

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/175/2025

ATAS/765/2025

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 13 octobre 2025**

**Chambre 16**

En la cause

A\_\_\_\_\_  
représenté par Me Aliénor WINIGER, avocate

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Justine BALZLI, présidente; Yves MABILLARD et Michael RUDERMANN,  
juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

- A.** a. A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1990, de nationalité irakienne, est arrivé en Suisse le 14 septembre 2015. Marié, il est père de trois enfants mineurs. Au bénéfice d'un livret F, il n'a pas exercé d'activité lucrative en Suisse, mais a cotisé en tant que personne sans activité lucrative depuis octobre 2015. L'Hospice général lui accorde une aide financière.
- b. Le 6 février 2024, il a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), en invoquant des gonalgies, des douleurs au dos et une sciatique droite.
- B.** a. L'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du genou gauche du 22 décembre 2021 a conclu à l'absence d'anomalie ostéochondrale significative, à une fissure horizontale partiellement oblique de la corne postérieure du ménisque interne de grade 3 à l'origine d'un épanchement intra-articulaire, et à l'absence d'anomalie ligamentaire ou tendineuse significative.
- b. Le 11 janvier 2022, l'assuré a bénéficié d'une ménisectomie partielle de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche (rapport opératoire du même jour du docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).
- c. L'IRM du genou gauche du 10 octobre 2022 a révélé une méniscopathie fissuraire dégénérative du corps et de la corne postérieure du ménisque interne, avec une composante radiaire au niveau du bord libre du corps, sans languette méniscale luxée ou anse de seau, un ménisque discoïde partiel externe, et une gonarthrose fémoro-tibiale interne et fémoro-patellaire modérée.
- d. L'IRM de la colonne lombo-sacrée du 12 mai 2023 a mis en évidence un minime débord discal circonférentiel L5-S1 sans compression radiculaire et sans anomalie visible pouvant expliquer une sciatique droite.
- e. L'IRM lombaire du 31 mai 2022 a signalé une très discrète discopathie débutante en L4-L5 visible surtout par un bombement discal à base large sans rétrécissement canalaire et sans conflit disco-radiculaire, ainsi qu'un aspect remanié discret des articulations interfacettaires postérieures en L4-L5 avec lame de liquide d'origine inflammatoire.
- f. Le 27 septembre 2023, l'assuré a subi une nouvelle ménisectomie interne partielle du genou gauche, conformément au compte-rendu opératoire du 6 octobre 2023 du docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.
- g. L'IRM du genou gauche du 10 novembre 2023 a conclu à un status après ménisectomie partielle interne du ménisque interne avec persistance d'une fissuration longitudinale oblique étendue du corps à la racine postérieure associée à l'apparition de kystes méniscaux sur son versant postérieur, sans flap méniscal

luxé, à une entorse de grade III du LLI à son insertion proximale, et à une chondropathie fémoro-tibiale externe de grade I.

**h.** L'IRM du genou droit du 21 novembre 2023 a décelé un minime clivage horizontal de la corne postérieure du ménisque interne (grade I) et une légère tendinopathie non fissuraire de la patte d'oie.

**i.** L'IRM du genou gauche du 9 janvier 2024 a retrouvé les anomalies au niveau du ménisque, à savoir une image linéaire en hypersignal franc liquidien sur les séquences sensibles à l'eau au niveau de la partie postérieure du corps et au niveau de la corne postérieure, étendue à la racine postérieure avec, sur les séquences 3D, l'impression de voir un minuscule fragment méniscal proche de l'attache et qui était discrètement déplacé par rapport au reste du ménisque. Ces anomalies s'associaient à une composante verticale incomplète postérieure et un kyste para-méniscale était visible également sur les examens comparatifs. Il existait par ailleurs des anomalies au niveau du ligament collatéral médial proximement avec des anomalies plus profondes que superficielles et plus d'allure cicatricielle que liquidienne pure, mais l'absence de lésion cartilagineuse des ligaments croisés, et l'absence de toute anomalie au niveau du système extenseur ou de corps libre ou des parties molles postérieures musculo-tendineuses ou vasculo-nerveuses.

**j.** L'IRM de la colonne lombo-sacrée du 23 janvier 2024 n'a pas démontré de sténose canalaire ni de discopathie significative ni de conflit disco-radiculaire évident notamment à droite.

**k.** Dans un rapport du 23 janvier 2024 relatif à un bilan de lombosciatalgies droites, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a indiqué que l'examen électroneuromyographique du membre inférieur droit était parfaitement rassurant, ne montrant aucun signe de dénervation active ou chronique dans l'ensemble des myotomes L2 à S2. Une radiculalgie purement irritative n'était pas exclue, mais elle semblait peu probable au vu du résultat de l'IRM lombaire (du 31 mai 2022).

**l.** La radiographie du bassin du 9 février 2024 a montré une bascule du bassin vers la gauche avec une différence de la hauteur des têtes fémorales d'environ 13 mm.

**m.** La radiographie de la colonne vertébrale entière du même jour n'a pas mis en évidence de scoliose.

**n.** L'IRM de la cheville droite du 29 mai 2024 a révélé l'absence d'anomalie significative de l'aponévrose plantaire, l'absence d'épine calcanéenne, des enthésophytes de traction à l'insertion pelvienne et naviculaire du ligament talo-naviculaire dorsal, une dégénérescence mucoïde du sinus du tarse, une chondrolyse superficielle de l'articulation talo-crurale avec chondrolyse focale profonde du cartilage tibial et discret remaniement de la lame osseuse sous-chondrale, un épanchement articulaire modéré prédominant dans le récessus postérieur, et une tendinopathie distale du tibial postérieur avec épanchement dans sa gaine.

**o.** Dans un rapport du 14 juin 2024, la docteure E\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de gonalgie chronique sur lésion du ménisque gauche opérée deux fois, de sciatalgie chronique droite sur ébauche d'hernie L5-S1/L4-L5 et d'aponévrite plantaire droite. Sans incidence sur la capacité de travail, elle a diagnostiqué une gastrite chronique. L'incapacité de travail totale remontait au 15 mai 2023. L'assuré devait éviter la station debout/assise prolongée et le port de charges lourdes. La médecin a mentionné qu'il était difficile d'estimer la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée à son état de santé.

**p.** Par avis du 8 août 2024, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a retenu, à titre d'atteintes principales à la santé incapacitantes, des gonalgies gauches sur un status post deux opérations de ménisectomie partielle, avec à la dernière IRM du 9 janvier 2024 une suspicion de récurrence de lésion méniscale et des lésions d'allure cicatricielle du ligament collatéral interne. À titre d'autres atteintes incapacitantes, il a retenu des lombosciatalgies droites non déficitaires sans substrat organique identifié, et des troubles statiques du pied droit. La capacité de travail dans l'activité habituelle de cuisinier/ouvrier du bâtiment (exercée dans le pays d'origine) était nulle depuis le 15 mai 2023, mais totale avec une baisse de rendement de 20% (compte tenu de la prise de Tramal 100 mg/j et de Gabapentine 300 mg/j) à compter de cette dernière date. Les limitations fonctionnelles étaient : port de charges supérieures à 5 kg, position debout ou assise prolongée, possibilité d'alternance des positions (assise et debout), marche prolongée ou en terrain irrégulier, position en porte-à-faux, position à genoux/accroupie, monter et travailler sur des échelles/échafaudages.

**q.** Dans un projet de décision du 30 septembre 2024, l'OAI a annoncé à l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de prestations. Le statut d'assuré retenu dans sa situation était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle. L'administration a rappelé les conclusions du SMR et conclu que la comparaison des gains de valide (CHF 67'472.-) et d'invalidé (CHF 48'580.-) à l'issue du délai d'attente d'un an, en mai 2024, aboutissait à une perte de gain de 28%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Par ailleurs, des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. Au vu du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrait le marché primaire et équilibré de l'emploi, un nombre significatif d'entre elles ne nécessitant aucune formation spécifique étaient adaptées à ses limitations fonctionnelles.

**r.** Par courrier du 23 octobre 2024, l'assuré a contesté ce projet de décision, en invoquant ses gonalgies, ses douleurs au dos et à l'épaule gauche, tout en ajoutant être suivi régulièrement par un psychiatre.

**s.** Le 8 novembre 2024, l'OAI a reçu :

- un rapport du service d'anesthésiologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) du 28 août 2024, posant les diagnostics de gonalgies

bilatérales G > D avec composante nociplastique secondaires à des troubles dégénératifs et persistants après deux ménisectomies partielles, et de lombosciatalgies droites ;

- un rapport d'échographie de l'épaule gauche du 23 juillet 2024 montrant une tendinopathie des tendons subscapulaires et sous-épineux plus marquée au niveau du tendon sus-épineux avec bursite sous-acromiale, une petite déchirure distale des fibres superficielles de la portion postérieure du tendon sus-épineux, sans déchirure transfixiante visible.

**t.** Par avis du 14 novembre 2024, le SMR a considéré que les pièces apportées au dossier ne modifiaient pas de manière notable et durable les atteintes à la santé et la capacité de travail retenues dans son précédent avis. Il a cependant ajouté une nouvelle limitation fonctionnelle pour tenir compte des omalgies gauches sur tendinopathie de la coiffe, à savoir pas d'activité avec le bras gauche au-dessus du plan des épaules en force/prolongée/répétée.

**u.** Par décision du 3 décembre 2024, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, les éléments apportés dans le cadre de l'audition n'étant pas susceptibles de modifier son appréciation.

- C.** **a.** Par acte du 20 janvier 2025 complété le 27 janvier suivant, l'assuré a interjeté un recours contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en concluant, sous suite de dépens, préalablement, à l'audition des parties et à celle des médecins-traitants (généraliste, orthopédiste et psychiatre), ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise rhumato-psychiatrique, et principalement, à l'annulation de cette décision et à l'octroi des prestations légales, fondées sur un taux d'invalidité de 100% à l'issue du délai d'attente.

Il a fait valoir que le SMR n'avait pas tenu compte de ses atteintes au niveau de ses deux épaules et de son genou droit, ni de ses atteintes psychiques. Aucun examen de sa capacité de travail sur le plan psychiatrique selon la procédure structurée et les indicateurs jurisprudentiels n'avait été effectué. L'instruction menée par l'intimé ne permettait pas d'évaluer l'interaction entre ses symptomatologies somatiques et psychiques.

Le recourant a notamment produit :

- un rapport d'échographie de l'épaule des deux côtés du 19 décembre 2024, concluant à une bursite sous acromiodeltoïdienne droite, à une suspicion échographique de capsulite rétractile droite, à un DOMS des fibres superficielles du biceps brachial à droite, sans syndrome de masse des parties molles postérieures objectivées échographiquement à gauche ; et
- un rapport du 24 janvier 2025 du docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, posant le diagnostic d'épisode dépressif, sans précision (chronique ; F32.9) et estimant la capacité de travail du recourant nulle.

**b.** Par réponse du 17 février 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours, avis du SMR des 28 janvier et 10 février 2025 à l'appui.

**c.** Par réplique du 17 mars 2025, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Il a répété que les interactions entre ses pathologies physiques et psychiques n'avaient fait l'objet d'aucune évaluation sérieuse et que ses atteintes psychiatriques n'avaient pas été instruites.

Il a versé au dossier :

- un rapport du département diagnostique des HUG du 1<sup>er</sup> novembre 2024 relatif à une infiltration par 1 ml de Kenacort 40 mg/ml et de 1 ml de Rapidocaïne 1% du genou gauche ;
- un rapport d'IRM du genou droit du 20 novembre 2024 montrant une fissuration horizontale sans fragment luxé de la corne postérieure du ménisque interne, et sans lésion au niveau de la patte d'oie ;
- un rapport de la Dre E\_\_\_\_\_ du 8 février 2025, posant les diagnostics de gonalgie des deux côtés (atteinte de ménisque), de sciatique droite, de canal carpien des deux côtés, de tendinite de l'épaule des deux côtés, de cervicobrachialgie droite avec déficit sensitif, et de trouble dépressif, et indiquant que le recourant souffrirait probablement d'un syndrome douloureux chronique dont la composante psychosomatique était envisageable, et qu'une expertise rhumatologique et neurologique serait nécessaire ; et
- un rapport d'IRM cervicale du 10 février 2025, mettant en évidence une rectitude de la colonne cervicale avec de discrètes discopathies étagées, sans rétrécissement canalaire conflictuel ni foraminal, sans hernie discale ni de conflit disco-radiculaire en C7-D1.

**d.** Par duplique du 7 avril 2025, l'intimé a maintenu sa position, en se ralliant à l'avis du SMR du 24 mars 2025 qu'il a annexé à son écriture.

**e.** Par écriture du 6 mai 2025, le recourant a encore une fois persisté dans ses conclusions.

Il a joint un rapport du Dr F\_\_\_\_\_ du 6 mai 2025, posant le diagnostic d'état dépressif majeur d'intensité modérée.

**f.** Dans ses observations du 27 mai 2025, l'intimé a maintenu ses conclusions, en exposant que le rapport précité du psychiatre traitant, très succinct, ne permettait pas de remettre en question son appréciation du cas. Pour le surplus, il a renvoyé à l'avis du 10 février 2025 dans lequel le SMR s'était déterminé sur les explications du psychiatre traitant.

**g.** Copie de cette écriture a été transmise au recourant pour information.

**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. La procédure devant la chambre 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).

Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA), 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

**2.2** En l'occurrence, la décision querellée porte sur l'octroi d'une rente dont le droit naîtrait postérieurement au 31 décembre 2021, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

3. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé.
4. **4.1** 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).

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).

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

La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

**4.2** Le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques ou psychosomatiques et aux syndromes de dépendance (ATF 148 V 49 ; 145 V 215 ; 143 V 418 ; 143 V 409). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_265/2023 du 19 août 2024 consid. 3.2).

**4.3** Selon l'art. 54a LAI, les SMR établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré qui sont déterminantes pour l'assurance-invalidité en vertu de l'art. 6 LPGA, pour l'exercice d'une activité lucrative raisonnablement exigible ou pour l'accomplissement des travaux habituels (al. 3).

Lors de la détermination des capacités fonctionnelles, la capacité de travail attestée médicalement pour l'activité exercée jusque-là et pour les activités adaptées est évaluée et justifiée en tenant compte, qualitativement et

quantitativement, de toutes les ressources et limitations physiques, mentales et psychiques (art. 49 al. 1<sup>bis</sup> RAI).

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), 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).

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 LPG) 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).

S'agissant de la valeur probante des rapports des SMR selon l'art. 49 al. 2 RAI, le Tribunal fédéral considère qu'elle est comparable à celle des expertises médicales externes, lorsque ces rapports satisfont aux exigences développées par la jurisprudence en matière d'expertise médicale. Toutefois, les offices AI devraient toujours ordonner des expertises externes lorsque le caractère interdisciplinaire d'une situation médicale problématique l'exige, lorsque le SMR ne dispose pas des ressources professionnelles nécessaires pour pouvoir répondre à une question qui se pose ou lorsqu'il existe une divergence entre le rapport du SMR et la teneur générale du dossier médical, divergence qui ne reposerait pas sur des prémisses différentes dues à la conception bio-psycho-sociale de la maladie, répandue en médecine et qui est plus large que la notion d'atteinte à la santé en droit des assurances sociales (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_697/2023 du 17 septembre 2024 consid. 3.3.2 et la référence).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a 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).

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

De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210

---

consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

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, en s'appuyant sur les avis du SMR, considère que le recourant est inapte à exercer son activité habituelle de cuisinier/ouvrier de bâtiment depuis le 15 mai 2023, mais qu'il dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à son état de santé avec une baisse de rendement de 20% dès cette date.

Plus particulièrement, par avis du 8 août 2024, sur lequel repose le projet de décision du 30 septembre 2024, le SMR a étudié les pièces médicales au dossier, y compris les rapports d'imagerie, et conclu que le recourant présentait depuis fin 2022 des lombosciatalgies droites non déficitaires. Les IRM des 12 mai 2023 et 23 janvier 2024 n'avaient pas pu mettre en évidence de lésion permettant d'expliquer ces douleurs et l'ENMG était normal. Le recourant souffrait également de troubles statiques du pied droit et de gonalgies gauches sur un status post deux opérations de ménisectomie partielle avec à la dernière IRM du 9 janvier 2024 une suspicion de récurrence de lésion méniscale et des lésions d'allure cicatricielle du ligament collatéral interne. Si la capacité de travail du recourant était nulle dans son activité habituelle, il pouvait en revanche exercer à plein temps une activité adaptée évitant le port de charges supérieures à 5 kg, la position debout ou assise prolongée, la marche prolongée ou en terrain irrégulier, la position en porte-

à-faux, la position à genoux/accroupie, la montée et le travail sur des échelles/échafaudages, avec une baisse de rendement de 20% pour tenir compte de la prise de médicaments antidouleur, depuis le 15 mai 2023.

Par avis du 14 novembre 2024, le SMR s'est prononcé sur le rapport du service d'anesthésiologie des HUG du 28 août 2024, ainsi que sur le rapport d'échographie de l'épaule gauche du 23 juillet 2024, produits par le recourant à la suite du projet de décision du 30 septembre 2024. Le SMR a maintenu ses précédentes conclusions en termes de capacité de travail résiduelle du recourant, et a ajouté une nouvelle limitation fonctionnelle pour tenir compte des omalgies gauches sur tendinopathie de la coiffe ; le recourant devait ainsi éviter toute activité avec le bras gauche au-dessus du plan des épaules en force/prolongée/répétée.

Par avis du 28 janvier 2025, le SMR s'est déterminé sur les pièces produites à l'appui du recours. Il a relevé que le rapport d'IRM du genou droit du 21 novembre 2023 faisait état d'atteintes minimales à légères du genou droit au niveau méniscal et tendineux. Le SMR a expliqué que les limitations qu'il avait retenues dans son avis du 8 août 2024 pour le genou gauche respectaient ces atteintes à droite. Une activité sédentaire était compatible avec les atteintes morphologiques discrètes tant à droite qu'à gauche. En ce qui concerne l'échographie de l'épaule droite du 19 décembre 2024, le SMR a remarqué que tous les tendons de l'épaule étaient normaux sans tendinopathie, la seule atteinte objectivée étant une bursite sous-acromiale avec toutefois une articulation acromio-claviculaire intacte. La suspicion de capsulite reposait sur « un ligament acromio-coracoïdien, légèrement épaissi avec un ligament gléno-huméral inférieur également légèrement épaissi n'excluant pas une capsulite rétractile ». Il s'agissait de lésions légères. La capsulite était un diagnostic essentiellement clinique, l'échographie ayant pour but l'exclusion d'autres causes de douleur. Le SMR a conclu que les précédentes limitations retenues respectaient l'atteinte de l'épaule droite. Une activité sédentaire était ainsi compatible avec les atteintes des épaules.

Par avis du 10 février 2025, le SMR s'est prononcé sur le rapport du psychiatre traitant du 24 janvier 2025. Il a relevé que ce dernier n'avait pas précisé le stade de l'épisode dépressif (léger, moyen ou sévère) qu'il avait diagnostiqué. Cet élément était indispensable pour évaluer la capacité de travail. Le SMR a ajouté que les symptômes n'étaient pas détaillés, en particulier les troubles cognitifs n'étaient pas précisés. La perte de poids n'était pas non plus quantifiée. Les idées suicidaires étaient rapportées comme survenant « parfois », sans autre précision, et sans détail de leur prise en charge, avec en particulier l'absence d'hospitalisation. Le SMR constatait que l'aspect somatique, invoqué par le psychiatre traitant dans son évaluation, avait déjà été traité par les spécialistes concernés et que cet aspect sortait du domaine de compétence du psychiatre. Le SMR observait également que le traitement prescrit était du Cymbalta à dose standard de 60 mg/j et du Remeron faiblement dosé à 15 mg/j, et que le psychiatre traitant mentionnait qu'il n'y avait eu aucune évolution de l'état de santé. Le SMR a expliqué qu'un

changement de psychotrope faisait partie des standards recommandés pour le traitement d'un épisode dépressif en l'absence de réponse au traitement médicamenteux. Il n'y avait par ailleurs eu aucun contrôle de la prise des psychotropes par des mesures de taux sérique. Cela aurait permis d'exclure un problème de compliance comme raison de cette absence d'évolution. Le SMR en a tiré la conclusion que le rapport du psychiatre traitant n'était pas de nature à remettre en question son appréciation du cas.

Par avis du 24 mars 2025, le SMR s'est déterminé sur les pièces produites à l'appui de la réplique du recourant. En ce qui concerne le rapport d'IRM du genou droit du 20 novembre 2024, qui faisait état d'une fissuration horizontale sans fragment luxé de la corne postérieure du ménisque interne, le SMR a expliqué qu'une fissuration méniscale radiologique isolée ne pouvait pas être considérée comme incapacitante, d'autant qu'il n'y avait aucune luxation, aucune notion de traumatisme et que le reste de l'examen était dans la norme, avec en particulier des ligaments qui étaient tous intacts. Le SMR a souligné que les limitations fonctionnelles qu'il avait précédemment retenues tenaient compte des atteintes des deux genoux.

S'agissant du rapport de ponction/infiltration ostéo-articulaire sous US du 1<sup>er</sup> novembre 2024 avec infiltration cortisonée et d'anesthésique local pour douleurs chroniques du genou gauche, le SMR a indiqué qu'il avait déjà tenu compte de la lésion de ce genou dans son avis du 8 août 2024. Il a ajouté qu'un traitement infiltratif faisait partie des traitements antalgiques standards des gonalgies. Les limitations fonctionnelles qu'il avait retenues respectaient les gonalgies qui avaient été le motif de cette infiltration.

Pour ce qui était du rapport de la Dre E\_\_\_\_\_ du 8 novembre (recte : février) 2025, le SMR a relevé que la médecin rapportait les atteintes du genou gauche et les lombosciatalgies, déjà connues, sans nouvel élément. Elle faisait par ailleurs état du caractère modéré de la lésion au niveau du genou controlatéral. La capsulite de l'épaule droite était rapportée comme « évoquée à l'examen radiologique ». Il s'agissait d'un diagnostic essentiellement clinique et aucun élément clinique permettant d'objectiver ce diagnostic n'était apporté. Aucun élément clinique objectif concernant le status neurologique du membre supérieur droit n'était donné et aucune limitation quantifiée des amplitudes de l'épaule droite n'était précisée. Ces deux éléments faisaient partie de l'examen de base d'une évaluation médicale standard. L'IRM cervicale ne confirmait pas les suspicions diagnostiques de la médecin traitante (*i.e.* hernie ou canal cervical étroit). Le SMR a relevé que la limitation fonctionnelle qu'il avait ajoutée dans son avis du 14 novembre 2024 (pas d'activité avec le bras gauche au-dessus du plan des épaules en force/prolongée/répétée) pouvait être étendue au bras droit également. Par ailleurs, la médecin traitante indiquait, d'une part, que le recourant souffrait d'un syndrome douloureux complexe, avec une détresse psychologique associée, et, d'autre part, qu'il était probable que celui-ci souffrait d'un syndrome

douloureux chronique dont la composante psychosomatique était envisageable. Le SMR a expliqué qu'il s'agissait de deux diagnostics différents. Le syndrome douloureux complexe était une douleur neuropathique chronique faisant suite à des lésions des tissus mous ou à une lésion osseuse (type I) ou à une lésion nerveuse (type II). Les critères diagnostics étaient d'ordre neurologique et trophique, et la médecin traitante n'en précisait aucun. Le syndrome douloureux chronique, quant à lui, était un diagnostic d'exclusion lorsqu'aucune lésion physique apparente n'était constatée. Ceci ne correspondait pas à la situation du recourant puisqu'il présentait des lésions organiques tant au niveau des membres inférieurs que supérieurs (ménisque, ligament, bursite).

Quant au rapport d'IRM cervicale du 10 février 2025, le SMR a indiqué qu'il faisait état de troubles dégénératifs discrets, fréquemment constatés chez l'adulte, et qu'il n'y avait aucun signe de compression nerveuse suspectée par la médecin traitante.

Le SMR en a conclu que son appréciation du cas demeurait inchangée.

Force est de constater que, sur le plan somatique, le SMR a étudié les rapports médicaux au dossier, en particulier les rapports d'imagerie, et a expliqué de manière circonstanciée les motifs pour lesquels les atteintes au niveau des deux genoux, du pied droit, et des deux épaules, ainsi que les douleurs dorsales permettent néanmoins l'exercice d'une activité lucrative adaptée aux limitations ostéo-articulaires du recourant, à savoir une activité ne nécessitant pas le port de charges supérieures à 5 kg, permettant l'alternance des positions assise et debout, évitant la marche prolongée ou en terrain irrégulier, la position en porte-à-faux, la position à genoux/accroupie, la montée et le travail sur des échelles/échafaudages, ainsi que les activités avec les bras au-dessus du plan des épaules en force/prolongée/répétée, ce à plein temps moyennant une baisse de rendement de 20% pour tenir compte de la prise des médicaments antidouleur, depuis le 15 mai 2023.

La chambre de céans relève que la médecin traitante généraliste, qui ne s'est pas déterminée sur le taux de la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité adaptée, n'a pas retenu d'autres limitations fonctionnelles que celles énumérées par le SMR. En effet, dans son rapport du 14 juin 2024, elle a mentionné que le recourant devait éviter la station debout/assise prolongée et le port de charges lourdes.

Aussi l'intimé pouvait-il légitimement s'appuyer sur les avis du SMR dont les compétences consistent notamment à évaluer l'intégralité d'un dossier et à se prononcer sur les éléments mentionnés.

En revanche, sur le plan psychique, dans son avis du 10 février 2025, le SMR reproche au psychiatre traitant de ne pas avoir spécifié les troubles cognitifs du recourant. Toutefois, dans son rapport du 24 janvier 2025, portant sur le suivi du recourant depuis le 10 septembre 2024, soit avant la date déterminante de la

décision litigieuse du 3 décembre 2024, le psychiatre traitant a indiqué que le recourant présentait des troubles de la concentration et de l'attention, tout en évoquant une insomnie. Ensuite, le SMR relève que les idées suicidaires étaient rapportées comme survenant « parfois », sans détail de leur prise en charge, avec en particulier l'absence d'hospitalisation. Or, il n'en demeure pas moins que le psychiatre traitant a diagnostiqué un épisode dépressif chronique tout en mentionnant que le recourant avait déjà pensé au suicide « parfois », c'est-à-dire à plusieurs reprises, avec l'intention de se défenestrer. Quant à la prise en charge, le recourant bénéficie en tout cas d'un suivi ambulatoire par son psychiatre une fois toutes les deux semaines, parallèlement à son traitement médicamenteux. De plus, le SMR soulève un possible problème de compliance à la prise de psychotropes, ce qui expliquerait l'absence d'évolution de l'état de santé psychique du recourant. Cela étant, à défaut d'un dosage sanguin des psychotropes prescrits, il n'est pas possible de déterminer à ce stade si les traitements sont mis à profit ou au contraire négligés. Par ailleurs, la chambre de céans observe que le psychiatre traitant a également indiqué que le recourant présentait une perte de l'estime de soi. Se pose alors la question de savoir si celui-ci dispose de ressources personnelles et adaptatives suffisantes. En outre, le psychiatre traitant a considéré l'épisode dépressif (majeur d'intensité modérée depuis le début du suivi en septembre 2024 ; rapport du 6 mai 2025) comme chronique (rapport du 24 janvier 2025 p. 2) et il s'avère que cet état de santé est associé à des comorbidités tant somatiques que psychiques (anxiété ; rapport du 24 janvier 2025 p. 1).

Au vu de tous ces éléments, l'état de santé psychique du recourant aurait dû faire l'objet d'une procédure probatoire structurée selon l'ATF 141 V 281, pour en évaluer les éventuels effets limitatifs, ce qui n'a pas été fait par l'intimé, à qui il incombe en premier lieu d'instruire le dossier.

**5.2** Partant, il se justifie de renvoyer le dossier à l'intimé pour qu'il procède à l'examen clinique du recourant et détermine l'influence de ses atteintes sur sa capacité à travailler sur le plan psychique.

Vu le renvoi du dossier à l'intimé, il lui appartiendra également de demander à la médecin généraliste traitante si les nouvelles atteintes à la santé évoquées dans son rapport du 8 février 2025 (canal carpien des deux côtés, engourdissement et manque de sensibilité au niveau du membre supérieur droit, tendinite de l'épaule droite) sont incapacitantes, et recueillir toute pièce médicale à ce sujet (notamment les éventuelles imageries effectuées depuis lors). Après quoi, l'intimé appréciera, à l'aune de ces pièces, l'opportunité de compléter l'examen clinique du recourant par un volet neurologique et /ou rhumatologique.

Dans ce cadre, l'intimé décidera si le recourant fera l'objet soit d'un examen au sein du SMR (art. 49 al. 2 RAI) par des spécialistes disposant des qualifications professionnelles requises par le cas, soit d'une expertise externe.

Au vu de ce qui précède, il est superflu de procéder à l'audition des parties et à celle des médecins traitants.

6. En conséquence, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants, et nouvelle décision.
7. Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause et est assisté d'une avocate, a droit à des dépens, fixés en l'espèce à CHF 800.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 - RFPA - E 5 10.03).

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 3 décembre 2024.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Alloue au recourant une indemnité de CHF 800.- à titre de dépens, à la charge de l'intimé.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie KOMAISKI

Justine BALZLI

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