

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1833/2025

ATAS/263/2026

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 mars 2026

Chambre 4

En la cause

A_____

recourant

Représenté par Me Emilie CONTI MOREL, avocate

contre

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

intimé

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

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est né le _____ 1988.
- b.** Il est au bénéfice d'un CFC de [...] et d'un master en [...]. Sa dernière activité exercée a été celle d'enseignant remplaçant depuis le 1^{er} août 2021.
- c.** Dans un rapport du 22 septembre 2023, le docteur B_____, du service de chirurgie cardiovasculaire des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a indiqué que l'assuré avait consulté les urgences du CHUV le 30 août 2023 pour une dyspnée à l'effort évoluant depuis 72 heures et qu'il avait été hospitalisé en cardiologie, où il avait été opéré.
- B.** **a.** L'assuré a demandé les prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 30 septembre 2023 en raison d'une incapacité de travail de 100% dès le 30 août 2023 liée à une insuffisance aortique sévère (bicuspide).
- b.** Dans un rapport du 24 octobre 2023, la docteure C_____, spécialiste en médecine générale, a indiqué suivre l'assuré depuis le 10 octobre 2023 et qu'il était en incapacité totale de travail dans toute activité depuis cette date et jusqu'au 24 janvier 2024, en tout cas. Il avait une insuffisance cardiaque et était en cours de réhabilitation à la suite d'une chirurgie cardiaque et aortique. Il était limité physiquement et souffrait d'une asthénie.
- c.** Le 30 novembre 2023, le Dr B_____ a indiqué avoir vu l'assuré en consultation post opératoire le 14 novembre 2023. Il était en très bon état général et avait indiqué avoir bien récupéré sa capacité d'effort sur le plan cardio-pulmonaire. Sa cicatrisation au niveau de sa sternotomie était bonne et son sternum était stable.
- d.** Selon une note téléphonique du 5 mars 2024, l'assuré avait indiqué à l'OAI être étudiant à la HEP à Lausanne (études pédagogiques) depuis 2021. En parallèle, il faisait des remplacements sur le canton de Vaud. Il était au bénéfice d'une bourse d'études depuis 2021 et jusqu'à fin août 2023. Il n'avait pas pu finir ses études, en raison d'un échec aux examens. Il vivait de ses économies, mais allait s'inscrire à l'Hospice général, car il n'avait plus d'argent.
- e.** Dans un rapport du 29 avril 2024, le docteur D_____, spécialiste en cardiologie, a indiqué qu'il y avait une amélioration de l'état de santé de l'assuré, qui pouvait exercer une activité adaptée à 40% depuis le 25 mars 2024.
- f.** Le 1^{er} mai 2024, le Dr D_____, a indiqué que le 24 octobre 2023, il avait constaté la persistance d'une dysfonction du ventricule gauche de l'assuré.
- Le 13 décembre 2023, il avait constaté des bruits de prothèse un peu métalliques transmis le long des vaisseaux jusqu'au niveau de l'artère humérale, ce qui était

gênant pour la prise de la tension artérielle. L'état fonctionnel s'était amélioré avec la reprise d'une bonne autonomie.

Lors d'une consultation du 12 janvier 2024, il avait constaté une amélioration de la fonction ventriculaire gauche.

L'assuré avait été incapable de travailler à 60% du 25 mars au 25 juin 2024, à 40% du 26 juin au 31 août 2024 et à 20% du 1^{er} septembre au 30 septembre 2024.

g. Le 10 décembre 2024, le Dr D_____ a indiqué qu'il n'y avait pas, du point de vue de sa spécialité, de diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail de l'assuré.

h. Dans un rapport du 15 janvier 2025, le docteur E_____, médecin du SMR, a résumé les rapports médicaux au dossier ainsi que le rapport d'échographie cardiaque du 10 juin 2024. Il a considéré que les pièces apportées au dossier étaient suffisantes pour retenir une capacité de travail de l'assuré dans toute activités de 0% dès le 30 août 2023, 40% dès le 25 mars 2024 et 100% dès le 10 juin 2024 (rapport du Dr D_____). La date du 10 juin 2024 pour la reprise était justifiée, puisqu'il s'agissait de celle de l'échocardiographie, qui montrait une stabilisation de la bonne récupération de ventricule gauche, à six mois de l'échocardiographie du 12 janvier 2024 qui montrait déjà une bonne récupération. Une fonction ventriculaire abaissée dans le cadre d'une décompensation aigüe d'une insuffisance aortique présentait un bon potentiel de récupération rapide après une chirurgie de remplacement de la valve aortique si elle était faite à temps, comme cela était attesté par l'évolution de l'assuré. Le chirurgien avait déjà noté une bonne récupération fonctionnelle lors de son contrôle post-opératoire du 14 novembre 2023. Enfin, après une opération de Bentall sans complication, une reprise pouvait être attendue de façon standard dans les trois à six mois. Les limitations fonctionnelles liées à l'anticoagulation à vie étaient un environnement sans risque de chute ou de blessure, pas de manipulation impliquant des objets coupants/contendants/sales, pas d'escabeau/échelle. L'activité d'enseignant était adaptée. En conclusion, le début de l'incapacité de travail durable était le 30 août 2023. La capacité de travail dans toute activités était de 0% dès le 30 août 2023, 40% dès le 25 mars 2024 et 100% dès le 10 juin 2024.

i. Par projet de décision du 23 janvier 2025, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré, au motif que son incapacité de travail avait duré moins d'une année et que les conditions du droit à une rente n'étaient dès lors pas réunies. Par ailleurs, des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas indiquées dans sa situation.

j. Le 14 février 2025, l'assuré a formé opposition au projet de décision de l'OAI. Il contestait principalement le refus de prendre en compte l'intégralité de son incapacité de travail ainsi que l'absence de prise en charge de mesures de réadaptation en dépit de ses évidentes limitations médicales.

k. Le 18 février 2025, le Dr D_____ a indiqué à l'OAI qu'il existait indubitablement chez l'assuré un retentissement psychique de son intervention chirurgicale cardiaque, qui n'avait pas été pris en compte jusqu'alors. Il ressentait une difficulté à reprendre les cours, du fait du bruit de sa prothèse aortique, qui devait toutefois s'estomper dans le temps. Ceci était à l'origine d'une insomnie, avec probablement un état dépressif secondaire à la circulation extracorporelle. De manière générale, il y avait 30% de dépression après une chirurgie thoracique cardiaque sous circulation extracorporelle. On pouvait statuer sur une reprise à temps partiel dans le travail d'enseignant avec l'obligation d'une prise en charge psychiatrique pour aider la réinsertion.

l. Dans un rapport du 13 mars 2025, la Dre C_____ a indiqué que du fait de sa pathologie cardiaque et des traitements nécessaires, l'assuré présentait une asthénie importante qui l'empêchait d'assumer un travail à 100%. Concrètement, il avait besoin de se reposer après une demi-journée de travail. Il était hypotendu et parfois ralenti en raison de ses traitements, ce qui limitait son endurance tant physique que psychique, ainsi que sa capacité de concentration. Enfin, il présentait un syndrome dépressif réactionnel (suite d'un état post-traumatique) limitant ses capacités. Sa capacité de travail était de 50%.

m. Dans un rapport établi le 25 mars 2025, la docteure F_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que l'assuré l'avait consultée pour la première fois le 4 mars précédent. Une intervention sur le cœur entraînait souvent un état équivalant à un état de stress post-traumatique. Cela était le cas pour l'assuré. Malgré une bonne évolution sur le plan somatique, un état anxio-dépressif s'était installé avec une appréhension face à l'avenir. On notait une baisse de l'état général se manifestant par une fatigabilité très importante avec la nécessité de se reposer en cours de journée. Un tel état, faisant suite à une importante opération et n'était pas de bon pronostic. Ce d'autant moins que le contexte professionnel était difficile. Un traitement psychiatrique-psychothérapeutique avait été entrepris sous la forme d'entretiens psychothérapeutiques à un rythme hebdomadaire sans nécessité actuelle d'adjoindre des médicaments. Sa capacité de travail pouvait être évaluée à 50%.

n. Dans un avis du 2 avril 2025, le Dr E_____ a considéré que les nouvelles pièces produites par le recourant n'apportaient aucun élément modifiant son avis du 15 janvier 2025.

o. Par décision du 15 avril 2025, l'OAI a confirmé son projet de décision, considérant que les éléments produits par le recourant ne permettaient pas de modifier sa précédente appréciation.

p. Le 16 mai 2025, la Dre C_____, a indiqué au conseil de l'assuré qu'elle estimait que ce dernier n'avait pas été en capacité de travail supérieure à 50% depuis septembre 2024.

- C. a.** Le 26 mai 2025, l'assuré a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), concluant à l'audition des parties ainsi que de témoins, notamment les Dres C_____ et F_____, et à ce qu'une expertise pluridisciplinaire (cardiologie, médecine interne et psychiatrie) soit ordonnée. Principalement, il concluait à l'annulation de la décision, à la condamnation de l'intimé à lui verser à tout le moins une rente d'invalidité de 50% à compter du 1^{er} août 2024, avec intérêts à 5% l'an sur les arriérés de rente dès le 24^e mois suivant leur exigibilité, avec suite de dépens.

Il faisait valoir que la décision de l'intimé reposait sur une appréciation erronée de sa situation. Il s'était trouvé en incapacité de travail depuis le 30 août 2023. Du 30 août 2023 jusqu'au 30 août 2024, il n'avait pas connu d'interruption de son incapacité de travail et n'avait jamais été apte au travail à 100% pendant une période ininterrompue d'au moins 30 jours consécutifs.

Le SMR ne pouvait, sur la seule base de l'examen réalisé par le Dr D_____ le 10 juin 2024, se distancer de l'appréciation de l'incapacité de travail émise par celui-ci. L'OAI avait manqué à son devoir d'instruction en ignorant les certificats médicaux de ses médecins traitants, qui attestaient d'une capacité de travail limitée à 50%.

Compte tenu du fait que le recourant n'était pas encore inséré professionnellement lors du début de son incapacité de travail durable, il fallait retenir que son taux d'invalidité se confondait avec son taux d'incapacité de travail. Au terme du délai d'une année, le 30 août 2024, son incapacité de travail s'élevait à 50%, de sorte qu'il avait le droit à une rente d'invalidité de 50% dès le 1^{er} août 2024.

- b.** Par réponse du 24 juin 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours.

c. Le 16 juillet 2025, le recourant a relevé que l'intimé avait affirmé que les conclusions du Dr E_____ étaient conformes à celles du Dr D_____. Cette information ne pouvait être suivie. Bien que le Dr D_____ ait conclu à une récupération de la fonction ventriculaire gauche tout à fait satisfaisante sur la base de l'échocardiographie réalisée le 10 juin 2024, il avait prescrit des arrêts de travail à 40% du 26 juin au 31 août 2024, puis à 20% pour le mois de septembre 2024. Cela démontrait que le recourant ne présentait pas une récupération complète au 10 juin 2024, contrairement à ce qu'affirmait le médecin du SMR le 15 janvier 2025. Des investigations supplémentaires étaient nécessaires.

L'intimé soutenait qu'aucun élément médical objectif ne permettrait d'identifier des troubles psychiques susceptibles d'influencer la capacité de travail du recourant. Cette appréciation ne tenait pas compte du rapport du Dr D_____ du 18 février 2025, qui mettait en évidence un retentissement psychique important consécutif à l'intervention chirurgicale. Le médecin y décrivait la présence

d'insomnies persistantes et d'une fatigabilité accrue. Le recourant était suivi par un psychiatre.

d. Le recourant a été entendu par la chambre de céans le 5 novembre 2025.

EN DROIT

1.

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

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

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

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

3. Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (*cf.* ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 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).

En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en 2024 (art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI), de sorte que sont applicables au litige les dispositions légales dans leur nouvelle teneur.

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).

4.2 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).

Une rente n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1^{bis} et 1^{ter} n'ont pas été épuisées (art. 28 al. 1^{bis} LAI).

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

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

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

4.3 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).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGa, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGa (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

4.4 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

5. En l'espèce, le Dr E_____, du SMR, a partiellement suivi l'évolution de la capacité de travail indiquée par le Dr D_____, le spécialiste en cardiologie qui suit le recourant, en retenant une capacité de travail de 0% dès le 30 août 2023, puis de 40% dès le 25 mars 2024 (rapport du 29 avril 2024).

Le Dr E_____ s'est ensuite éloigné de l'appréciation du Dr D_____ et a retenu une capacité de travail de 100% dès le 10 juin 2024, en se fondant sur la date d'une échographie, qui montrait une stabilisation de la bonne récupération du ventricule gauche, à six mois de l'échocardiographie du 12 janvier 2024, qui avait déjà montré une bonne récupération.

Dans son rapport du 1^{er} mai 2024, le Dr D_____ retenait, pour sa part, une capacité de travail de 40% jusqu'au 25 juin et de 60% jusqu'au 31 août 2024. Ce

n'est que dans son rapport du 10 décembre 2024 qu'il a indiqué qu'il n'y avait plus de limitations fonctionnelles.

Les conclusions du SMR ne sont pas fondées sur un rapport pouvant se voir reconnaître une pleine valeur probante et sont remises en cause tant par le rapport établi le 1^{er} mai 2024 par le Dr D_____ que par ceux établis le 16 mai 2025 par la Dre C_____ et le 25 mars 2025 par la Dre F_____, qui retenaient toutes les deux une capacité de travail de 50% du recourant.

Il se justifie en conséquence d'annuler la décision querellée et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire par une expertise indépendante, qui devra comporter un volet en médecine générale, en cardiologie et en psychiatrie.

6. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis.

Le recourant obtenant partiellement gain de cause et étant assisté d'un conseil, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis 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 15 avril 2025.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, au sens des considérants.
5. Alloue une indemnité de CHF 2'500.- au recourant, à la charge de l'intimé.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Janeth WEPF

Catherine TAPPONNIER

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