

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2823/2024

ATAS/500/2026

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 mai 2026

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 ; Andres PEREZ et Michael
RUDERMANN, juges assesseurs**

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 15 juin 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.
- B.** **a.** 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.** 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).
- c.** Dans un rapport du 18 décembre 2017, le docteur D_____, 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 limité 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.
- d.** 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^{er} 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%.
- e.** Par arrêt du 6 février 2020 (ATAS/92/2020), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS) a partiellement admis le recours de l'assuré à l'encontre de cette décision, qu'elle a annulée, renvoyant le dossier à la CNA pour nouvelle décision au sens des considérants.
- f.** 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 E_____, 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.

g. Par ordonnance du 8 mars 2024 (ATAS/155/2024), la CJCAS a ordonné une expertise médicale de l'assuré et l'a confiée au docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

h. Par arrêt du 13 septembre 2024 (ATAS/691/2024), la chambre de céans a rejeté le recours, estimant qu'il n'existait pas de lien de causalité entre les troubles invoqués par l'assuré et l'accident du 28 août 2014 au-delà du 28 novembre 2014.

C. 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^{er} 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 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).

e. L'assuré a séjourné à la Clinique N_____ (ci-après : N_____) du 19 juillet au 23 août 2016.

f. Dans un rapport du 9 septembre 2016, les médecins de la N_____ 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'une 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 en 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^{er} juin 2017, le docteur G_____, 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 intra méniscale 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 G_____ 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 G_____, 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. 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^{er} 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.

k. Par courrier du 13 septembre 2018, l'assuré 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 G_____ 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.

l. 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 G_____.

m. Dans son rapport du 21 novembre 2018, le Dr G_____ 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.

n. Le 5 décembre 2018, l'assuré a subi une arthroscopie du genou droit. Dans le rapport opératoire y relatif, le Dr G_____ 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.

o. Le 13 février 2019, répondant à un questionnaire de l'OAI, le Dr G_____ 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.

p. Le 25 juillet 2019, l'OAI a reçu du Dr G_____ 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 polylobé 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.

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

Le Dr G_____ 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.

r. 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.

s. 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^{er} août 2015 au 30 avril 2019.

D. a. Le 13 mai 2020, l'assuré a formé recours par-devant la CJCAS contre cette décision, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} août 2015 sans limite dans le temps.

b. L'assuré a notamment produit :

- un certificat médical du 31 octobre 2019 du Dr G_____ 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 G_____.

c. 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.

d. Par arrêt du 20 juillet 2020 (ATAS/602/2020), la CJCAS 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 G_____ 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.

e. 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^{er} août 2015 au 30 avril 2019, puis à nouveau dès le 1^{er} octobre 2019.

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

E. a. 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

burssectomie sous-acromiale, une acromioplastie selon Neer et une résection de la clavicule latérale (rapport opératoire du 13 octobre 2021 du Dr G_____).

b. 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.

c. À la demande de l'OAI, le Dr G_____ 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^{er} 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 G_____ 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 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.

d. Par courrier du 10 novembre 2023 adressé à l'OAI, le Dr G_____ a réitéré le contenu de son courrier du 17 octobre 2023, proposant à nouveau un reclassement professionnel dans une activité sédentaire une fois le cas médicalement stabilisé.

Le Dr G_____ 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.

e. 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.

f. Le 21 février 2024, le docteur H_____, 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 charges 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 G_____ pour une nouvelle intervention au niveau du genou gauche, comme annoncée 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.

g. Dans un avis du 26 février 2024, le SMR a fait siennes les conclusions de l'expertise du Dr H_____, 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^{er} novembre 2022.

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 avait 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^{er} 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 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 G_____ 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 G_____. Il a 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^{er} 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^{er} 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.

F. a. Par acte du 3 septembre 2024, l'assuré a interjeté recours auprès de la CJCAS 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^{er} 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. 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.

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 G_____ 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 H_____ 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 H_____ 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 G_____ 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 G_____ 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 G_____, 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.

c. Par réponse du 12 novembre 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il y avait lieu de reconnaître à l'expertise orthopédique réalisée par le Dr H_____ une force probante complète. Le 31 octobre 2023, le SMR avait interrogé le Dr G_____ 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 G_____ 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^{er} 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.

d. Dans sa réplique du 20 janvier 2025, le recourant a persisté dans ses conclusions. Le courrier du 8 octobre 2024 du Dr G_____ 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.

e. Par ordonnance du 8 septembre 2025 (ATAS/665/2025), la chambre de céans a ordonné une expertise orthopédique de l'assuré, confiée au professeur I_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur.

Dans son rapport d'expertise, le Dr H_____ avait établi une liste de diagnostics, sans pour autant fournir d'explication sur l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis l'octroi de la rente, notamment en ce qui concernait les diagnostics posés à ce moment-là ainsi que leur incidence sur sa capacité de travail. Il se contentait d'affirmer, sans détailler son raisonnement, que la situation médicale était stabilisée et que la capacité de travail du recourant était 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'apportait 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.

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 a retenu un status après arthroscopie en 2018 et 2019. Or, le rapport opératoire du Dr G_____ à la suite de l'intervention du 30 octobre 2019 retenait les diagnostics de 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 et synovites étendues. L'évolution de ces atteintes et leur éventuel impact sur la capacité de travail du recourant n'étaient pas discutés par l'expert. L'IRM du 3 septembre 2020 concluait 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^{er} septembre 2020). Or, l'expert ne discutait pas davantage ces atteintes. Il n'avait en outre pas requis d'imagerie plus récente afin d'apprécier leur évolution depuis le 1^{er} septembre 2020. Il s'était limité à un examen clinique du recourant au cours duquel il n'avait 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'ajoutait le fait que l'orthopédiste traitant avait fait valoir qu'une reprise chirurgicale du genou droit était envisagée (cf. courriers des 17 octobre et 10 novembre 2023 du Dr G_____), laissant penser qu'il existait une péjoration de son état de santé. Bien que le Dr G_____ 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 permettait pas d'établir une quelconque amélioration de l'état du genou droit.

Il en allait 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 indiquer si elle exerçait encore, au moment de l'expertise, une influence sur la capacité de travail du recourant. Il ne discutait pas non plus des diagnostics retenus par le Dr G_____ 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'avait 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 avait dès lors pas d'explication permettant d'établir s'il existait des changements survenus par rapport aux différentes atteintes à la santé et leurs effets depuis l'appréciation médicale antérieure.

Enfin, le contexte médical, ainsi que l'appréciation médicale, n'étaient pas clairs et, surtout, pas motivés.

Le rapport d'expertise du Dr H_____ ne pouvait ainsi se voir reconnaître une pleine valeur probante, dès lors qu'il était lacunaire, peu convaincant et dépourvu de motivation détaillée à l'appui de ses conclusions.

f. Dans son rapport du 11 février 2026, l'expert a retenu les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail :

- status post fracture des os du nez, degré de gravité : grave ;
- status post fractures dentaires, degré de gravité : moyen ;
- fracture partielle de la rotule gauche, degré de gravité : grave ;
- déchirure partielle du tendon rotulien gauche, degré de gravité : grave ;
- déchirure méniscale du genou droit, degré de gravité : moyen ;
- déchirure méniscale du genou gauche, degré de gravité : moyen ;
- œdème osseux astragale droit et gauche, degré de gravité : moyen ;
- protrusion disco-uncarthrosique en C3-C4 du côté gauche, degré de gravité : moyen ;
- lyse isthmique bilatérale L5, degré de gravité : moyen ;
- spondylose (dessication discale), degré de gravité : moyen ;
- forte suspicion d'une spondylarthropathie (ICD-IO M46.8), degré de gravité : moyen à grave ;
- épaule droite status post bursite et tendinopathie, degré de gravité : moyen ;
- kyste à la cheville droite postopératoire, degré de gravité : moyen.

Concernant les lésions du nez et des dents, la situation s'était considérablement améliorée, de sorte qu'il n'y avait aucun impact sur la capacité de travail. Le genou gauche était resté stable à la suite de l'intervention du 19 février 2025 par le Dr J_____ avec une persistance des lésions cicatricielles post-traumatiques du tendon rotulien gauche. Les lésions méniscales des deux genoux avaient eu tendance à s'aggraver. La situation de l'épaule droite était améliorée, l'épaule étant asymptomatique à la suite de l'intervention du 13 octobre 2021 par le Dr G_____. Il n'y avait aucun impact sur la capacité de travail. Les lésions du rachis cervicodorsal et lombosacré étaient restées stables sans signes d'amélioration. Les talalgies et douleurs des pieds étaient objectivées sur l'IRM du 23 novembre 2018 à droite et sur les IRM des 9 novembre 2023 et 15 août 2024 pour le côté gauche. Ces œdèmes intra osseux de l'astragale étaient plutôt un signe de péjoration dans le cadre d'une maladie systémique, i.e. spondylarthropathie. Il s'agissait d'un état avec une palette de pathologies polyarticulaires peu commun pour un sujet de 47 ans.

La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis l'accident du 28 août 2014 en vertu de l'atteinte du genou gauche. Cette conclusion remportait

l'adhésion de tous les médecins ayant examiné l'assuré. L'évolution allait vers la persistance d'un tendon rotulien cicatriciel et inflammatoire gauche empêchant toute reprise d'activité sur un chantier comme manœuvre. La capacité de travail était « possible » dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Cependant, il fallait « tenir compte de l'évolution de la maladie sous-jacente que présentait la personne expertisée, à savoir la pathologie post-traumatique du tendon rotulien du genou gauche, la spondylarthropathie inflammatoire fortement suspecte, les troubles méniscaux du genou droit, les talalgies avec œdème intra osseux des deux astragales en probable relation avec la spondylarthropathie et objectivée sur les IRM des chevilles de 2018 à droite et de 2023 à gauche ».

Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes :

- pour les genoux droit et gauche : la station debout prolongée ou assise n'était guère possible, le port de charge était limité à 5kg, pas de possibilités de déplacements dans les terrains accidentés, pas de position en contrainte pour le genou gauche ; la capacité de monter et descendre des escaliers, des échelles ou des échafaudages de façon répétitive était également impactée ; il en allait de même des activités accroupies ou à genoux ;
- pour le rachis : le port de charge était limité à 5 kg non répétitif, ainsi que les gestes en porte-à-faux et la station debout ou assise prolongée ;
- pour les chevilles : le port de charges était limité à 5 kg non répétitif ; la station debout prolongée et la marche prolongée de plus de 30 minutes.

Pour autant qu'un diagnostic précis soit posé et accompagné d'un traitement adéquat, toute activité adaptée pouvait être envisagée en tenant compte des limitations fonctionnelles, laissant de la latitude quant au changement de position fréquente et en l'absence de port de charge répétitifs de plus de 5 kg. « Théoriquement », le taux dans une activité adaptée était de 100% dans une activité de service ou industrielle légère (inspection, contrôle qualité). Une fois un traitement adéquat, basé sur un diagnostic étayé, mis en œuvre pour les affections du rachis, des genoux et des chevilles, on pouvait s'attendre à un retour vers une activité lucrative adaptée. Cependant, il n'était pas possible, vu la situation évolutive, de se déterminer quant à un taux de rendement exigible.

Se déterminant sur les conclusions de l'expertise du Dr H_____, le Prof. I_____ a relevé que la situation de l'assuré était évolutive et que la date de novembre 2022 pour une reprise à 100% de l'activité adaptée n'était « pas réaliste », au vu des résultats d'imagerie et des interrogations diagnostiques et thérapeutiques en suspens. La lecture des examens montrait des lésions de la colonne lombaire, du genou gauche (tendon patellaire épaissi), du genou droit (languette méniscale déplacée) et des chevilles (œdème du talus) gauche et droite, dont l'origine n'était pas définitivement élucidée. Les raideurs articulaires mises en évidence par le Dr H_____ (hanches, genoux, pieds), et qu'il retrouvait lors de l'examen clinique, ne faisaient l'objet d'aucune interprétation par le médecin.

Un diagnostic définitif devait être posé quant à l'existence de la spondylarthropathie qui pouvait en partie expliquer les troubles lombaires et polyarticulaires que présentait la personne expertisée. Il s'agissait d'une forte suspicion étayée par l'examen clinique et par l'imagerie. Le radiologue, le Dr K_____, qui avait revu l'imagerie confirmait le diagnostic radiologique de maladie inflammatoire du rachis. Par conséquent, un bilan rhumatologique était nécessaire et une demande de consultation avait été faite auprès du Dr L_____, rhumatologue. De surcroît, une réévaluation spécialisée de l'état des genoux, notamment suite à l'IRM du 20 janvier 2026 du genou droit, était nécessaire. Le Dr M_____ avait été contacté. Une fois les bilans et traitements appropriés mis en place une reprise de l'activité lucrative et adaptée pourra être envisagée probablement à un taux de 100%.

Une fois le diagnostic médical étayé, comportant un traitement adéquat adapté aux pathologies d'ordre rhumatologique, orthopédique et médicale la reprise d'une activité lucrative à 100% pouvait être envisagée par la personne expertisée. L'assuré se voyait exercer une profession de service dans le périmètre des limitations fonctionnelles.

g. Par écriture du 9 mars 2026, l'intimé a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours. Se fondant sur l'avis du SMR du 9 mars 2026, il a relevé que l'expertise judiciaire procédait à la même évaluation de la capacité de travail que le Dr H_____, soit une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et à une capacité de travail entière dans une activité adaptée. En ce qui concernait l'éventuelle spondylarthropathie inflammatoire, elle influait sur la capacité de travail en limitant fonctionnellement le port de charges, les gestes en porte-à-faux et la station debout ou assise prolongée, mais l'exercice d'une activité adaptée restait possible. S'agissant des déchirures méniscales aux deux genoux, elles créaient des limitations fonctionnelles, mais une activité respectant celles-ci demeurait possible. Les nouvelles atteintes alléguées et en l'état uniquement supposées (spondylarthropathie inflammatoire, tuberculose latente), si elles étaient avérées, étaient postérieures à la décision entreprise et n'avaient pas été annoncées dans les pièces médicales lors de l'instruction de la révision de la rente. Dans son rapport du 26 février 2024, le SMR avait retenu une exigibilité dans une activité qui épargnait les atteintes somatiques ostéoarticulaires, membres inférieurs, rachis, comme décrit par l'expert.

h. Le 31 mars 2026, le recourant a maintenu ses conclusions en octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 2019. Subsidiairement, il a conclu à la mise en œuvre d'un complément d'expertise afin de déterminer de manière complète et fiable sa capacité de travail. L'expertise judiciaire ne contenait aucune conclusion claire quant à sa capacité de travail. L'expert avait notamment retenu qu'un bilan rhumatologique (s'agissant des lombalgies), un bilan orthopédique (concernant les genoux) et un bilan pneumologique (au vu du test tuberculinique positif) demeuraient nécessaires. Sa situation médicale était donc évolutive et ne

permettait pas de retenir une capacité entière dans une activité adaptée dès novembre 2022. Des investigations médicales complémentaires étaient indispensables. L'expertise judiciaire mettait en évidence un tableau clinique significatif, comprenant notamment des limitations fonctionnelles importantes, des douleurs persistantes et une atteinte multi-articulaire, sans pour autant parvenir à déterminer concrètement une capacité de travail exigible. L'expert n'avait au demeurant fixé aucune date de reprise exigible et n'était pas dans la possibilité d'évaluer une diminution de rendement ou de se prononcer sur son taux de rendement.

i. La chambre de céans a transmis cette écriture à l'OAI.

EN DROIT

1.

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

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

1.2 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAI).

2.

2.1 Dans le cadre du développement continu de l'AI, la LAI, le RAI et l'art. 17 LPGA notamment ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (modifications des 19 juin 2020 et 3 novembre 2021 ; RO 2021 705 et RO 2021 706).

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 (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).

Dans les cas de révision selon l'art. 17 LPGA, conformément aux principes généraux du droit intertemporel (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^{er} 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).

2.2 En l'occurrence, est contestée la suppression de la rente d'invalidité du recourant à la suite de la révision initiée en 2023, de sorte que les dispositions applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

- 3.** Le litige porte sur le bien-fondé de la décision du 1^{er} juillet 2024, par laquelle l'intimé a supprimé, dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision, la rente entière accordée au recourant depuis le 1^{er} octobre 2019.

3.1 En vertu de 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 ou atteint 100%.

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).

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 141 V 9 consid. 2.3 ; 112 V 371 consid. 2b ; 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). 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 des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau

degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGa (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.).

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable (phr. 1 de l'art. 88a al. 1 RAI) ; on attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (phr. 2 de la disposition ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 666/81 du 30 mars 1983 consid. 3, *in* RCC 1984 p. 137 s.). En règle générale, pour examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration de la capacité de gain peut être considérée comme durable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_32/2015 du 10 septembre 2015 consid. 4.1). L'OAI doit réduire ou supprimer la rente avec effet à la fin du mois au cours duquel le délai de trois mois a expiré (voir arrêt du Tribunal fédéral 9C_900/2013 du 8 avril 2014 consid. 6.5 dans le même sens).

Le fardeau de la preuve quant à cette amélioration de la capacité de travail incombe à l'office AI (arrêt du Tribunal fédéral 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.2, et les références).

3.2 Conformément aux 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.

L'art. 6 LPGa prévoit qu'est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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).

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).

3.3 La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

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 (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des

assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

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

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

3.4 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 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

De jurisprudence constante, le juge apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 148 V 21 consid. 5.3 et les références). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 118 V 200 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_294/2024 du 20 décembre 2024 consid. 5.1 et la référence).

4. En l'espèce, dans la décision litigieuse, l'intimé a supprimé la rente entière octroyée au recourant depuis le 1^{er} octobre 2019, au motif qu'il présentait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dès le 1^{er} novembre 2022, soit un an après l'arthroscopie de l'épaule droite.

Le recourant conteste toute amélioration notable et durable de son état de santé. Il fait valoir que sa situation est encore évolutive et insuffisamment investiguée, ce qui a été confirmé par l'expertise judiciaire.

Dans son ordonnance du 8 septembre 2025, la chambre de céans a constaté que l'expertise mandatée par l'intimé ne pouvait pas se voir reconnaître pleine valeur probante, dès lors qu'elle était lacunaire, peu convaincante et dépourvue de motivation détaillée, de sorte qu'elle a mis en œuvre une expertise judiciaire.

Il convient donc d'analyser la valeur probante du rapport du 11 février 2026.

4.1 L'expertise judiciaire a été réalisée par le Prof. I_____, spécialiste de la discipline médicale pertinente, soit la chirurgie orthopédique. Après avoir résumé l'anamnèse (y compris familiale et professionnelle), les habitudes, les loisirs et le déroulement d'une journée-type, l'expert a rapporté les plaintes du recourant et consigné de façon complète les résultats de son examen clinique du 11 décembre 2025. Il a présenté une synthèse des pièces au dossier et analysé la littérature médicale pertinente, avant de répondre aux questions posées dans la mission. Dans ce cadre, il a notamment énuméré les diagnostics retenus, ainsi que les limitations fonctionnelles de l'assuré. Il a analysé l'adéquation du traitement suivi

par l'intéressé, formulé des propositions thérapeutiques et s'est déterminé sur leurs effets sur la capacité de travail de l'assuré. Il a enfin pris position sur les différents rapports au dossier, expliquant notamment les motifs pour lesquels il ne partageait pas l'opinion du Dr H_____ s'agissant de la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée dès novembre 2022.

La chambre de céans constate ainsi que le rapport d'expertise repose sur l'intégralité du dossier médical du recourant, sur les données subjectives et sur des constatations objectives approfondies. Le Prof. I_____ s'est livré à une étude minutieuse du cas et a dûment justifié son appréciation sur toutes les questions litigieuses. Ses conclusions – soit une incapacité de travail entière dans l'activité habituelle et une reprise possible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles après un bilan médical, orthopédique et rhumatologique avec suivi des traitements appropriés – sont claires, cohérentes et convaincantes.

L'intimé, dûment invité à prendre position sur le rapport d'expertise, s'est limité à affirmer que le Prof. I_____ procédait de la « même évaluation de la capacité de travail que le Dr H_____ ».

Cette affirmation ne peut toutefois être suivie. Si le Prof. I_____ partage certes l'opinion du Dr H_____ s'agissant de la capacité de travail dans une activité habituelle, soit une capacité de travail nulle dès l'événement du 28 août 2014, l'expert judiciaire a indiqué que la situation médicale de l'assuré était évolutive et que la date de novembre 2022 pour une reprise à 100% dans une activité adaptée n'était « pas réaliste » au vu des résultats des examens d'imagerie et des interrogations diagnostiques et thérapeutiques en suspens. Des investigations médicales, rhumatologiques et orthopédiques, étaient nécessaires pour se déterminer de façon définitive quant à la nécessité de mesures thérapeutiques supplémentaires. La lecture des examens montrait des lésions de la colonne lombaire, du genou gauche (tendon patellaire épaissi), du genou droit (languette méniscale déplacée) et des chevilles (œdème du talus) gauche et droite, dont l'origine n'était pas définitivement élucidée. Les raideurs articulaires mises en évidence par le Dr H_____ (hanches, genoux, pieds) dans son expertise du 21 février 2024, et que le Prof. I_____ retrouvait lors de l'examen clinique du 11 décembre 2025, ne faisaient l'objet d'aucune interprétation par le Dr H_____. Le Prof. I_____ en a conclu que la situation médicale n'était pas stabilisée tant que les diagnostics définitifs n'étaient pas posés et que des mesures thérapeutiques n'étaient pas mises en route. Néanmoins, à l'avenir, la capacité de travail dans une activité adaptée « pourrait » être considérée entière, mais avec un taux de rendement encore impossible à fixer, puisqu'il devait tenir compte des mesures thérapeutiques à la suite des bilans orthopédique, rhumatologique et pneumologique complémentaires.

À en croire l'intimé, qui se fonde en cela sur l'avis du SMR du 9 mars 2026, le caractère évolutif de l'état de santé de l'assuré ne serait dû qu'à de nouvelles atteintes, en l'état « uniquement supposées », qui seraient postérieures à la

décision entreprise. Il ressort toutefois de l'expertise judiciaire, en particulier de la liste des diagnostics retenus par l'expert, que l'ensemble des atteintes, avec incidence sur la capacité de travail, sont apparues avant la décision entreprise. Contrairement à ce qu'indique l'intimé, la spondylarthropathie inflammatoire « fortement suspecte » se fonde sur des lésions inflammatoires apparues sur les IRM des 3 septembre 2018, 5 mars 2021 et 7 novembre 2023. L'expert a expliqué en particulier qu'il persistait, dans le cas de l'assuré, des lombalgies importantes et des affections des genoux et des chevilles pour lesquelles aucune démarche diagnostique, ni traitement particulier, n'avait été entrepris depuis l'arthroscopie du 13 octobre 2021. Quant à la tuberculose latente, elle n'est pas mentionnée par l'expert comme diagnostic avec incidence sur la capacité de travail. Ainsi, quand bien même cette atteinte serait établie et avec une date d'apparition postérieure à la décision litigieuse, cela ne changerait rien à la conclusion de l'expert quant à l'absence de capacité de travail dans une activité adaptée à compter du 1^{er} novembre 2022.

Pour le reste, l'intimé n'a émis aucune critique à l'encontre de l'expertise judiciaire. Il n'a relevé aucun élément ou indice qui justifierait de s'en écarter. Il convient donc de suivre l'expert judiciaire et de retenir que la date de novembre 2022 pour une reprise d'une activité adaptée à 100% n'apparaît pas réaliste. L'appréciation de la capacité de travail future du recourant, « une fois les bilans et traitements appropriés mis en place », ne permet ainsi pas de prouver, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'une amélioration notable soit réellement intervenue en novembre 2022. À cet égard, il sied de rappeler que s'agissant de l'amélioration de la capacité de travail, le fardeau de la preuve incombe à l'OAI. Il appartiendra, le cas échéant, à l'intimé d'instruire davantage la question d'une éventuelle amélioration de l'état de santé du recourant une fois les bilans et les traitements appropriés mis en place, comme le préconise l'expert.

Il s'ensuit qu'en tant qu'elle supprime le droit à la rente du recourant à compter du 1^{er} novembre 2022, la décision entreprise n'est pas conforme au droit.

5. Le recours sera donc admis et la décision du 1^{er} juillet 2024 annulée.

Le recourant ayant gain de cause par l'intermédiaire d'une avocate, une indemnité de CHF 4'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]).

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émoulement de CHF 200.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimé du 1^{er} juillet 2024.
4. Alloue à l'assuré une indemnité de CHF 4'000.-, à la charge de l'intimé.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. 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

Sylvie CARDINAUX

Eleanor McGREGOR

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