

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2760/2025

ATAS/205/2026

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 mars 2026

Chambre 3

En la cause

A _____

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, présidente; Philippe LE GRAND ROY et Christine
LUZZATTO, juges assesseurs**

EN FAIT

A. a. A_____ (ci-après : l'assuré) né en _____1965, de nationalité portugaise, arrivé en Suisse en avril 2014, titulaire d'une formation de nettoyeur, ayant en dernier lieu exercé une activité de déménageur, a déposé en date du 16 octobre 2024 une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), en invoquant un problème psychiatrique présent depuis 2014.

b. Ont été recueillis lors de l'instruction de son dossier, notamment, les éléments suivants :

- Dans un rapport du 29 octobre 2024, le docteur B_____, psychiatre, a indiqué avoir reçu l'assuré de manière très ponctuelle en 2018 ou 2019, puis une nouvelle fois le 29 août 2024, sur conseil de son médecin généraliste. À cette occasion, l'assuré avait surtout décrit un mal-être dû à des difficultés de sommeil. Il avait également évoqué sa fatigue, des difficultés d'attention et de concentration et une grande détresse sociale.
- Le 20 janvier 2025, le docteur C_____, médecin traitant, a fait état d'un épisode de dépression sévère avec un ralentissement, des difficultés d'attention et de concentration et des insomnies. Cela étant, le médecin a conclu à l'absence de limitations fonctionnelles, tout en se déclarant incapable d'évaluer la capacité de travail de son patient.
- Dans un rapport du 5 février 2025, le docteur D_____, du service de dermatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a indiqué que l'assuré était connu pour l'excision, en juillet 2024, d'un carcinome basocellulaire situé au niveau du front et, en octobre 2024, d'un mélanome malin situé au niveau de l'épigastre. Ces diagnostics étaient sans répercussion sur la capacité de travail.
- Le Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), le 14 février 2025, a conclu à l'absence d'incapacité de travail durable. L'atteinte psychique était liée à la situation sociale de l'assuré, puisque le médecin traitant concluait à l'absence de limitations fonctionnelles et de répercussions durables sur les activités de la vie quotidienne.

c. Le 18 février 2025, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à toute prestation, faute d'atteinte à la santé invalidante.

d. Le 7 avril 2025, l'assuré s'est opposé à ce projet, en se contentant de produire des pièces médicales, au nombre desquelles figuraient, notamment :

- une brève attestation du Dr B_____ du 17 mars 2025, attestant avoir reçu l'assuré en dates des 29 août, 24 octobre et en novembre 2024 ;

- un certificat d'arrêt de travail signé du Dr C_____ pour la période du 17 au 31 mars 2025 ;
- un autre certificat du Dr C_____, faisant état d'une entorse du poignet gauche de grade II, d'un étirement et d'une rupture partielle du ligament radiocarpien dorsal, de douleurs à la mobilisation, d'une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle de déménageur, mais d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée ;
- divers rapports médicaux établis entre 2013 et 2018 faisant état : d'une fracture de la clavicule, d'un syndrome cervico-brachial, de radiographies de la colonne dorsale et lombaire normales, d'un traumatisme de l'épaule droite et d'un traumatisme crânien avec radiographies de l'épaule et scanner cérébral normaux en 2013, d'une radiographie de l'index droit de 2018 ne montrant pas de fracture et d'une radiographie du thorax du 9 décembre 2018 montrant des fractures de côtes.

e. Le dossier a été soumis une nouvelle fois au SMR, qui a constaté que toutes les atteintes pour lesquelles des documents médicaux avaient été fournis entre 2013 et 2018 étaient résolues sans séquelles et que, s'agissant de l'entorse du poignet gauche survenue le 10 janvier 2024, le médecin traitant avait attesté d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Il a été relevé que ce type d'atteinte était non durable et non susceptible d'entraîner des limitations fonctionnelles durables, puisque guérissant en l'espace de trois à six mois.

f. Par décision du 14 juillet 2025, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation, faute d'atteinte à la santé invalidante au sens de la loi.

B. a. Par écriture du 11 août 2025 déposée au guichet de l'OAI le 19 août 2025, et transmise par ce dernier à la Cour de céans comme objet de sa compétence, l'assuré a contesté cette décision, en alléguant être dans l'incapacité de reprendre son ancienne activité professionnelle en raison des atteintes à son poignet et à ses ligaments. Pour le surplus, il demandait qu'une copie de son dossier soit transmise à son médecin traitant.

b. Invité à régulariser son recours, dépourvu de signature manuscrite, l'assuré s'est exécuté dans le délai qui lui avait été imparti pour ce faire.

c. Parallèlement, par courrier du 19 août 2025 adressé à l'OAI, l'assuré a indiqué que son intention n'était pas d'interjeter recours contre la décision du 14 juillet 2025, mais simplement d'obtenir une copie de son dossier.

d. Cela étant, par écriture du 15 septembre 2025, l'assuré a formellement confirmé son recours, en concluant à l'octroi d'une rente et demandant une nouvelle fois à pouvoir prendre connaissance de son dossier. Il annonçait qu'il compléterait son argumentation après cela.

e. Invité à se déterminer, l'intimé a produit le dossier du recourant.

f. Le 29 septembre 2025, la Cour de céans a accordé à ce dernier un délai au 20 octobre 2025 pour consulter les pièces de son dossier et se déterminer, ce qu'il n'a pas fait.

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

EN DROIT

1.

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

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

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

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

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

Interjeté dans le délai prévu par la loi, le recours est recevable.

2.

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

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (*cf.* ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2 et les références).

2.2 En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en avril 2025, soit six mois après le dépôt de la demande du 16 octobre 2024 (*cf.* art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

3. Le litige porte sur le droit du recourant à d'éventuelles prestations de l'assurance-invalidité, plus particulièrement sur l'existence d'une atteinte à la santé invalidante au sens de la loi.

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).

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).

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

4.5 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (*cf.* art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis

décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

4.5.1 Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

Le médecin du SMR n'a pas l'obligation de procéder lui-même à un examen médical sur la personne de l'assuré (*cf.* art. 49 al. 2 RAI) mais peut, selon les circonstances, fonder son avis en évaluant les éléments médicaux au dossier. Cette appréciation en l'absence d'examen n'est pas dénuée d'emblée de toute valeur probante et est soumise aux mêmes exigences en matière de preuve que les autres rapports médicaux (ATF 136 V 376 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_160/2025 du 27 octobre 2025 consid. 5.2 et la référence).

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

(cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

4.6 En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socio-culturels ; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a *in fine* ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_43/2023 du 29 novembre 2023 consid. 5.1 et 5.2 et les références).

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

5. En l'espèce, la décision litigieuse repose sur l'avis du SMR qui, après examen des différents rapports recueillis auprès des médecin et psychiatre traitants, a conclu à l'absence de limitation fonctionnelle et d'atteinte à la santé invalidante.

Le recourant, dans la très brève motivation de son recours, se contente d'invoquer l'atteinte à son poignet gauche. Cela étant, ainsi que l'a relevé le SMR, une telle atteinte, susceptible de guérir en l'espace de quelques mois (trois à six tout au plus), ne saurait être qualifiée d'invalidante au sens de la loi.

Pour le surplus, on relèvera que les autres atteintes somatiques ont également toutes guéri sans laisser de séquelles.

Enfin, sur le plan psychique, le médecin traitant, s'il fait état d'un état dépressif sévère, conclut pourtant à l'absence de toute limitation fonctionnelle. Le psychiatre ne confirme d'ailleurs pas le diagnostic évoqué par le médecin traitant et il ressort de ses explications que ce sont des facteurs psychosociaux qui se trouvent au premier plan. Pas plus que le médecin traitant, le psychiatre ne conclut à une incapacité de travail.

Eu égard aux considérations qui précèdent, la décision litigieuse de nier l'existence de toute atteinte à la santé invalidante s'avère justifiée et le recours manifestement infondé. Il est donc rejeté.

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

Statuant

A 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 qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Karine STECK

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