant, à la charge de l'intimé, une indemnité de CHF 1'000.- au titre de dépens.
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

Sylvie CARDINAUX

Eleanor McGREGOR

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