

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2121/2024

ATAS/369/2025

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 21 mai 2025**

**Chambre 4**

En la cause

A \_\_\_\_\_

recourant

représenté par Me Yves MABILLARD, avocat

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente ; Christine LUZZATTO et Larissa  
ROBINSON-MOSER, juges assesseures.**

---

**EN FAIT**

**A. a.** A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1969, gaucher, collaborait en qualité de maçon à plein temps auprès d'une entreprise de construction depuis le 10 octobre 1995, lorsque le 12 janvier 2009, il a été victime d'un accident sur son lieu de travail ayant occasionné un décantage hémi-circonférentiel de la base du pouce gauche et nécessité plusieurs opérations. Son assureur-accidents a pris en charge les conséquences de l'événement, en lui versant notamment une rente d'invalidité de 30% à partir du 1<sup>er</sup> avril 2011.

**b.** Le 10 août 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) en raison de cette atteinte.

**B. a.** L'assuré a repris son activité habituelle à 50% à partir du 15 juin 2010 et à 70% dès le 1<sup>er</sup> mars 2011.

**b.** Par décision du 15 août 2011, l'OAI, qui relevait que selon son service médical régional (ci-après : SMR), l'assuré était apte à travailler à plein temps dans une activité adaptée depuis le 21 avril 2010, a mis celui-ci au bénéfice d'une rente entière, fondée sur un taux d'invalidité de 100%, du 1<sup>er</sup> février au 30 avril 2010.

L'assuré n'a pas contesté cette décision.

**c.** À compter du 18 octobre 2011, l'assuré a présenté une incapacité de travail totale en raison de lombalgies.

**d.** Le 29 février 2012, il a été opéré pour un canal lombaire étroit décomprimé de L2 à la partie supérieure de L5 (rapport du service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève [HUG] du 18 avril 2012).

**e.** Le 4 avril 2012, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en invoquant une atteinte au dos.

**f.** Le 26 février 2013, l'assuré a subi une laminectomie L4 et laminectomie supérieure de L5, une récessotomie L4-L5 bilatérale et L5-S1 bilatérale et une décompression des racines L4 et L5 bilatéralement (rapport du service de neurochirurgie des HUG du 8 mars 2013).

**g.** L'OAI a accordé à l'assuré différentes mesures professionnelles (notamment orientation professionnelle et reclassement professionnel).

**h.** Sur recommandation du SMR, l'OAI a décidé de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, qui a été attribuée par SuisseMED@P-Team au centre d'expertises médicales de B\_\_\_\_\_ (B\_\_\_\_\_).

Le 7 novembre 2017, l'assuré a été examiné par la docteure C\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, le 21 novembre 2017 par le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et le lendemain par le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne générale.

Dans un rapport du 12 décembre 2017, les experts ont posé les diagnostics, avec influence sur la capacité de travail, de lombo-pseudosciatalgies chroniques, de canal lombaire étroit, de troubles dégénératifs lombaires pluriétagés avec hernie discale L3, de séquelle de maladie de Scheuermann, et de douleurs chroniques du pouce gauche. Les diagnostics, sans influence sur la capacité de travail, étaient une réaction dépressive au décours, une obésité (IMC à 35 kg/m<sup>2</sup>), et des douleurs chroniques de la cheville droite après entorse un mois et demi plus tôt en pratiquant la pêche.

Les experts ont conclu que la capacité de travail de l'assuré, nulle dans l'activité habituelle de maçon depuis le 18 octobre 2011, était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de travaux lourds, pas de port de charges excédant 15 kg, position de travail alternée, pas de porte-à-faux du tronc, pas d'exposition aux vibrations corporelles, pas de travail nécessitant de mouvements de pince, d'utilisation continue et fine du pouce gauche, pas de mouvement de préhension, pas d'utilisation d'engin vibrant, pas d'utilisation d'outils de frappe ou d'exposition au froid) depuis le 26 mai 2013, trois mois après la deuxième chirurgie lombaire.

**i.** Par avis du 7 février 2018, le SMR a fait siennes les conclusions de l'expertise.

**C. a.** Dans un projet de décision du 30 septembre 2019, lui ayant reconnu le statut d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle, l'OAI a annoncé à l'assuré qu'il entendait lui accorder une rente entière d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 100%, du 1<sup>er</sup> octobre 2012 au 31 août 2013. L'OAI a retenu que l'incapacité de travail de l'assuré était totale dans son activité habituelle depuis le 18 octobre 2011, début du délai d'attente d'un an. Dans une activité adaptée à son état de santé, en revanche, sa capacité de travail était entière depuis le 26 mai 2013. À l'échéance du délai d'attente, le 18 octobre 2012, son incapacité de gain entière lui ouvrait le droit à une rente entière. La comparaison du revenu de valide (CHF 72'837.-) et d'invalidé (CHF 55'806.-) dès le 26 mai 2013 aboutissait à une perte de gain de 23%, ne permettant plus le maintien du droit à des prestations sous forme de rente. Ainsi, le droit à la rente entière était supprimé au 31 août 2013, trois mois après l'amélioration constatée. La nouvelle comparaison du revenu de valide (CHF 74'308.-) et d'invalidé (CHF 57'015.-) à l'issue de la dernière mesure de réadaptation mise en œuvre par l'OAI, interrompue le 27 juin 2019, laissait apparaître une perte de gain de 23% également, excluant le droit à une rente. D'autres mesures professionnelles n'étaient pas exigibles, car elles ne seraient pas simples et adéquates, et ne permettraient pas de réduire le dommage.

**b.** L'assuré a contesté ce projet de décision, en produisant :

- un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du genou gauche du 13 août 2019, mettant en évidence une gonarthrose unicompartmentale du compartiment interne avec rupture dégénérative de la corne postérieure du

ménisque interne et chondropathie de grade IV évoluée associée à un œdème sous-chondral important, une infiltration liquidienne du ligament collatéral interne et de la patte d'oie probablement réactionnelle à la gonarthrose, et un épanchement intra-articulaire avec signes de synovite ;

- un rapport du 9 septembre 2019 du docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, sollicitant de la consultation du genou des HUG un avis chirurgical concernant le genou gauche de l'assuré ;
- un rapport d'IRM du genou droit du 10 septembre 2019, révélant une gonarthrose bi-compartimentale du compartiment interne et antérieur prédominant nettement au compartiment interne avec des chondropathies de grade IV, une chondropathie de grade IV de la gorge trochléenne, une fissure complexe du ménisque interne avec extrusion de ce dernier et kyste méniscal au sein de son mur, des corps chondromateux dans le récessus ménisco-fémoral du compartiment latéral, une bursite ansérine à l'insertion de la patte d'oie, et une dégénérescence mucineuse du ligament croisé antérieur ;
- un rapport du 25 septembre 2019 du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG relatif à une consultation portant sur les gonalgies, prescrivant un bilan radiologique complémentaire ;
- un rapport du 1<sup>er</sup> octobre 2019 du Dr F\_\_\_\_\_, faisant état d'atteintes aux deux genoux.

**c.** Par avis du 22 mars 2020, le SMR a indiqué que la survenue de gonalgies mécaniques dans un contexte de gonarthrose bilatérale prédominant à gauche chez un patient en surcharge pondérale nécessitait que les limitations fonctionnelles soient ajustées comme suit : activité légère, sédentaire, principalement en position assise, permettant l'alternance des positions au gré de l'assuré, sans usage fréquent d'échelle, escabeau ou escalier, pas de mouvement de pince, de préhension ou de geste fin avec le pouce gauche, manipulation de charges limitées à 5/7 kg, sans position du rachis en porte-à-faux, sans usage de machines vibrantes et/ou percutantes, activité à répartir harmonieusement sur cinq jours ouvrables.

**d.** Par décision du 26 mai 2020, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> octobre 2012 au 31 août 2013 mais lui a refusé l'octroi de mesures professionnelles. L'OAI relevait que les pièces médicales apportées dans le cadre de l'audition ne modifiaient pas son appréciation. L'assuré demeurait pleinement capable d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

L'assuré n'a pas recouru contre cette décision.

**e.** Le 20 août 2020, l'assuré a bénéficié d'une ostéotomie fémorale distale et tibiale proximale du genou gauche.

**f.** Le rapport d'IRM de la colonne lombaire du 22 septembre 2021 (en lien avec une IRM lombaire comparative du 11 mai 2020) a conclu à un rétrécissement canalaire sévère classé Schizas C en L3-L4 ainsi qu'à un rétrécissement foraminaux

en L3-L4 sévère à gauche et modéré à droite d'origine multifactorielle avec notamment une hernie de type extrusion postéro-latérale gauche, en L4-L5 à un rétrécissement foraminaux bilatéral à prédominance droite d'origine multifactorielle avec notamment une hernie de type extrusion postéro-latérale et foraminale droite d'aspect superposable, et à une zygarthrose étagée avec disparition des signes de synovite en L3-L4.

**g.** Le 3 novembre 2022, l'assuré a également bénéficié d'une ostéotomie tibiale de valgisation du genou droit.

**h.** Le 22 novembre 2022, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI.

**i.** Dans un rapport du 29 mai 2023, le Dr F\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de rétrécissement canalaire Schizas C L3-L4 et foraminaux L3-L4 sévère à gauche et modéré à droite de cause multifactorielle, avec notamment une hernie de type extrusion post-latérale étendue en foraminaux à gauche, de rétrécissement foraminaux L4-L5 bilatéral et une prédominance droite de cause multifactorielle avec notamment une hernie de type extrusion postéro-latérale et foraminale droite, de zygarthrose étagée avec synovite et œdème des berges osseuses plus marquée en L3-L4, d'ostéotomie fémorale et tibiale de valgisation bilatérale, formule visiblement temporaire, dans un contexte de gonarthrose des deux côtés qui devrait très probablement faire envisager une PTG des deux côtés à l'avenir, de trouble neuropathique des membres inférieurs sur atteintes radiculaires lombaires, et d'uncodiscarthrose étagée de C3-C7 avec une discarthrose MODIC I en C5-C6, rétrécissement foraminaux dégénératif très serré à droite en C3-C4, C4-C5 et C6-C7 et serré à gauche en C5-C6, petite pointe de hernie discale C3-C4 postéro-latérale droite marquant une empreinte partielle sur l'espace épidual antérieur et restant à distance du cordon médullaire. Le médecin a évalué la capacité de travail de l'assuré à 0% dans toute activité.

**j.** Par avis du 31 août 2023, le SMR a mentionné que les pièces médicales au dossier ne lui permettaient pas de se prononcer sur le cas et a préconisé une expertise rhumatologique afin d'établir l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis fin 2019/début 2020.

**k.** Cette expertise a été confiée au docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, auprès du Centre H\_\_\_\_\_, qui a examiné l'assuré le 30 novembre 2023 et rendu son rapport le 12 mars 2024.

L'expert a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombosciatalgies bilatérales sur récurrence du canal lombaire étroit opéré deux fois (*status* post laminectomie lombaire L2-L5 en février 2012, *status* post complément de laminectomie L4 et de laminectomie supérieure de L5 avec récessotomie en 2013), rétrécissements foraminaux L3-L4 et L4-L5, atteintes dégénératives zygapophysiales, déconditionnement musculaire, de gonalgies bilatérales mécaniques d'origine dégénérative après ostéotomie fémorale distale et

tibiale proximale gauche le 20 août 2020 et ostéotomie tibiale de valgisation du genou droit le 3 novembre 2022, et de déficit de la préhension de la main gauche à la suite de deux traumatismes (un débridement de plaie de greffe cutanée du pouce après que la main gauche était happée en 2009, une fracture de type Mallet pouce gauche nécessitant une ostéosynthèse avec deux vis avec broche en 2013). Sans répercussion sur la capacité de travail, l'assuré présentait une cervico-scapulalgie chronique sur troubles dégénératifs, une obésité de grade 2, BMI 35 kg/m<sup>2</sup>, et une coxarthrose droite radiologique, sans retentissement anamnestique ou clinique au jour de l'expertise.

L'expert a estimé que la capacité de travail de l'assuré, nulle dans l'activité habituelle depuis novembre 2011, était entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (pas de port de charges supérieures à 5 kg, pas de position debout / assise / marche prolongée, pas de travail en position de porte-à-faux lombaire, pas de travail sur une échelle / en terrain irrégulier, pas de travail nécessitant de mettre les genoux à terre, nécessitant une rotation de la colonne ou nécessitant des travaux de force avec la main gauche [fermer le poing, la préhension], pas de travail avec des membres supérieurs) depuis janvier 2013. Des périodes d'incapacité de travail transitoires de quatre mois post-opératoires pouvaient être raisonnablement retenues pour chaque genou.

**l.** Par avis du 25 mars 2024, le SMR a suivi les conclusions de cet expert.

**m.** Par projet de décision du 12 avril 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de prestations, en l'absence d'une atteinte à la santé ayant des répercussions durables sur sa capacité de gain depuis la dernière décision du 26 mai 2020 lui octroyant des prestations pour une durée limitée.

**n.** Par courrier du 6 mai 2024, l'assuré a contesté ce projet de décision, en s'appuyant sur le rapport du Dr F\_\_\_\_\_ du 22 novembre 2023.

**o.** Par avis du 16 mai 2024, le SMR a maintenu sa position, en l'absence de fait nouveau. Le rapport médical précité, antérieur à l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_, reprenait les problèmes médicaux déjà discutés par l'expert.

**p.** Par décision du 22 mai 2024, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, les éléments produits ne permettant pas de modifier la précédente appréciation.

**D. a.** Par acte du 24 juin 2024, l'assuré, représenté par un avocat, a déféré cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à son audition et à celle du Dr F\_\_\_\_\_, et principalement, à l'annulation de cette décision et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière.

Il a allégué qu'il prenait de nombreux médicaments pour supporter ses douleurs constantes et que son psychisme était également affecté par cette situation. Il a

fait valoir que l'intimé n'avait pas correctement apprécié l'aggravation de son état de santé qui l'invalidait dans l'accomplissement de toute activité professionnelle.

**b.** Par réponse du 6 août 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Son appréciation médicale s'était fondée sur l'expertise rhumatologique du 30 novembre 2023, qui revêtait pleine valeur probante. L'expert ne retrouvait pas d'aggravation de l'état de santé rapporté par le médecin traitant. Au contraire, il relevait une amélioration à la suite des traitements introduits sur certains points et une situation comparable aux examens antérieurs sur d'autres. L'expert décrivait un assuré authentique avec des plaintes somatiques plausibles, mais qui permettaient de maintenir le train de vie antérieur. Il retenait une capacité de travail entière dans un posté adapté aux limitations fonctionnelles. Les éléments apportés par le recourant ne permettaient pas de faire une appréciation différente du cas.

**c.** Par réplique du 6 décembre 2024, le recourant a persisté dans ses conclusions, en précisant qu'il sollicitait l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 22 novembre 2022, et subsidiairement, il a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire bidisciplinaire.

Il a fait valoir que les éléments du dossier attestaient une aggravation de son état de santé, influençant négativement sa capacité de travail même dans une activité adaptée, étant donné que le Dr F\_\_\_\_\_ avait retenu une capacité de travail nulle dans toute activité. Depuis la décision de 2020, il souffrait encore du dos, davantage qu'auparavant, mais également des genoux, des cervicales et présentait des épisodes dépressifs. Ses douleurs, qui avaient augmenté, étaient couvertes par un dosage plus massif d'antalgiques. L'argument du dernier expert rhumatologue consistant à nier une aggravation de l'état de santé au motif que les douleurs se seraient réduites grâce au traitement d'antalgiques ne pouvait pas être suivi. L'expert ne relevait pas que le traitement avait été constamment évalué à la hausse depuis 2022. Le dosage de la morphine avait même triplé au fil des ans, pour atteindre actuellement entre 120 et 150 mg par jour, alors qu'il avait débuté à 40 mg. Il avait d'ailleurs dû changer de marque de médicament pour lutter contre l'accoutumance. Sans morphine correctement dosée, il n'était pas en mesure de se lever du lit le matin. Le recourant en a inféré qu'il était totalement faux d'affirmer que ses douleurs s'étaient atténuées de moitié depuis la prise de morphine. Il s'agissait d'un palliatif qui n'améliorait pas son état de santé qui avait continué de se dégrader.

Le recourant a ajouté que, dans la mesure où les limitations fonctionnelles avaient changé depuis la décision de 2020, compte tenu de ses troubles aux genoux, une aggravation de son état de santé devait être confirmée. Il en a conclu que sa capacité de travail dans une activité adaptée ne pouvait pas rester à 100%. Dès lors que selon le Dr F\_\_\_\_\_, sa capacité de travail était nulle dans toute activité, il avait le droit à une rente entière d'invalidité.

Subsidiairement, même à retenir une capacité de travail résiduelle de 50% au maximum, il pouvait prétendre à une rente d'invalidité de 55%, résultant de la comparaison du revenu de valide (CHF 72'837.-) et d'invalidité (CHF 32'827.-, fondé sur le revenu statistique [niveau 1]).

**d.** Par duplique du 13 janvier 2025, l'intimé a exposé que l'expert rhumatologique avait explicitement tenu compte des douleurs évoquées par le recourant au regard du dossier analysé, des plaintes et de l'anamnèse relevée. La baisse des douleurs mentionnée par l'expert découlait du questionnement du recourant qui rapportait une efficacité du traitement. L'expert avait par ailleurs effectué un examen clinique complet selon les règles de l'art et avait expliqué les raisons qui l'avaient poussé à s'écarter de l'appréciation du médecin traitant, qui retenait comme incapacitants des diagnostics radiologiques sans impact fonctionnel. L'expertise relevait des ressources et des activités quotidiennes majoritairement préservées. L'intimé en a tiré la conclusion que les critiques portées à l'encontre de l'expertise étaient mal fondées. Il en était de même des autres arguments évoqués par le recourant qui portaient sur l'évaluation de la capacité de travail.

**e.** 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** Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA [applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAI]) et le délai de 30 jours (art. 56, 60 et 38 al. 3 LPGA) prévus par la loi, le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations, singulièrement sur sa capacité de travail dans une activité adaptée.

**3.** Le 1<sup>er</sup> janvier 2022, la révision de la LAI, de même que celle de la LPGA, ainsi que les ordonnances d'application sont entrées en vigueur (Développement continu de l'AI ; modification du 19 juin 2020, RO 2021 705 ; FF 2017 2535).

Conformément aux principes généraux en matière de droit intertemporel, les règles de droit déterminantes en cas de modification du droit sont celles qui

étaient en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement et qui a des conséquences juridiques (ATF 149 II 320 consid. 3 ; 148 V 174 consid. 4.1 et les références). En application de ce principe général du droit intertemporel, lorsqu'un état de fait durable s'est produit en partie avant et en partie après l'entrée en vigueur de la nouvelle législation, le droit à une rente d'invalidité doit être examiné pour la première période selon les dispositions de l'ancien droit et pour la deuxième période selon les nouvelles règles. Les réglementations transitoires particulières sont réservées (ATF 150 V 323 consid. 4.2).

#### 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).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGa (ATF 149 V 91 consid. 7.5 et les références). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à l'accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les références).

Les constatations et conclusions médicales dans le cadre d'une révision doivent porter précisément sur les changements survenus par rapport à l'atteinte à la santé et à ses effets depuis l'appréciation médicale antérieure déterminante. La valeur probante d'une expertise réalisée dans le cadre de la révision du droit à la rente dépend donc essentiellement de la question de savoir si elle contient des explications suffisantes sur la mesure dans laquelle une modification de l'état de santé a eu lieu. Demeurent réservées les situations dans lesquelles il est évident que l'état de santé s'est modifié (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_385/2023 du 30 novembre 2023 consid. 4.2.3 et les références).

La base de comparaison déterminante dans le temps pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente est constituée par

la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et la référence).

**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).

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).

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).

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).

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

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par

conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

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).

**4.4** 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).

## 5.

**5.1** En l'espèce, il convient d'examiner si l'état de santé du recourant s'est péjoré depuis la dernière décision de l'intimé du 26 mai 2020, entrée en force, mettant le recourant au bénéfice d'une rente d'invalidité entière limitée dans le temps. Pour ce faire, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient lors de cette décision à ceux prévalant au moment de la décision litigieuse.

**5.1.1** À l'époque, l'intimé avait retenu, sur la base des avis du SMR des 7 février 2018 et 22 mars 2020 - le premier étant lui-même fondé sur le rapport d'expertise de la B\_\_\_\_\_ du 12 décembre 2017 - que le recourant, inapte à exercer son activité habituelle de maçon depuis le 18 octobre 2011, pouvait exercer à plein temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques, depuis le 26 mai 2013.

Dans le rapport précité, les experts de la B\_\_\_\_\_ avaient posé, avec effet sur la capacité de travail du recourant, les diagnostics de lombo-pseudosciatalgies chroniques avec *failed back surgery syndrom* après laminectomie de la partie supérieure de L2 jusqu'à la partie supérieure de L5 le 29 février 2012 ainsi qu'en 2013 (en deux temps), de canal lombaire étroit, de troubles dégénératifs lombaires pluriétagés avec hernie discale L3, de séquelle de maladie de Scheuermann, de douleurs chroniques du pouce gauche avec dégantage hémi-circonférentiel du pouce gauche et section complète du court abducteur et du long extenseur du pouce gauche le 12 janvier 2009, et de fracture de la phalange distale du pouce gauche traitée par ostéosynthèse le 10 décembre 2013 avec ablation du matériel d'ostéosynthèse le 7 février 2014 (n'ayant pas occasionné une incapacité de travail durable).

Les experts avaient retenu que la pathologie vertébrale entraînait les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travaux lourds, pas de port de charges excédant 15 kg, position de travail alternée, pas de porte-à-faux du tronc, pas d'exposition aux vibrations corporelles. Les limitations fonctionnelles pour le pouce gauche étaient : pas de travail nécessitant de mouvements de pince, d'utilisation continue et fine du pouce gauche, de mouvement de préhension, pas d'utilisation d'engin vibrant ou d'exposition au froid. Les experts avaient conclu que la capacité de travail du recourant était définitivement nulle dans son activité habituelle de maçon. En revanche, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, et en l'absence de pathologie psychiatrique incapacitante, sa capacité de travail était entière dès le 26 mai 2013, trois mois après la deuxième chirurgie lombaire.

Après que le recourant ait contesté le projet de décision du 30 septembre 2019, en produisant des pièces médicales se rapportant essentiellement à ses gonalgies bilatérales, l'OAI avait instruit le dossier en soumettant un questionnaire préétabli tant au médecin traitant généraliste qu'au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG. À la suite de quoi, dans son avis du 22 mars 2020, le SMR avait ajouté les limitations fonctionnelles suivantes en raison de la gonarthrose bilatérale prédominant à gauche : activité légère, sédentaire, principalement en position assise, permettant l'alternance des positions au gré du recourant, sans usage fréquent d'échelle, escabeau ou escalier, et manipulation de charges limitées à 5/7 kg, sans modification du taux de la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité adaptée.

C'est ainsi que le recourant avait été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité entière pour la période du 1<sup>er</sup> octobre 2012 au 31 août 2013, son taux d'invalidité étant inférieur au taux minimal requis par la loi de 40% pour pouvoir prétendre à une rente pour la période postérieure.

**5.1.2** La décision litigieuse, quant à elle, se fonde sur le rapport d'expertise rhumatologique du 12 mars 2024.

Ce rapport comprend les données objectives du dossier, soit les pièces médicales essentielles, y compris radiologiques (pp. 7-35 et 49), les données subjectives du recourant et l'anamnèse (pp. 36-44), l'examen somatique (pp. 45-49) ainsi que l'appréciation du cas (pp. 50-59).

Sur le fond, l'expert a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombosciatalgies bilatérales sur récurrence du canal lombaire étroit opéré deux fois (*status* post laminectomie lombaire L2-L5 en février 2012, *status* post complément de laminectomie L4 et de laminectomie supérieure de L5 avec récessotomie en 2013), rétrécissements foraminaux L3-L4 et L4-L5, atteintes dégénératives zygapophysaires, déconditionnement musculaire, de gonalgies bilatérales mécaniques d'origine dégénérative après ostéotomie fémorale distale et tibiale proximale gauche le 20 août 2020 et ostéotomie tibiale de valgisation du genou droit le 3 novembre 2022, et de déficit de la préhension de la main gauche à la suite de deux traumatismes (un débridement de plaie de greffe cutanée du pouce après que la main gauche était happée en 2009, une fracture de type Mallet pouce gauche nécessitant une ostéosynthèse avec deux vis avec broche en 2013).

L'expert a relevé que le recourant présentait une récurrence de son canal rétréci malgré les opérations de 2012 et 2013 selon le tableau clinique et l'IRM lombaire. L'absence de manœuvre de Lasègue et déficit sensitivomoteur parlait contre une atteinte radiculaire au jour de l'expertise. La diminution du réflexe rotulien à droite pouvait être due aux séquelles des diverses opérations. Des gonalgies bilatérales sur trouble dégénératif persistaient également malgré les opérations de valgisation en 2020 et 2022 hormis la disparition des épanchements articulaires. L'expert précisait que le recourant marchait sans moyen auxiliaire (p. 51). Ce dernier présentait également un déficit de préhension de la main gauche post-traumatique qui s'accompagnait d'une amyotrophie de la loge thénarienne. La cervicalgie sur troubles génératifs n'était quant à elle pas incapacitante (pp. 53-54).

L'expert a conclu que la capacité de travail du recourant, nulle dans l'activité habituelle de maçon, était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (sans port de charges supérieures à 5 kg, ni position debout / assise / marche prolongée, ni travail en position de porte-à-faux lombaire, ni travail sur une échelle / en terrain irrégulier, ni travail nécessitant de mettre les genoux à terre, nécessitant une rotation de la colonne ou nécessitant des travaux de force avec la main gauche [fermer le poing, la préhension], ni travail de force avec des membres supérieurs) depuis janvier 2013, excepté des périodes d'incapacité de travail transitoires de quatre mois post-opératoires qui pouvaient être raisonnablement retenues pour chaque genou.

Les pièces médicales produites par le recourant à l'appui de son recours ne lui sont d'aucun secours, car ces documents (hormis le rapport du médecin traitant généraliste du 9 septembre 2019 [pièce 11] et celui du service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale des HUG du 24 novembre 2021 [pièce 19]) étaient

connus de l'expert et ne font pas état d'éléments médicaux qui auraient été ignorés par celui-ci. Le fait que l'expert ait omis de citer ces deux rapports ne discrédite pas ses conclusions. En effet, dans le premier, le médecin généraliste rapporte essentiellement les gonalgies du recourant et se réfère à l'IRM du genou gauche du 13 août 2019, soit des faits et une imagerie qui étaient eux connus de l'expert. Quant au deuxième rapport, les HUG évoquent l'atteinte aux deux oreilles du recourant. Ceci étant, dans un rapport du 5 avril 2013, le service ORL des HUG a mentionné que les problèmes otologiques du recourant n'affectaient pas sa capacité de travail (dossier OAI p. 660). Depuis lors, aucun rapport médical au dossier n'atteste le contraire.

Le rapport du médecin traitant généraliste du 22 novembre 2023, que le recourant a produit dans le cadre de l'audition contre le projet de décision du 12 avril 2023, n'est pas non plus de nature à remettre en doute l'appréciation de l'expert, étant donné que le médecin traitant ne fait pas état d'éléments médicaux qui auraient été ignorés par l'expert. Par ailleurs, le médecin traitant ne se prononce pas sur la capacité de travail résiduelle du recourant.

Le fait que les troubles aux genoux du recourant entraînent des limitations fonctionnelles supplémentaires n'a à lui seul aucune conséquence sur la capacité de gain du recourant, puisque ces atteintes n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail du recourant qui demeure entière dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles.

En outre, l'expert a indiqué, sur la base des informations fournies par le recourant, le traitement médicamenteux que suivait ce dernier au jour de l'expertise, tout en relevant que, selon les dires mêmes du recourant, ses douleurs avaient passé de 9 à 5/10 grâce audit traitement, et que parfois, il pouvait ne pas prendre le traitement morphinique le soir (pp. 38, 43-44). Quand bien même les douleurs du recourant n'ont pas disparu, il y a lieu de souligner, comme l'ont mis en évidence les experts de la B\_\_\_\_\_ déjà à l'époque, que les douleurs sont un phénomène subjectif, propre à chaque individu (dossier OAI p. 1257). Or, pour pouvoir déterminer le droit aux prestations de l'assurance, l'administration et, en cas de recours, le juge se fonde sur une appréciation médicale objective. Dans ce cadre, aucun rapport médical n'atteste que la prise des médicaments, voire leur éventuelle dépendance, auraient des effets négatifs sur la capacité de travail du recourant.

Quant aux éventuels troubles psychiques allégués par le recourant dans le cadre de son recours, aucun rapport médical au dossier n'atteste qu'ils auraient valeur de maladie et impacteraient sa capacité de travail depuis la dernière expertise de la B\_\_\_\_\_, laquelle relevait qu'ils n'étaient pas incapacitants.

Ainsi, en l'absence de rapport médical susceptible de remettre en cause le rapport d'expertise rhumatologique du 12 mars 2024, les conclusions de l'expert emportent la conviction. Au passage, le fait que cet expert ait fixé le début de la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité adaptée au 1<sup>er</sup> janvier

2013, plutôt qu'au 26 mai 2013 d'après les experts de la B\_\_\_\_\_, n'ôte pas à lui seul la valeur probante du rapport d'expertise de 2024 pour ce qui est de l'évaluation de la capacité de travail résiduelle du recourant, qui est en fin de compte demeurée totale depuis, en tout cas, le 26 mai 2013, excepté les périodes d'incapacité de travail transitoires de quatre mois consécutives à l'opération de chaque genou, le 20 août 2020 du côté gauche et le 3 novembre 2022 du côté droit.

**5.1.3** En définitive, les atteintes du recourant à la colonne vertébrale, à la main gauche et aux genoux n'ont pas modifié sa capacité de travail résiduelle qui est restée entière dans une activité adaptée depuis le 26 mai 2013.

**5.2** En l'absence d'un motif de révision, il n'y a pas lieu de procéder à un nouveau calcul pour évaluer le degré d'invalidité du recourant, étant souligné que les périodes d'incapacité de travail transitoires sus rappelées de quatre mois seulement sont insuffisantes pour aboutir à l'octroi d'une prestation sous forme de rente (art. 28 al. 1 LAI).

Aussi, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a), est-il superflu d'entendre oralement le recourant (qui s'est déjà exprimé par écrit) et son médecin traitant généraliste, ou de mettre en œuvre une expertise judiciaire.

- 6.** Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté et le recourant condamné au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al.1<sup>bis</sup> LAI).

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

**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

Julia BARRY

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