

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2823/2024

ATAS/665/2025

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 8 septembre 2025**

**Chambre 9**

En la cause

**A** \_\_\_\_\_  
représenté par Me Catarina MONTEIRO SANTOS, avocate

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Eleanor McGREGOR, présidente**

---

**EN FAIT**

- A.** a. A \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1978, père de deux enfants nés les \_\_\_\_\_ 2009 et \_\_\_\_\_ 2022, a été employé en tant qu'ouvrier du bâtiment par la société B \_\_\_\_\_ SA à partir du \_\_\_\_\_ 2011.
- b. Le 28 août 2014, il a été victime d'un accident professionnel, ayant entraîné une fracture des os du nez, des lésions dentaires et au genou gauche ainsi que diverses plaies faciales. À la suite de cet accident, il a présenté une incapacité de travail.
- c. L'assureur-accidents, soit la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA), a pris en charge le cas et alloué des prestations.
- B.** a. Le 4 février 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI).
- b. Du 19 au 22 février 2015, l'assuré a séjourné au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) à la suite d'une intervention du 19 février 2015 au genou gauche, consistant en une excision de la calcification et de l'ossification, d'un débridement tendineux et d'une réinsertion du tendon rotulien proximal. À titre de diagnostics, il était retenu une fracture de l'éperon rotulien distal et une rupture partielle du tendon rotulien gauche (lettre de sortie du 1<sup>er</sup> avril 2015).
- c. Par décision du 9 avril 2015, l'OAI a mis en place des mesures d'intervention précoce sous la forme d'un cours de formation (expression orale et bases grammaticales en français) du 16 avril au 16 juillet 2015.
- d. Le 7 juillet 2015, l'assuré a été examiné par le docteur C \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et médecin-conseil de la CNA, qui a retenu, dans son rapport du 13 juillet 2015, un status après fracture des os propres du nez, un traumatisme facial avec perte/avulsion des dents et un traumatisme du genou gauche avec probable enthésopathie ancienne (séquelle de type Sinding Larsen Johansson).
- e. Le 12 novembre 2015, l'assuré a subi une septo-rhinoplastie ouverte, une turbinoplastie inférieure bilatérale et une plastie de la pointe du nez (compte-rendu opératoire du 23 novembre 2015).
- f. L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) du 19 juillet au 23 août 2016.

Dans un rapport du 9 septembre 2016, les médecins de la CRR ont relevé, au genou gauche, une tendinopathie chronique de l'insertion du ligament rotulien sans rupture tendineuse et, à la cheville droite, un kyste arthro-synovial d'origine arthro-synoviale, ainsi qu'un ténosynovite des tendons fibulaires juste en aval de la malléole externe. Sur le plan psychiatrique, il était relevé un trouble de

l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, consécutive à une rupture affective. L'assuré présentait une incapacité de travail dans sa profession actuelle d'ouvrier chapiste. Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes avaient été retenues : longs déplacements et déplacements dans terrains accidentés, ports de charges lourdes, positions contraignantes pour le genou (accroupies et à genoux), positions debout prolongées, monter et descendre des escaliers et échelles. Une stabilisation médicale était attendue dans un délai de six semaines et aucune nouvelle intervention n'était proposée.

**g.** Dans un rapport du 1<sup>er</sup> juin 2017, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et orthopédiste traitant, a indiqué que l'assuré présentait une incapacité de travail totale.

Était joint un rapport du 5 avril 2017 établi à la suite d'une IRM du genou gauche du 3 avril 2017, concluant à un ménisque externe discoïde sans anomalie de signal intraméniscale et à une tendinite insertionnelle proximale du tendon rotulien.

**h.** Le 14 juin 2017, l'assuré a subi une arthroscopie au niveau du genou gauche. Dans son rapport opératoire du même jour, le Dr D\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de cal vicieux post-fracture rotulienne du genou gauche, de bursite pré-rotulienne, de bursite bourse sous-rotulienne, de plica para-patellaire interne fibreuse et de synovites juxta-lésionnelles.

**i.** Dans son rapport du 24 novembre 2017, le Dr D\_\_\_\_\_, après avoir examiné l'assuré, a noté une légère mais lente amélioration. L'assuré devait poursuivre la physiothérapie et le traitement médicamenteux, dans la mesure où la situation n'était pas stabilisée et une amélioration était à attendre. Une reprise de travail dans son activité habituelle n'était pas possible. Dans un poste sédentaire, théoriquement, l'assuré pourrait travailler à 100%. Un travail nécessitant des déplacements n'était pas encore possible en raison des douleurs dans son genou droit.

**j.** Dans un rapport du 18 décembre 2017, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et médecin d'arrondissement de la CNA, a indiqué, à titre de diagnostics, des limitations fonctionnelles post traumatiques du genou gauche. L'ancienne activité de maçon n'était plus exigible. Dans une activité professionnelle réalisée à la guise de l'assuré, en position assise ou debout, sans limitation au niveau des membres supérieurs, tout en permettant de brefs déplacements, avec un port de charges limités à 5kg afin de ne pas augmenter les gonalgies, sans devoir s'accroupir, sans déplacement répété dans des escaliers, il était attendu de l'assuré une activité professionnelle réalisée à la journée entière.

**k.** Par projet de décision du 16 juillet 2018, l'OAI a informé l'assuré du droit à une rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> août 2015 jusqu'au 28 février 2018. À l'issue de l'instruction médicale, l'OAI reconnaissait à l'assuré une incapacité de travail

totale dans son activité habituelle d'aide chapiste depuis le 28 août 2014. Dans une activité adaptée, sa capacité de travail était entière dès le 24 novembre 2017. Le degré d'invalidité évalué à partir de cette date étant inférieur à 40%, il n'ouvrait plus le droit à des prestations, de sorte que le droit à la rente était supprimé au 28 février 2018.

**l.** Par courrier du 13 septembre 2018, l'assuré, représenté par une avocate, a contesté ce projet, faisant valoir qu'il n'avait pas encore recouvré une pleine et entière capacité de travail.

L'assuré a notamment produit :

- un rapport du 3 septembre 2018 établi à la suite d'une IRM lombaire du même jour ;
- un certificat médical du 4 septembre 2018 du Dr D\_\_\_\_\_ indiquant que l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé et qu'une opération pour le genou droit était à prévoir prochainement.

**m.** Par avis médical du 9 novembre 2018, le SMR a conclu à une aggravation de l'état de santé, dans la mesure où l'assuré avait une nouvelle atteinte au niveau lombaire et « apparemment » au niveau du genou droit, de sorte qu'il convenait de renvoyer un questionnaire au Dr D\_\_\_\_\_.

**n.** Dans son rapport du 21 novembre 2018, le Dr D\_\_\_\_\_ a fait état de douleurs des genoux et des douleurs lombaires avec une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et une capacité de travail possible dans une activité sédentaire, tout en précisant qu'une opération de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit était prévue pour le 5 décembre 2018.

Étaient notamment annexés :

- un rapport du 21 février 2018 relatif à une IRM du genou gauche du 20 février 2018 ;
- un rapport du 3 septembre 2018 relatif à une IRM du genou droit concluant à une fissuration oblique de la corne postérieure du ménisque interne et à une lame d'épanchement intra-articulaire réactionnel.

**o.** Le 5 décembre 2018, l'assuré a subi une arthroscopie du genou droit. Dans le rapport opératoire y relatif, le Dr D\_\_\_\_\_ a retenu, à titre de diagnostics, une lésion instable de la corne postérieure du ménisque interne, une lésion du bord libre de la partie moyenne du ménisque externe, des lésions cartilagineuses de I° et II° du versant externe du condyle interne, une plica para-patellaire interne fibreuse, un lambeau de Hoffa s'interposant en fémoro-rotulien, un corps cartilagineux intra-articulaire libre et des synovites étendues.

**p.** Par décision sur opposition du 13 décembre 2018, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 14% à compter du 1<sup>er</sup> avril 2018 et lui a reconnu le droit

à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 8'820.- sur la base d'un taux de 7%.

**q.** Le 13 février 2019, répondant à un questionnaire de l'OAI, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué qu'à la suite de l'opération du 5 décembre 2018, une rééducation était en cours et que l'assuré présentait une capacité de travail de 50% dans un poste sédentaire.

**r.** Le 25 juillet 2019, l'OAI a reçu du Dr D\_\_\_\_\_ des documents médicaux, dont notamment :

- un rapport du 26 novembre 2018 relatif à une IRM de la cheville droite du 23 novembre 2018 concluant notamment à un kyste polylobulé péri-malléolaire ;
- un rapport du 4 juin 2019 établi à la suite d'une IRM du genou gauche du 3 juin 2019 ;
- un rapport du 4 juin 2019 relatif à une IRM du genou droit du 29 mai 2019.

**s.** Dans un rapport du 24 septembre 2019 adressé à l'OAI, le Dr D\_\_\_\_\_ a notamment indiqué une persistance de douleurs et une capacité de travail totale dans une activité adaptée, soit un travail sédentaire.

Le Dr D\_\_\_\_\_ a notamment joint les documents suivants :

- un rapport du 11 septembre 2019 relatif à une IRM du genou droit du même jour ;
- un rapport du 11 septembre 2019 établi à la suite d'une IRM du genou gauche du même jour.

**t.** Dans son rapport final du 18 octobre 2019, le SMR a conclu que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle et que le 28 août 2014 marquait le début de l'incapacité durable de l'assuré. Sa capacité de travail dans une activité adaptée était de 100% à compter de février 2019. Les limitations fonctionnelles suivantes étaient retenues : pas de port de charges de plus de 10 kg de manière répétitive, pas de marche sur terrain irrégulier, pas de position debout prolongée, pas de montées et descentes d'escaliers, pas de travail à genoux, pas de position en porte-à-faux, pas de travaux nécessitant une rotation du rachis à répétition et pas de position à genoux ou accroupie.

**u.** Par arrêt du 6 février 2020 (ATAS/92/2020), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice a partiellement admis le recours de l'assuré à l'encontre de la décision sur opposition du 13 décembre 2018 rendue par la CNA, annulant ladite décision et renvoyant le dossier à la CNA pour nouvelle décision au sens des considérants.

**v.** Par décision du 13 mars 2020, s'écartant du projet de décision du 16 juillet 2018, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité entière, assortie d'une rente complémentaire pour enfant, du 1<sup>er</sup> août 2015 au 30 avril 2019.

**w.** Le 13 mai 2020, l'assuré, représenté par son avocate, a formé recours par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : chambre de céans) contre la décision précitée, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> août 2015 sans limite dans le temps.

L'assuré a notamment produit :

- un certificat médical du 31 octobre 2019 du Dr D\_\_\_\_\_ constatant l'incapacité de travail totale de l'assuré pour une durée probable jusqu'au 30 novembre 2019, se référant en particulier à une opération du 30 octobre 2019 ;
- un rapport opératoire à la suite d'une intervention au genou droit et à la cheville droite du 30 octobre 2019 du Dr D\_\_\_\_\_.

**x.** Dans le cadre de la procédure, dans son avis du 16 juin 2020, le SMR a reconnu qu'à la suite de la double opération sur le genou droit et la cheville droite du 30 octobre 2019, l'assuré se trouvait à nouveau en incapacité totale de travail pour une durée indéterminée.

**y.** Par arrêt du 20 juillet 2020 (ATAS/602/2020), la chambre de céans a partiellement admis le recours du 13 mai 2020, annulé la décision du 13 mars 2020 en tant qu'elle limitait la rente entière octroyée au 30 avril 2019 et renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. Au vu des rapports du Dr D\_\_\_\_\_ qui faisaient état d'une opération le 30 octobre 2019 et d'une incapacité de travail totale à la suite de celle-ci, il convenait d'instruire davantage le plan médical.

**z.** Par décision du 11 janvier 2021, l'OAI a octroyé une rente entière d'invalidité, fondée sur un taux d'invalidité de 100%, à partir du 1<sup>er</sup> août 2015 au 30 avril 2019, puis à nouveau dès le 1<sup>er</sup> octobre 2019.

**aa.** L'assuré n'a pas interjeté recours contre la décision précitée.

**bb.** Le 13 octobre 2021, l'assuré a subi une intervention à son épaule droite, consistant en une réinsertion suture du tendon sus-épineux, une ténotomie du long chef du biceps à son origine glénoïdienne, une réinsertion du labrum antéro-supérieur et résection du labrum postéro-supérieur effiloché, une marsupialisation du kyste para-labral postéro-supérieur associé, des synovectomies étendues, une bursectomie sous-acromiale, une acromioplastie selon Neer et une résection de la clavicule latérale (rapport opératoire du 13 octobre 2021 du Dr D\_\_\_\_\_).

**cc.** Par décision sur opposition du 5 avril 2023, la CNA a mis fin à toutes les prestations de l'assurance-accidents en faveur de l'assuré au 8 avril 2022. En se basant sur une expertise administrative du 13 mars 2021 du docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, elle a estimé que sa responsabilité n'était plus engagée au-delà du 16 janvier 2015.

**C. a.** Par courrier du 19 avril 2023, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait engagé une procédure de révision de son droit à la rente, afin de constater l'existence d'un éventuel changement notable des circonstances.

**b.** À la demande de l'OAI, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué, dans un courrier du 17 octobre 2023, que l'assuré continuait à souffrir de douleurs à son épaule droite. Il souffrait également d'une déchirure méniscale interne de son genou droit et présentait des douleurs au genou gauche ainsi que des souffrances dues aux discopathies lombaires. Une reprise du travail en tant que maçon n'était pas envisageable. Il convenait de procéder à un reclassement professionnel dans une activité sédentaire, une fois que le cas était médicalement stabilisé. Une reprise chirurgicale du genou droit était aussi à envisager.

Étaient notamment joints au courrier précité :

- un rapport du 3 septembre 2020 relatif à une IRM du genou droit du 1<sup>er</sup> septembre 2020 ;
- un rapport du 5 mars 2021 établi à la suite d'une IRM lombaire du même jour ;
- un rapport du 21 juillet 2021, à la suite d'une IRM du genou gauche ;
- le rapport opératoire du Dr D\_\_\_\_\_ à la suite de l'intervention du 13 octobre 2021 à l'épaule droite, dans lequel il est retrouvé une lésion du tendon sus-épineux de l'épaule droite, une instabilité consécutive du long chef du biceps, une lésion de SLAP de II<sup>o</sup> associée, un kyste para-labral postéro-supérieur associé, des synovites étendues, une bursite sous-acromiale, un impingement sous-acromial et une arthrose acromio-claviculaire ;
- un rapport du 16 février 2022 établi à la suite d'une IRM cervico-dorsale supérieure du même jour.

**c.** Par courrier du 10 novembre 2023 adressé à l'OAI, le Dr D\_\_\_\_\_ a réitéré le contenu de son courrier du 17 octobre 2023, proposant à nouveau un classement professionnel dans une activité sédentaire une fois le cas médicalement stabilisé.

Le Dr D\_\_\_\_\_ a notamment joint les documents suivants :

- un rapport du 9 novembre 2023 relatif à une IRM du genou gauche du 7 novembre 2023 ;
- un rapport du 9 novembre 2023 établi à la suite d'une IRM lombo-sacrée du 7 novembre 2023.

**d.** Dans un avis du 22 novembre 2023, le SMR a proposé la réalisation d'une expertise orthopédique, afin de déterminer la capacité de travail résiduelle et les limitations fonctionnelles.

**e.** Le 21 février 2024, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, a rendu son rapport d'expertise, après avoir

examiné l'assuré le 7 février 2024. Il a retenu, à titre de diagnostics, un status après fracture de la rotule gauche en 2014 et corrections d'un cal vicieux en 2015 et 2017, un status après arthroscopie du genou droit en 2018 et 2019, un status après ablation d'un kyste de la cheville droite en 2018 et plastie ligamentaire externe de la cheville droite en 2019, des discopathies dégénératives L4-L5 et L5-S1 sans conflit disco-radiculaire, un status après arthroscopie de l'épaule droite en octobre 2021 pour réparation de la coiffe des rotateurs et des talalgies plantaires gauches. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis l'événement du 28 août 2014. La capacité de travail dans l'activité adaptée était entière, sans perte de rendement, dès novembre 2022, soit un an après l'arthroscopie de l'épaule droite. Les limitations fonctionnelles retenues étaient les suivantes : port de charge répété supérieur à 20 kg ; travaux prolongés au-dessus de l'horizontale ; travaux en porte-à-faux ; marches prolongées en terrains irréguliers ; travaux accroupis ou à genoux. L'expert ne comprenait pas l'éventuelle indication opératoire retenue par le Dr D\_\_\_\_\_ pour une nouvelle intervention au niveau du genou gauche, comme annoncé par l'assuré, alors qu'une IRM récente du genou gauche ne montrait aucune lésion justifiant une prise en charge chirurgicale.

Le rapport d'expertise contenait dans ses annexes un rapport du 20 novembre 2023 relatif à une IRM de la cheville gauche du 9 novembre 2023, concluant à un œdème du versant latéral de l'astragale évoquant le diagnostic différentiel d'une lésion de stress versus algoneurodystrophie, une lésion nodulaire de signal intermédiaire de 5.5 mm accolée au versant plantaire du fascia plantaire prenant le contraste de manière importante, un petit nodule évolutif non exclu à ce niveau, dont une analyse histologique après résection était souhaitable, ainsi qu'un petit kyste au versant latéral du sinus du tarse mesurant 9 mm.

**f.** Dans un avis du 26 février 2024, le SMR a fait siennes les conclusions de l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_, reprenant les mêmes atteintes et confirmant une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis le 28 août 2014 et entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 1<sup>er</sup> novembre 2022.

**g.** Par ordonnance du 8 mars 2024 (ATAS/155/2024), dans le cadre de la procédure de l'assuré contre la CNA, la chambre de céans a ordonné une expertise médicale de l'assuré et l'a confiée au docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

**h.** Selon une note interne du 23 avril 2024 de la responsable d'équipe de réadaptation professionnelle de l'OAI, il était conclu que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.

**i.** Par projet de décision du 7 mai 2024, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de supprimer le droit à la rente entière d'invalidité dès le premier jour du deuxième mois qui suivait la notification de la décision. À la suite d'une révision

d'office, l'OAI a reconnu à l'assuré une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle depuis le 28 août 2014 et une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 1<sup>er</sup> novembre 2022. La comparaison des revenus aboutissait à un degré d'invalidité de 10%. Celui-ci étant inférieur à 40%, il n'ouvrait pas de droit à des prestations sous forme de rente.

**j.** Le 20 mai 2024, l'assuré, par le biais de son avocate, s'est opposé au projet précité, indiquant qu'il devrait subir une intervention chirurgicale au mois d'août prochain.

**k.** Dans un courrier du 22 mai 2024 adressé à l'OAI, le Dr D\_\_\_\_\_ a constaté une péjoration des douleurs de l'assuré au niveau de son genou gauche. Au bilan radio-clinique, il était retenu une lésion de la corne postérieure du ménisque interne et l'indication à une réparation par arthroscopie était posée.

**l.** Par courrier du 10 juin 2024, l'assuré s'est à nouveau opposé au projet de décision du 7 mai 2024, reprenant pour l'essentiel le contenu des courriers des 17 octobre et 10 novembre 2023 du Dr D\_\_\_\_\_. Il a ainsi fait valoir que son état de santé n'était, à ce jour, pas stabilisé. Il continuait de souffrir de douleurs importantes, lesquelles s'aggravaient, de sorte qu'il lui était impossible d'exercer une activité lucrative. Un taux d'invalidité de 100% devait lui être retenu.

**m.** Dans un avis du 1<sup>er</sup> juillet 2024, le SMR s'est prononcé sur le certificat médical [NDR : du 22 mai 2024] et a indiqué que celui-ci ne permettait pas de modifier ses conclusions du 26 février 2024, l'atteinte à la santé retenue par le chirurgien ne constituant pas une atteinte durablement incapacitante au sens de la loi. Cette atteinte pourrait bénéficier d'un traitement qui nécessiterait une incapacité de travail de trois semaines, sans modification notable de la capacité résiduelle.

**n.** Par décision du 1<sup>er</sup> juillet 2024, notifiée le 3 juillet 2024, l'OAI a confirmé son projet de décision du 7 mai 2024, supprimant le droit à la rente entière d'invalidité dès le premier jour du deuxième mois qui suivait la notification de ladite décision. Après examen des éléments médicaux complémentaires apportés dans le cadre de l'audition, l'OAI n'a pas modifié son appréciation, l'atteinte à la santé de l'assuré n'étant pas durablement incapacitante au sens de la loi.

**D. a.** Par acte du 3 septembre 2024, l'assuré, représenté par son avocate, a interjeté recours auprès de la chambre de céans contre la décision précitée, sollicitant, préalablement, un délai de trente jours pour motiver et compléter le recours, la possibilité de modifier, voire amplifier ses conclusions, son audition ainsi que l'apport de son dossier en possession de l'OAI, et, principalement, à l'annulation de la décision du 1<sup>er</sup> juillet 2024 et l'allocation d'une rente d'invalidité de 100% illimitée dans le temps, sous suite de frais et dépens. Subsidiairement, l'assuré a sollicité le renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision.

**b.** Par courrier recommandé du 12 septembre 2024, la chambre de céans a imparti un délai au 3 octobre 2024, prolongé au 14 octobre 2024 par courrier recommandé

du 4 octobre 2024, pour exposer brièvement les raisons pour lesquelles il entendait recourir et formuler les prétentions exactes, sous peine d'irrecevabilité du recours.

**c.** Par arrêt du 13 septembre 2024 (ATAS/691/2024), rendu sur recours du recourant contre la décision sur opposition du 5 avril 2023 de la CNA et à la suite de son ordonnance d'expertise du 8 mars 2024 (ATAS/155/2024), la chambre de céans a rejeté le recours, estimant qu'il n'existait pas de lien de causalité entre les troubles invoqués par le recourant et l'accident du 28 août 2014 au-delà du 28 novembre 2014.

**d.** Dans son complément de recours du 14 octobre 2024, l'assuré a réitéré ses précédentes conclusions et a sollicité, au surplus, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire afin d'établir son éventuelle capacité de gain. Le recourant a relevé qu'il existait de nombreuses contradictions sur le plan médical, de sorte qu'il se justifiait de mettre en œuvre une expertise judiciaire qui permettrait de déterminer clairement sa prétendue capacité de travail dans une activité adaptée.

Il a ainsi fait valoir que c'était à tort que le rapport du SMR du 23 février 2024 retenait qu'une activité sédentaire à 100% était possible en raison d'une amélioration de son état de santé, estimant au contraire que celui-ci s'était péjoré. Le Dr D\_\_\_\_\_ avait attesté les 22 mai 2024 et 8 octobre 2024 d'une péjoration des douleurs au niveau du genou gauche et qu'une nouvelle opération chirurgicale était nécessaire. Le rapport du SMR du 23 février 2024 avait conclu à une amélioration de son état de santé en s'appuyant exclusivement sur le rapport d'expertise du 23 février 2024 du Dr G\_\_\_\_\_ qui affirmait de façon hasardeuse que son état de santé se serait stabilisé. L'expert n'attestait toutefois pas que son état médical était concrètement stabilisé et n'abordait pas non plus la péjoration de son état de santé. Le rapport du Dr G\_\_\_\_\_ était incomplet puisqu'il établissait qu'il souffrait bel et bien de talalgies plantaires gauches ainsi que de douleurs lombaires, sans prendre en compte le fait que l'état de ses genoux, lombaires, cheville gauche et épaule droite ne s'était pas clairement amélioré au fil des années. Il ne pouvait donc intégrer une nouvelle activité adaptée en raison de son état de santé actuel. Il souhaitait toutefois réintégrer une activité adaptée dans un autre secteur à l'avenir. Cependant, comme l'avait affirmé le Dr D\_\_\_\_\_ dans son rapport du 10 novembre 2023, son état de santé devait être médicalement stabilisé, ce qui n'était pas le cas aujourd'hui.

Était joint à cette écriture un bordereau de pièces contenant notamment :

- un courrier du 4 décembre 2023 du Dr D\_\_\_\_\_ indiquant qu'au bilan radio-clinique sous forme d'IRM du 7 novembre 2023, il était noté une déchirure méniscale interne du genou droit ainsi que des douleurs au genou gauche qui sont détaillées dans des rapports opératoires et d'IRM ; le recourant continuait de souffrir de douleurs de son épaule droite et présentait également des

souffrances dues aux discopathies ; une reprise chirurgicale du genou gauche du recourant était prévue le 27 mars 2023 (*sic*) ;

- un courrier du 8 octobre 2024 du Dr D\_\_\_\_\_, selon lequel le recourant présentait une péjoration des douleurs au niveau de son genou gauche ; au bilan radio-clinique, il était retenu une lésion de la corne postérieure du ménisque interne ; une réparation par arthroscopie du genou gauche était à prévoir dans les meilleurs délais.

**e.** Le 1<sup>er</sup> novembre 2024, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance juridique.

**f.** Par réponse du 12 novembre 2024, l'intimé a maintenu sa décision et a conclu au rejet du recours. Il y avait lieu de reconnaître à l'expertise orthopédique réalisée par le Dr G\_\_\_\_\_ une force probante complète. Le 31 octobre 2023, le SMR avait interrogé le Dr D\_\_\_\_\_ pour connaître les raisons pour lesquelles il retenait que l'état de santé du recourant n'était pas stabilisé. N'ayant pas obtenu une réponse suffisante, le SMR avait alors préconisé la mise en place de l'expertise orthopédique à l'issue de laquelle il ressortait clairement que la situation médicale du recourant était stabilisée. Dans son courrier du 8 octobre 2024, le Dr D\_\_\_\_\_ n'apportait aucun élément médical nouveau qui aurait été ignoré dans le cadre de l'instruction du dossier, étant précisé que ce courrier était presque identique à l'attestation médicale du 22 mai 2024, qui avait fait l'objet d'un avis du SMR le 1<sup>er</sup> juillet 2024. Aucun argument ne permettait de s'écarter de l'appréciation de l'expert orthopédique. Ainsi, la mise en place d'une expertise judiciaire ou d'autres mesures d'instruction s'avéraient inutiles.

**g.** Dans sa réplique du 20 janvier 2025, le recourant a persisté dans les termes et conclusions de ses précédentes écritures. Il a précisé que le courrier du 8 octobre 2024 du Dr D\_\_\_\_\_ venait confirmer la nécessité d'une réparation par arthroscopie pour son genou gauche, telle que mentionnée dans un autre courrier du 22 mai 2024 de son orthopédiste traitant. Ainsi, le courrier du 8 octobre 2024 exposait la nécessité d'un nouveau traitement ce qui constituait indéniablement un nouvel élément médical. Ce nouveau traitement indiqué venait appuyer l'hypothèse de la péjoration de l'état de son genou gauche, raison pour laquelle il se justifiait, à tout le moins, une expertise médicale complémentaire.

**h.** Le 9 juillet 2025, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise orthopédique judiciaire au professeur I\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et leur a adressé la mission d'expertise.

**i.** Le 31 juillet 2025, le recourant a informé la chambre de céans qu'il n'avait pas de motifs de récusation à faire valoir à l'encontre de l'expert, ni questions complémentaires à ajouter à la mission d'expertise.

**j.** Le 21 août 2025, l'intimé s'est opposé à l'ordonnance d'une expertise judiciaire et a communiqué un avis du SMR du 12 août 2025, selon lequel il n'avait pas de question complémentaire à poser.

**k.** Ces écritures ont été transmises aux parties.

## **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 ainsi régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10).

**1.3** Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA ; art. 89B LPA) et le délai de 30 jours prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 1 LPGA ; art. 89C let. b LPA) , le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de suppression du 1<sup>er</sup> juillet 2024, étant précisé qu'une rente entière d'invalidité a été versée au recourant du 1<sup>er</sup> août 2015 au 30 avril 2019 puis à nouveau dès le 1<sup>er</sup> octobre 2019.

**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.

**2.1.1** En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (*cf.* ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au

31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2 et les références).

Dans les cas de révision selon l'art. 17 LPGA, conformément aux principes généraux du droit intertemporel (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1), il convient d'évaluer, selon la situation juridique en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, si une modification déterminante pour le droit à la rente est intervenue jusqu'à cette date. Si tel est le cas, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables. Si la modification déterminante est intervenue après cette date, les dispositions de la LAI et du RAI dans leur version en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022 sont applicables. La date de la modification se détermine selon l'art. 88a RAI (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_55/2023 du 11 juillet 2023 consid. 2.2 ; 8C\_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

Si un droit à la rente a pris naissance jusqu'au 31 décembre 2021, un éventuel passage au nouveau système de rentes linéaire s'effectue, selon l'âge du bénéficiaire de rente, conformément aux let. b et c des dispositions transitoires de la LAI relatives à la modification du 19 juin 2020. Selon la let. b al. 1, les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente a pris naissance avant l'entrée en vigueur de cette modification et qui, à l'entrée en vigueur de la modification, ont certes 30 ans révolus, mais pas encore 55 ans, conservent la quotité de la rente tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_499/2022 du 29 juin 2023 consid. 4.1).

**2.1.2** En l'occurrence, le litige porte sur le droit de la rente du recourant à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2024. Dans la mesure où l'intimé a retenu une modification des circonstances postérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

### 3.

**3.1** Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré : subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a) ou atteint 100% (let. b).

Selon l'art. 87 al. 1 RAI, la révision a lieu d'office lorsqu'en prévision de la possibilité d'une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence, ou encore du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance (let. a), ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou encore du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité (let. b).

L'art. 88a al. 1 RAI prévoit que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

Conformément à l'art. 88<sup>bis</sup> al. 2 let. a RAI, la diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

**3.2** 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).

Une amélioration de la capacité de gain ou de la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré n'est déterminante pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Le fardeau de la preuve quant à cette amélioration de la capacité de travail incombe à l'administration (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.2 et les références).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les références). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Le simple fait qu'un diagnostic ne soit plus retenu à la suite d'un examen ultérieur ne saurait justifier, à lui seul, la révision du droit à la rente, dans la mesure où un tel constat ne permet pas d'exclure l'existence d'une appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé. Une modification sensible de l'état de santé ne saurait être admise que si le nouveau diagnostic est corroboré par un changement clairement objectivé de la situation clinique et par l'amélioration, voire la disparition des limitations fonctionnelles précédemment décrites (arrêts

du Tribunal fédéral 9C\_860/2015 du 1<sup>er</sup> juin 2016 consid. 4.3 ; *cf.* également 9C\_353/2020 du 5 mai 2021 consid. 2.2 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).

**3.3** 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).

Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit 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).

Lorsqu'une modification notable de l'état de fait n'est pas démontrée au degré de la vraisemblance prépondérante, eu égard aux principes en matière de fardeau de la preuve, il faut s'en tenir à la situation juridique qui prévalait jusque-là (ATF 141 V 405 consid. 4.4 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_418/2010 du 29 août 2011 consid. 3.1 et 8C\_549/2012 du 12 décembre 2012 consid. 2).

#### **4.**

**4.1** Aux termes des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, 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.

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).

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, 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.

Selon l'art. 28 al. 1<sup>bis</sup> LAI, une rente n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1<sup>bis</sup> et 1<sup>er</sup> n'ont pas été épuisées.

À teneur des art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, 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 des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

**4.2** 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 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.

Ainsi, 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).

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).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. 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\_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

**4.3** 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 donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2). 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).

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, la question de savoir si et depuis quand le degré d'invalidité du recourant a subi une modification au sens de l'art. 17 LPGA doit être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision du 11 janvier 2021 octroyant la rente entière d'invalidité, à ceux qui ont existé jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet 2024, marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de la chambre de céans.

L'octroi de la rente entière d'invalidité a été le résultat d'une procédure d'instruction, au cours de laquelle l'intimé, après avoir récolté les rapports médicaux du médecin traitant du recourant, a retenu, comme atteintes principales, s'agissant du genou gauche, une fracture d'un éperon rotulien distal et une rupture partielle du tendon rotulien à la suite de l'accident du 28 août 2014, traitée de façon conservatrice puis par chirurgies (19 février 2015 et 14 juin 2017), s'agissant du genou droit, une fissuration du ménisque interne, traitée par chirurgie

(5 décembre 2018), s'agissant de la cheville droite, un kyste polylobé, et enfin, s'agissant de la colonne lombaire, une dissection discale L4-L5 et un rétrécissement débutant récessal gauche au contact avec l'émergence de la racine L5 et une absence de conflits disco-radicaux significatifs. Il en résultait une incapacité de travail dans l'activité habituelle dès le 28 août 2014 et une capacité de travail entière dans une activité adaptée à compter de février 2019 (cf. rapport final du 18 octobre 2019 du SMR). Ces atteintes ont justifié l'octroi d'une rente à partir du 1<sup>er</sup> août 2015 au 30 avril 2019 par décision du 13 mars 2020.

À la suite d'une procédure par-devant la chambre de céans qui a abouti à l'annulation de la décision précitée en tant qu'elle limitait la rente entière octroyée au 30 avril 2019 (cf. ATAS/602 2020 du 29 juillet 2020), l'intimé a, par décision du 11 janvier 2021, octroyé une rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> août 2015 au 30 avril 2019 puis à nouveau dès le 1<sup>er</sup> octobre 2019. Il ressortait de l'arrêt précité et de l'avis du SMR du 16 juin 2020 produit dans le cadre de ladite procédure, qu'au vu de la double opération sur le genou droit et la cheville droite du 30 octobre 2019, le recourant se trouvait à nouveau en incapacité de travail pour une durée indéterminée.

Le 19 avril 2023, l'intimé a engagé une procédure de révision du droit à la rente du recourant, laquelle a abouti à la décision litigieuse du 1<sup>er</sup> juillet 2023 supprimant ce droit à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2024. L'intimé a retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée à compter de novembre 2022. Il s'est fondé sur l'avis du SMR du 26 février 2024 qui reprend entièrement les conclusions de l'expertise orthopédique du 21 février 2024 du Dr G\_\_\_\_\_.

Le recourant conteste la valeur probante de ladite expertise, et réfute la capacité de travail résiduelle entière retenue.

Il y a lieu de préciser qu'il n'est pas contesté que le recourant présente une incapacité de travail complète dans son activité habituelle.

**5.1** Il convient tout d'abord d'examiner la valeur probante de l'expertise orthopédique du 21 février 2024 du Dr G\_\_\_\_\_.

**5.1.1** Sur le plan formel, il est relevé que l'expert, spécialiste en orthopédie, a rendu son rapport à l'issue d'un examen sur l'assuré. Le rapport comporte un résumé du dossier, l'énumération des examens radiographiques, l'entretien avec le recourant, les constatations de l'expert, une liste d'informations fournies par des tiers, ainsi que l'évaluation médicale lors de laquelle l'expert se prononce sur les diagnostics retenus et la capacité de travail du recourant. *A priori*, la valeur probante devrait être reconnue, bien que la plupart des rapports médicaux mentionnés sous « informations éventuelles fournies par des tiers » semblent être en réalité des rapports médicaux figurant déjà dans le dossier fourni par l'intimé.

**5.1.2** Sur le fond, la chambre de céans constate toutefois que l'expert ne se prononce pas concrètement sur la question de savoir s'il existe une modification notable de l'état de santé du recourant depuis l'octroi de la rente par décision du

11 janvier 2021. Il semble au contraire procéder à une appréciation différente d'un même état de fait, ce qui ne suffit pas à justifier une révision au sens de l'art. 17 LPGA.

En effet, dans son rapport d'expertise, le Dr G\_\_\_\_\_ établit une liste de diagnostics, sans pour autant fournir d'explication sur l'évolution de l'état de santé du recourant depuis l'octroi de la rente, notamment en ce qui concerne les diagnostics posés à ce moment-là ainsi que leur incidence sur sa capacité de travail. Il se contente d'affirmer, sans détailler son raisonnement, que la situation médicale est stabilisée et que la capacité de travail du recourant est entière dans une activité adaptée à compter du mois de novembre 2022, soit environ une année après l'arthroscopie de l'épaule droite. Il n'apporte pas d'explication sur les critères médicaux ayant conduit à conclure à une telle stabilité, ni sur les raisons précises justifiant la capacité de travail complète dans une activité adaptée à ce moment-là.

Il sied toutefois de rappeler que la rente entière d'invalidité avait été octroyée notamment en raison d'une incapacité de travail totale liée à la double intervention pratiquée au niveau du genou droit et de la cheville droite du recourant le 30 octobre 2019. Dès lors, il était attendu de l'expert qu'il se prononce de manière suffisamment circonstanciée et précise sur l'évolution de ces atteintes, afin de permettre d'établir si une éventuelle amélioration était de nature à justifier la reprise d'une activité professionnelle.

S'agissant plus précisément du genou droit, l'expert retient un status après arthroscopie en 2018 et 2019. Or, le rapport opératoire du Dr D\_\_\_\_\_ à la suite de l'intervention du 30 octobre 2019 retient les diagnostics suivants : lésion instable de la partie moyenne et de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit ; lésion du bord libre de la partie moyenne, de la corne antérieure et de la base de l'implantation de la corne postérieure du ménisque externe, lésions cartilagineuses de I° et II° de la rotule ; lésion cartilagineuse instable de I° et II° du versant interne du condyle interne sur 20 mm de diamètre ; processus fibro-synovitiques avec contractures des poulies de la rotule ; corps cartilagineux intra-articulaires libres ; synovites étendues. L'évolution de ces atteintes et leur éventuel impact sur la capacité de travail du recourant ne sont pas discutées par l'expert. Il convient également de relever que l'IRM du 3 septembre 2020 conclut à un status après résection méniscale interne partielle avec fissuration, ulcération et remaniement important de la corne postérieure du ménisque interne, un aspect quasi discoïde du ménisque externe et une tendinopathie avec ulcération du versant postérieure et proximal du tendon rotulien et un épanchement intra-articulaire abondant (cf. rapport du 3 septembre relatif à l'IRM du genou droit du 1<sup>er</sup> septembre 2020). Or, l'expert ne discute pas davantage ces atteintes. Il n'a en outre pas requis d'imagerie plus récente afin d'apprécier leur évolution depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2020. Il s'est limité à un examen clinique du recourant au cours duquel il n'a pas été en mesure de tester les ménisques « en raison de la non-participation de l'assuré » (cf. rapport d'expertise p. 37). À cela

s'ajoute le fait que l'orthopédiste traitant a fait valoir qu'une reprise chirurgicale du genou droit était envisagée (*cf.* courriers des 17 octobre et 10 novembre 2023 du Dr D\_\_\_\_\_), laissant penser qu'il existe une péjoration de l'état de santé du recourant. Bien que le Dr D\_\_\_\_\_ n'ait pas fourni de plus amples explications à ce sujet, il était attendu de l'expert qu'il instruisse cette question, en contactant le médecin traitant par exemple. Par conséquent, le rapport d'expertise ne permet pas d'établir une quelconque amélioration de l'état du genou droit.

Il en va de même de la cheville droite, l'expert s'étant contenté de mentionner un status après ablation d'un kyste en 2018 et une plastie ligamentaire externe en 2019, sans préciser l'évolution de cette atteinte ni indique si elle exerçait encore, au moment de l'expertise, une influence sur la capacité de travail du recourant. Il ne discute pas non plus des diagnostics retenus par le Dr D\_\_\_\_\_ dans son rapport opératoire à la suite de l'intervention du 30 octobre 2019, ni de leur évolution, à savoir : lésion du ligament du péronéo-astragalien antérieur de la cheville droite ; lésion cartilagineuse instable II° du dôme astragalien antéro-interne sur 10 mm de diamètre ; impingements tibio-astragalien antéro-externe, antérieur et antéro-interne ; corps cartilagineux intra-articulaires libres ; kyste arthro-synovial communicant avec la zone du ligament latéral externe et se poursuivant jusqu'au sinus du tars sur 3 fois 1 cm ; synovites étendues.

En conséquence, l'expert n'a pas effectué de comparaison entre les faits déterminants au moment de l'octroi de la rente et ceux au moment de l'expertise. Il n'y a dès lors pas d'explication permettant d'établir s'il existe des changements survenus par rapport aux différentes atteintes à la santé et leurs effets depuis l'appréciation médicale antérieure.

En outre, il convient de souligner que l'expertise n'est pas exempte de critiques. Notamment, le contexte médical, ainsi que l'appréciation médicale, ne sont pas clairs et, surtout, ne sont pas motivés.

Tout d'abord, comme mentionné *supra*, l'expert se contente d'indiquer les diagnostics retenus sans préciser leur impact sur la capacité de travail du recourant. L'expert fait également valoir que la capacité de travail dans une activité adaptée était à nouveau exigible un an après l'arthroscopie de l'épaule droite du recourant, soit dès novembre 2022. Cependant, il n'apporte aucune explication concernant la nature des atteintes de l'épaule droite, leur évolution depuis l'intervention, ni les motifs justifiant la reprise d'une capacité de travail dans une activité adaptée à ce délai. L'on ne comprend dès lors pas les raisons justifiant une capacité de travail complète dans une activité adaptée une année après l'intervention à l'épaule droite.

Ensuite, certains diagnostics posés ne paraissent pas reposer sur une appréciation complète de l'ensemble des rapports médicaux disponibles. À titre d'exemple, s'agissant du genou gauche, l'expert a retenu un status après fracture de la rotule gauche en 2014 et corrections d'un cal vicieux en 2015 et 2017. Or, l'IRM du

7 novembre 2023 conclut à un ménisque externe discoïde, une probable lésion de type ramp du versant postéro-interne de la corne postérieure du ménisque interne avec une atteinte ligamentaire ménisco-tibiale inférieure et interne, des signes sévères de tendinopathie et une lame de liquide intra-articulaire. Ces constatations ne sont toutefois pas abordées par l'expert. En outre, l'orthopédiste traitant fait état, à plusieurs reprises, de douleurs et d'une reprise chirurgicale nécessaire pour le genou droit (*cf.* courriers des 4 décembre 2023 et 8 octobre 2024 du Dr D\_\_\_\_\_). À nouveau, bien que le Dr D\_\_\_\_\_ ne donne pas d'explications détaillées, l'expert était tenu de compléter ses investigations ou de se renseigner auprès de l'orthopédiste traitant sur la nécessité d'une reprise chirurgicale. Il ne pouvait se contenter d'indiquer que l'IRM récente du genou gauche ne montrait aucune lésion justifiant une prise en charge chirurgicale, alors qu'il ne tient pas compte du contenu du rapport relatif à la récente IRM qui semble retenir certaines atteintes (*cf.* rapport du 9 novembre 2023 relatif à l'IRM du 7 novembre 2023).

L'expert a en outre omis d'examiner certaines atteintes qui apparaissent dans le dossier. Notamment, le rapport du 20 novembre 2023 relatif à l'IRM du 9 novembre 2023 de la cheville gauche fait état d'un œdème du versant latéral de l'astragal évoquant le diagnostic différentiel d'une lésion de stress versus algoneurodystrophie, une lésion nodulaire et un kyste. Or, l'expert ne discute pas de la cheville gauche du recourant.

En définitive, le rapport d'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ ne saurait se voir reconnaître une pleine valeur probante, dès lors qu'il est lacunaire, peu convaincant et dépourvu de motivation détaillée à l'appui de ses conclusions.

**5.2** Les autres rapports médicaux au dossier, soit ceux du Dr D\_\_\_\_\_, qui font état d'une péjoration de l'état de santé du recourant, ne sont pas suffisamment étayés pour permettre de trancher, au degré de la vraisemblance prépondérante, la question de savoir s'il existe une modification de l'état de santé du recourant depuis l'octroi de la rente, étant précisé en outre que l'orthopédiste traitant ne se prononce pas sur la capacité de travail résiduelle du recourant.

**5.3** Compte tenu de ce qui précède, on ne saurait admettre que l'état de santé ou la capacité de gain du recourant a connu une amélioration influant sur le droit aux prestations depuis la décision initiale d'octroi de rente, bien qu'il ressorte du dossier une possible fluctuation de l'état de santé du recourant depuis la décision du 11 janvier 2021 lui octroyant une rente entière d'invalidité.

En raison de l'instruction incomplète de la situation médicale du recourant, la chambre de céans n'est ainsi pas en mesure de statuer sur l'existence de motifs de révision permettant à l'intimé de supprimer la rente entière d'invalidité, faute de renseignements fiables sur les diagnostics et l'appréciation de la capacité de travail dans une activité adaptée.

- 6.** Par conséquent, il y a lieu de compléter l'instruction médicale et d'ordonner une expertise orthopédique afin de clarifier l'état de santé du recourant, les diagnostics

présentés, leur évolution depuis la décision d'octroi de la rente du 11 janvier 2021, ainsi que leurs conséquences sur la capacité de travail du recourant.

Il sera en conséquence ordonné une expertise judiciaire orthopédique, laquelle sera confiée au professeur I\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

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

**Statuant préparatoirement**

Ordonne une expertise orthopédique de A\_\_\_\_\_. Commet à ces fins le professeur I\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, CENTRE MÉDICAL J\_\_\_\_\_, avenue K\_\_\_\_\_, à Genève.

Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

- A. Prendre connaissance du dossier de la cause.
- B. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, en particulier le Dr D\_\_\_\_\_.
- C. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres examens.
- D. Charge le Prof. I\_\_\_\_\_ d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

- 1. Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type)**
- 2. Plaintes de la personne expertisée**
- 3. Status et constatations objectives**
- 4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)**

Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogenèse)

- 4.1. Avec répercussion sur la capacité de travail
  - 4.1.1 Dates d'apparition
- 4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail
  - 4.2.1 Dates d'apparition
- 4.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?
- 4.4 Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?
- 4.5 L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré/détérioré depuis le 11 janvier 2021 ? Précisez l'évolution de chacun des diagnostics retenus ainsi que leur impact sur la capacité de travail de la personne expertisée.

- 4.6 Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par la personne expertisée).
- 4.7 Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?
- 4.8 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?
- 4.9 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?
- 4.10 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

## **5. Limitations fonctionnelles**

- 5.1 Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic
- 5.1.1 Dates d'apparition
- 5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

## **6. Capacité de travail**

- 6.1 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.
- 6.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ?
- 6.2.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
- 6.2.2 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite / nulle ?
- 6.3 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?
- 6.3.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

6.3.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? A quel taux ? Depuis quelle date ?

6.3.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

6.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis le 11 janvier 2021 ?

6.5 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?

6.6 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

## **7. Traitement**

7.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.

7.2 Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?

7.3 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

## **8. Appréciation d'avis médicaux du dossier**

8.1 Êtes-vous d'accord avec les différents avis du Dr D\_\_\_\_\_, notamment ceux des 17 octobre et 4 décembre 2023 ? En particulier avec les diagnostics posés ? Si non, pourquoi ?

8.2 Êtes-vous d'accord avec l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ du 21 février 2024 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail complète dans une activité adaptée dès novembre 2022, sans perte de rendement ? Si non, pourquoi ?

9. Quel est le pronostic ?

10. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

11. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles

E. Invite l'expert à déposer, **dans les meilleurs délais**, un rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans.

La greffière

La présidente

Sylvie CARDINAUX

Eleanor McGREGOR

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le