

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1633/2025

ATAS/269/2026

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 19 mars 2026**

**Chambre 3**

En la cause

**A**\_\_\_\_\_

recourant

représenté par CAP Protection juridique SA, mandataire

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, juges  
assesseurs**

---

**EN FAIT**

**A. a.** A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en mars 1972, a travaillé comme monteur dans le domaine du chauffage et de la ventilation.

**b.** En novembre 2011, l'assuré a glissé de l'échelle sur laquelle il était monté et a chuté sur le côté droit, au niveau de la hanche.

**c.** Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA) jusqu'au 31 mars 2014 (cf. décision du 14 mars 2014).

**B. a.** En décembre 2012, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) en invoquant une lombosciatique droite.

**b.** Par décision du 5 décembre 2019, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité pour une période limitée, du 1<sup>er</sup> juin 2013 au 31 janvier 2014.

L'OAI a admis une totale incapacité à exercer l'activité habituelle depuis le 1<sup>er</sup> juin 2011, mais considéré que, dans une activité adaptée à son état de santé, l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail le 8 octobre 2013.

La comparaison du revenu qu'aurait réalisé l'assuré sans atteinte à sa santé (CHF 68'880.-) à celui qu'il aurait obtenu malgré celle-ci (CHF 59'088.-) révélait une perte de gain de CHF 9'792.-, correspondant à un degré d'invalidité de 14%, insuffisant pour ouvrir droit à des mesures professionnelles ou à une rente.

Cette décision a été rendue à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir, notamment, les éléments suivants :

- un rapport de consultation du département des neurosciences cliniques des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) du 12 mars 2012 concluant à des lombosciatalgies S1 à droite, avec déficit sensitivomoteur sur volumineuse hernie paramédiane L5-S1 droite et conflit radiculaire S1 à droite ;
- un rapport du docteur B\_\_\_\_\_, médecin traitant, du 14 décembre 2012, confirmant le diagnostic de lombosciatalgie chronique post-traumatique, avec volumineuse hernie discale ayant entraîné une totale incapacité de travail depuis le 6 février 2012 dans l'activité habituelle et suggérant une réorientation professionnelle ;
- un avis du Service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR) du 24 mai 2013 confirmant que l'activité habituelle – sollicitant beaucoup le dos – semblait compromise et préconisant des stages professionnels respectant le rachis afin de mieux évaluer le rendement et la capacité de travail exigible dans une activité adaptée ;

- une appréciation du docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement auprès de la SUVA, estimant qu'au vu du contexte et de la profession habituelle de monteur chauffagiste et de l'activité physique non négligeable qu'elle impliquait, il faudrait sans doute envisager un reclassement professionnel ;
- un rapport d'examen final du Dr C\_\_\_\_\_ du 24 novembre 2013 considérant qu'à deux ans de l'épisode traumatique et en prenant en considération l'évolution des six derniers mois, l'état de la colonne lombaire était stabilisé ; les effets délétères de l'évènement déclaré en 2011 ne jouaient plus de rôle dans l'évolution du cas ; était notée l'existence d'un canal lombaire étroit congénital ;
- les conclusions prises le 12 juin 2014 par les Établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI), auxquels l'OAI avait adressé l'assuré pour une mesure d'orientation professionnelle ; en substance, les capacités physiques de l'assuré étaient compatibles avec des activités légères et pratiques, en position assise, lui laissant la possibilité d'alterner les positions à l'envi ; la capacité d'apprentissage était lente et limitée à des activités simples, le niveau de mémorisation visuelle et la capacité d'attention faibles, les connaissances scolaires et l'intégration linguistique limitées ; l'assuré ne disposait pas des ressources pour acquérir de nouvelles connaissances ; le potentiel était dès lors limité à des activités manuelles simples et répétitives ne nécessitant qu'une simple mise au courant pratique basée sur la répétition et/ou la démonstration ;
- un avis du SMR du 18 septembre 2015 rappelant que l'assuré avait souffert d'un traumatisme dorsal après une chute en 2011, qu'il souffrait depuis lors de lombosciatalgie S1 droite déficitaire sur une volumineuse hernie paramédiane L5-S1 droite entrant en conflit avec la racine S1 droite, qu'il souffrait également d'un canal lombaire étroit congénital constitutionnel et d'une dégénérescence discale D11, D12, L5 et S1, que les douleurs étaient devenues incapacitantes depuis le 6 février 2012, que cette atteinte justifiait pleinement une incapacité de travail totale et définitive dans l'activité habituelle de monteur chauffagiste (qui ne respectait pas les limitations fonctionnelles d'épargne du rachis) et préconisant une expertise pluridisciplinaire ;
- le rapport rendu le 26 février 2019 par le CEMEDEX de Fribourg, plus particulièrement par les docteurs D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur, retenant à titre de diagnostics : un lumbago chronique avec lombosciatalgie S1 droite, des céphalées pariéto-occipitales d'origine indéterminée, une probable neuropathie du nerf cubital au coude droit et un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique ; dans la profession habituelle, la capacité de travail était nulle depuis le 24 novembre 2011, date de l'accident ; la capacité de travail dans une activité adaptée (port de charges

limité à 5-10 kg, pas de mouvements répétés de la colonne dorsolombaire en flexion et en rotation, pas de travail en hauteur, pas de station debout ou accroupie prolongée) avait été évaluée à 100% sans baisse de rendement depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2014, début du mois ayant suivi la fin des stages aux EPI ; cette évaluation consensuelle avait été rendue en présence de tous les experts concernés et également sur la base du rapport d'expertise de la docteure G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, qui, le 17 octobre 2018, avait conclu à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée ;

- un avis du SMR du 29 mai 2019 se ralliant aux conclusions de l'expertise quant à la capacité de travail, mais s'en écartant quant au début de l'aptitude à la réadaptation, au motif que le Dr C\_\_\_\_\_ attestait déjà d'un état stabilisé en octobre 2013 et qu'il convenait par ailleurs de retenir, en sus des limitations énoncées par les experts, des limitations sur le plan psychiatrique, vu le status décrit (ralentissement psychomoteur léger et manque de précision concernant les dates) ;
- une détermination du degré d'invalidité expliquant qu'une déduction supplémentaire de 10% était accordée sur le revenu d'invalidité pour tenir compte du fait que seule une activité légère était possible.

c. Saisie d'un recours de l'assuré – qui soutenait ne pouvoir exercer une activité lucrative à plus de 50% –, la Cour de céans l'a rejeté par arrêt du 22 avril 2021 (ATAS/374/2021).

La Cour s'est ralliée aux conclusions du consilium d'experts telles que modulées par le SMR, à savoir : une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée aux limitations tant fonctionnelles que psychiques, c'est-à-dire dans une activité simple et répétitive n'impliquant ni port de charges de plus de 5-10 kg, ni mouvements répétés de la colonne dorsolombaire en flexion et en rotation, ni travail en hauteur, ni position statique prolongée, ni capacités de concentration importantes, accessible par une simple mise au courant pratique.

- C. a. En mars 2023, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI.

À l'appui de sa demande, l'assuré a produit le bilan rédigé à l'issue d'un stage effectué pour la société H\_\_\_\_\_, du 19 septembre au 20 novembre 2022, en tant que « collaborateur logistique ». Ont été retenus à titre de ressources : la motivation de l'assuré – décrit comme très investi et professionnel dans les activités manuelles qui lui avaient été confiées –, son sens de l'initiative et ses compétences manuelles. Il a été décrit comme une personne digne de confiance. Les limitations identifiées consistaient dans les douleurs physiques et les problèmes dorsaux rencontrés par l'assuré dans l'exécution de certaines activités (port d'objets lourds et accomplissement de certains mouvements, incapacité à rester assis de manière prolongée). Il était également relevé que, l'assuré n'ayant jamais travaillé dans le domaine administratif, il lui fallait apprendre à utiliser

l'informatique et à développer des compétences rédactionnelles. L'apprentissage du français devait aussi être amélioré. Concernant les activités manuelles, la seule limitation constatée relevait de la problématique dorsale. En définitive, il était estimé que, dans les activités manuelles, un taux de rendement de 60% pouvait être atteint ; dans les activités administratives, le taux de rendement ne s'élevait qu'à 30%, en raison des lacunes informatiques et administratives.

Un second stage, dans la restauration, avait eu lieu du 14 novembre 2022 au 17 février 2023. Avaient été identifiées les ressources suivantes : la motivation, l'assiduité et la ponctualité, les compétences sociales et techniques. Ont été mentionnés comme freins : le manque de qualification de l'assuré – qui avait appris son métier sur le terrain –, les difficultés linguistiques à l'écrit, le manque de compétences en matière informatique, les douleurs physiques, ainsi que la situation personnelle de l'assuré, qualifiée de « délicate » et susceptible de constituer un facteur de stress supplémentaire.

**b.** Le 21 avril 2023, le Dr B\_\_\_\_\_, a certifié que son patient présentait une pathologie supplémentaire sous la forme d'une douleur à l'épaule droite.

**c.** Une IRM de l'épaule droite pratiquée le 21 avril 2023 a conclu à une capsulite et à une intégrité des tendons de la coiffe.

**d.** Dans un rapport complémentaire du 15 mai 2023, le médecin traitant a précisé que son patient était suivi aux HUG pour une capsulite à l'épaule droite. Il ne s'est pas déterminé sur la capacité de travail de l'assuré, mais a émis un mauvais pronostic.

**e.** Le 22 mars 2024, le Dr B\_\_\_\_\_ a signalé à titre de nouvelles atteintes depuis 2022 : un problème de prostate et des douleurs à l'épaule droite. Il a rappelé par ailleurs que son patient avait effectué plusieurs stages qui s'étaient avérés non concluants. Il préconisait dès lors une expertise.

**f.** Le 13 août 2024, le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste en urologie, a retenu le diagnostic d'hypertrophie bénigne prostatique, sans influence sur la capacité de travail.

**g.** Le 11 septembre 2024, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué que les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : douleurs musculaires et articulaires multiples, port de charges limité à 10 kg, station debout douloureuse.

**h.** Une expertise médicale orthopédique a été mise sur pied, confiée à SWISS EXPERTISES MÉDICALES Sàrl.

Le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a rendu son rapport le 13 décembre 2024.

En substance, il a retenu les diagnostics de status après hernie discale L5-S1 en 2011, avec évolution favorable à la suite d'un traitement conservateur (chirurgie refusée par l'assuré), douleurs pluri-articulaires en investigation par le docteur

K\_\_\_\_\_, sans lésion rhumatologique mise en évidence et absence de troubles orthopédiques invalidants.

L'expert n'a pu confirmer le diagnostic d'épaule gelée.

Il a précisé qu'il n'y avait pas de troubles fonctionnels orthopédiques, tout en relevant qu'il n'y avait pas eu d'expertise rhumatologique, et a conclu à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, hormis entre mars et septembre 2023, en raison de l'apparition d'une douleur plus aiguë de l'épaule droite. Une limitation fonctionnelle supplémentaire a ainsi été retenue : la nécessité que les mouvements effectués au-dessus de la ceinture scapulaire soient effectués sans charge. Une activité sédentaire, permettant un changement libre de position, une limitation des charges à 5 kg, l'évitement d'échelles et de contrainte du rachis a été préconisée.

**i.** Le SMR, le 18 décembre 2024, n'a constaté qu'une aggravation temporaire de l'état de santé de l'assuré depuis la dernière décision. Il a estimé qu'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée pouvait être admise dès le 1<sup>er</sup> octobre 2023. L'aggravation n'avait donc été que temporaire, du 21 avril au 30 septembre 2023.

**j.** Le dossier a alors été soumis à la division de réadaptation de l'OAI qui, après comparaison du revenu avant invalidité (CHF 73'766.- ; Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2022, TA1\_tirage\_skill\_level, ligne 41-43 [domaine de la construction], niveau 1 = 5'825.- CHF mois = 6'006.- CHF/mois pour un horaire de 41,2 h./sem. = CHF 72'070.- en 2022 = CHF 73'766.- en 2025) au revenu après invalidité (CHF 60'725.- ; ESS 2022 TA1\_tirage\_skill\_level, tous domaines confondus = 5'305.- CHF/mois = 5'530.- CHF/mois pour un horaire de 41,7 h./sem = CHF 66'357.- en 2022 = CHF 67'472.- en 2025 = CHF 60'725.- après réduction de 10%), est parvenue à la conclusion que le taux d'invalidité s'établissait à 17.68%.

**k.** Le 21 janvier 2025, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de rejeter sa nouvelle demande.

**l.** L'assuré l'a contesté en produisant un bref certificat de son médecin traitant du 26 février 2025, dans lequel le Dr B\_\_\_\_\_ indiquait que son patient ne pouvait travailler à 100%. « En effet, les différents stages ont montré que [l'assuré] en situation de travail adapté présente des limitations à l'effort – membre supérieur droit, lombalgie des deux genoux (sic) – avec répercussion sur l'état général ». Selon le médecin, l'assuré ne pourrait travailler qu'à 50%.

**m.** Le SMR, dans un avis du 7 mars 2025, a relevé avoir déjà tenu compte des limitations fonctionnelles évoquées par le Dr B\_\_\_\_\_, lequel n'apportait aucun diagnostic nouveau parlant en faveur d'une aggravation et n'argumentait aucunement sa conclusion quant à la capacité résiduelle de travail de son patient.

**n.** Par décision du 26 mars 2025, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation.

À l'issue de l'instruction médicale, l'OAI a constaté que l'assuré, s'il avait été effectivement totalement incapable d'exercer son activité habituelle à compter du 21 avril 2023, début du délai de carence, avait recouvré, depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2023, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé.

Comparant le revenu avant invalidité (CHF 73'766.-) à celui que l'assuré aurait pu obtenir malgré l'atteinte à sa santé (CHF 60'725.-), l'OAI a constaté que la perte de gain, de 18%, était insuffisante pour ouvrir droit à des prestations.

- D. a.** Par écriture du 12 mai 2025, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, avec suite de frais et dépens.

En substance, le recourant soutient que l'instruction menée par l'intimé serait lacunaire. Il se réfère en particulier au fait que l'expert a souligné qu'il n'y avait pas eu d'investigation rhumatologique.

Pour le surplus, il fait valoir que si une capacité de travail devait néanmoins lui être reconnue, elle ne pourrait être que partielle.

Il ajoute que c'est un abattement de 20% au minimum qui aurait dû être pratiqué sur le revenu d'invalidé, compte tenu de ses nombreuses limitations fonctionnelles, de son inexpérience et de son manque de formation.

Enfin, il allègue qu'il devrait avoir droit à des mesures professionnelles.

- b.** Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 10 juin 2025, a conclu au rejet du recours.

L'intimé relève que, dans ses rapports, le Dr B \_\_\_\_\_ ne s'est prononcé ni sur les limitations fonctionnelles de son patient, ni sur sa capacité de travail. Dans celui du 22 mars 2024, il a mentionné des difficultés d'utilisation de l'épaule droite et à la station debout. Or, une expertise orthopédique a été effectuée, laquelle n'a révélé aucun trouble orthopédique fonctionnel. En particulier, l'expert n'a observé aucune limitation correspondant à une capsulite rétractile et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) effectuée à l'époque n'a mis en évidence aucune lésion au niveau de l'épaule droite. L'expert a retenu les limitations suivantes : privilégier une activité sédentaire permettant un changement libre de position, limiter les charges à 5 kg, éviter l'utilisation d'échelles ou d'échafaudages et les contraintes du rachis. Concernant l'épaule droite, aucune limitation fonctionnelle n'a été observée. Il a été cependant préconisé d'effectuer les mouvements au-dessus de la ceinture scapulaire sans charge. Ainsi, les limitations fonctionnelles n'ont pas évolué depuis l'expertise CEMEDEX. L'intimé ajoute que l'appréciation de la capacité de travail est basée sur l'observation de la personne assurée et non sur l'échec du stage organisé par l'OAI.

Au demeurant, l'intimé constate que l'assuré ne remet pas en cause les constatations de l'expert. Il ne fait état d'aucun manquement, mais infère que des investigations en cours sur les douleurs alléguées auprès d'un autre spécialiste

ôteraient une valeur probante à l'expertise, ce qui ne résiste pas à une analyse sérieuse, aucun élément objectif ne venant contredire l'examen clinique orthopédique.

**c.** Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 21 août 2025, lors de laquelle le recourant a expliqué qu'il souffrait toujours de l'épaule, mais aussi, désormais, des articulations (genoux, dos et mains).

Il a allégué par ailleurs avoir effectué grâce à son assistante sociale divers stages, auprès de H\_\_\_\_\_ (pose de tableaux dans des entreprises) et du BIT (aide au service et à la cuisine), stages dont il estime qu'ils ont mis en évidence qu'il ne pouvait travailler. C'est à la suite de cela qu'il a décidé de déposer une nouvelle demande de prestations.

Le recourant a souligné sa volonté de se réinsérer dans le monde du travail. Il estime ne pouvoir y arriver sans bénéficier au moins d'une aide en réadaptation.

Il a ajouté avoir rendez-vous chez la docteure L\_\_\_\_\_, psychiatre, pour investiguer un éventuel trouble somatoforme. Il a également indiqué avoir été à plusieurs reprises examiné par le Dr K\_\_\_\_\_, rhumatologue.

Le recourant a produit un certificat du Dr B\_\_\_\_\_ daté du 18 août 2025. Le médecin y indique que son patient souffre de douleurs diffuses dans le dos et le membre supérieur droit. Il l'estime apte à exercer à 50% dans une activité adaptée.

**d.** Interrogé par la Cour de céans, le Dr K\_\_\_\_\_ a indiqué, par courrier du 1<sup>er</sup> octobre 2025, avoir fait pratiquer une radiographie des mains et des pieds qui s'est avérée normale, tout comme le bilan rhumatologique, sans facteurs rhumatoïdes, ni syndrome inflammatoire. Les examens ont permis d'exclure tout rhumatisme inflammatoire de type spondylarthrite ou rhumatisme psoriasique. Au vu du tableau douloureux chronique, le patient s'est vu proposer de consulter le Professeur M\_\_\_\_\_, du Centre de la douleur. A été mentionné à titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail : un syndrome douloureux chronique non spécifique. Le médecin a conclu à l'absence de toute limitation fonctionnelle d'un point de vue rhumatologique.

**e.** Par écriture du 29 octobre 2025, le recourant a persisté dans ses conclusions.

**f.** Le 30 octobre 2025, l'intimé a fait de même, vu l'absence de nouveau diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail de l'assuré.

**g.** Les autres faits seront repris, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

## **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** À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

**1.3** La procédure devant la Cour de céans est régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10).

**1.4** Le délai de recours est de trente 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 le délai prévu par la loi, le recours est recevable.

### **2.**

**2.1** Le 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en septembre 2023, soit six mois après le dépôt de la demande en mars 2023 (*cf.* art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

3. Le litige porte sur le droit du recourant à d'éventuelles prestations de l'assurance-invalidité, plus particulièrement sur la question de savoir si, depuis la décision initiale rendue en décembre 2019, son état de santé s'est aggravé au point de lui ouvrir droit à des prestations.

4.

**4.1** Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, après avoir nié le droit à une prestation (*cf.* art. 87 al. 3 RAI), l'examen matériel doit être effectué de manière analogue à celui d'un cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 141 V 585 consid. 5.3 et les références ; *cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C\_12/2023 du 22 août 2023 consid. 3.2). Elle doit donc traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue (examen « allseitig »). Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés, le degré d'invalidité doit ainsi être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9 consid. 6.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_498/2023 du 11 décembre 2023 consid. 5.1 et les références).

**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).

**4.3** 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).

**4.4** 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).

**4.5** 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).

**4.6** 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).

**4.7** 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).

**4.8** 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.

**4.8.1** 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).

Le médecin du SMR n'a pas l'obligation de procéder lui-même à un examen médical sur la personne de l'assuré (*cf.* art. 49 al. 2 RAD), mais peut, selon les circonstances, fonder son avis en évaluant les éléments médicaux au dossier. Cette appréciation en l'absence d'examen n'est pas dénuée d'emblée de toute valeur probante et est soumise aux mêmes exigences en matière de preuve que les autres rapports médicaux (ATF 136 V 376 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_160/2025 du 27 octobre 2025 consid. 5.2 et la référence).

**4.8.2** 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 137 V 210 consid. 1.3.4 ; 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

**4.8.3** 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 ; 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).

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

vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_458/2023 du 18 décembre 2023 consid. 3.2 et la référence).

**4.8.5** Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer ; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, et non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b ; SVR 2006 IV n. 10 p. 39).

**4.8.6** En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations y compris d'ordre médical qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_87/2022 du 8 juillet 2022 consid. 6.2.1 et les références). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (*cf.* ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge – conformément au principe de la libre appréciation des preuves – de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, *in* SVR 2011 IV n. 6 p. 17 ; 9C\_833/2007 du 4 juillet 2008, *in* *Plädoyer* 2009/1 p. 70 ; I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les

---

références, *in Plädoyer* 2004/3 p. 64 ; 9C\_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

**4.9** Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

5. En l'espèce, la décision litigieuse repose sur l'avis du SMR qui, après examen des différents rapports et de l'expertise recueillis lors de l'instruction de la nouvelle demande, a conclu à une aggravation temporaire de l'état de santé de l'assuré, limitée à la période du 21 avril au 30 septembre 2023, liée à la problématique de l'épaule droite.

Le recourant, lui, conteste pouvoir exercer une activité adaptée à plus de 50% et invoque à l'appui de sa position l'avis de son médecin traitant, d'une part, les conclusions émises à l'issue de deux stages professionnels, d'autre part.

Cela étant, sur le plan médical, il apparaît qu'objectivement, seules deux nouvelles atteintes sont survenues depuis qu'a été rendue la décision initiale, en décembre 2019 : l'une touchant la prostate – dont le médecin spécialisé a indiqué clairement qu'elle était sans répercussion sur la capacité de travail –, l'autre touchant l'épaule droite, sous la forme d'une capsulite rétractile, temporaire, dont l'expert orthopédique n'a plus retrouvé trace lors de son examen.

L'expert orthopédique a finalement retenu des limitations fonctionnelles sensiblement analogues à celles mises en évidence lors de l'instruction de la première demande de prestations. Il a conclu, lui aussi, à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, sédentaire, permettant les changements de position, limitant le port de charges de plus de 5 kg et permettant d'éviter le travail en hauteur.

Qui plus est, le rhumatologue consulté par le recourant a conclu pour sa part à l'absence d'atteinte rhumatismale et de limitation fonctionnelle supplémentaire sur le plan rhumatologique. Il a diagnostiqué un syndrome douloureux chronique non spécifique et non invalidant.

Force est dès lors de constater que la situation médicale est restée sensiblement la même qu'à l'issue de l'instruction menée à la suite de la première demande de prestations, hormis une période d'aggravation temporaire.

L'estimation de la capacité résiduelle de travail par le médecin traitant ne convainc pas, dans la mesure où elle n'est pas motivée et où ce médecin concluait déjà, lors de la première instruction, à une capacité résiduelle de travail de 50%.

Quant aux rapports de stage produits par le recourant, ils ne permettent pas de s'écarter des conclusions de l'expert, qui doivent l'emporter, selon la jurisprudence rappelée *supra*. Qui plus est, les limitations fonctionnelles physiques relatées dans lesdits rapports (impossibilité de porter des objets lourds, de conserver une position statique et d'accomplir certains mouvements) ont été prises en compte tant par l'expert que par le SMR. Quant aux limitations induites par les lacunes du recourant en matière informatique et linguistique, elles ne relèvent pas de l'assurance-invalidité.

C'est dès lors à juste titre que l'intimé s'est rallié aux conclusions de l'expert et du SMR.

On ajoutera encore qu'un abattement de 20% sur le revenu d'invalidité ne se justifie pas, dès lors que les limitations fonctionnelles restent légères. Quant à l'absence de formation de l'assuré, comme déjà indiqué, elle ne relève pas de l'assurance-invalidité.

Eu égard à ce qui précède, le recours, infondé, est rejeté.

\*\*\*

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
4. 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

Diana ZIERI

Karine STECK

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