

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2915/2024

ATAS/312/2025

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 5 mai 2025**

**Chambre 16**

En la cause

A \_\_\_\_\_  
représenté par Me Thierry STICHER, avocat

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Justine BALZLI, présidente; Yves MABILLARD et Michael RUDERMANN,  
juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

**A. a.** A \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1971, d'origine algérienne, est arrivé en Suisse en 1993.

**b.** Il est titulaire d'un certificat d'aptitude professionnelle de premier degré en mécanique automobile, obtenu en 1990 en Algérie.

**c.** Divorcé, il est père d'un garçon né en 2007.

**d.** Entre 1993 et 1997, l'assuré a travaillé en tant que magasinier. Depuis 1997, il a effectué plusieurs missions temporaires en tant qu'aide électricien.

**B. a.** Entre 2010 et 2023, l'assuré a déposé sept demandes de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI ou l'intimé).

**b.** Le 10 novembre 2010, il a déposé sa première demande de prestations en raison de la rupture partielle du ligament croisé antérieur (LCA) droit, de la fracture-enfoncement du plateau tibial externe droit, d'une entorse de la cheville et de la fracture des os propres du nez, ayant entraîné une incapacité totale de travailler dans quelque activité que ce soit entre le 21 juin 2010 et le 14 mars 2011.

Cette première demande a été rejetée le 5 octobre 2011, les atteintes en question n'étant pas de longue durée, dès lors qu'elles n'avaient entraîné une incapacité de travail que jusqu'au 14 mars 2011, soit pendant moins d'un an.

**c.** Le 10 avril 2013, l'assuré a saisi l'OAI d'une deuxième demande de prestations, les atteintes invoquées étant alors une entorse au genou droit et des contusions du majeur.

Après avoir rassemblé divers rapports et notamment celui établi par la clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) suite à un séjour du 11 juin au 3 juillet 2013, l'OAI a mis sur pied une mesure d'orientation professionnelle, laquelle s'est tenue du 13 janvier au 28 février 2014 dans les locaux des établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI) et qui a été complétée par des stages en entreprise, effectués du 2 mars au 11 avril 2014. Cette mesure a montré que l'assuré pouvait être réadapté à plein temps dans le circuit économique ordinaire dans une activité industrielle simple et légère avec alternance des positions (cf. rapport des EPI du 12 mai 2014).

À l'issue de l'instruction, l'OAI a rejeté la demande de prestations par décision du 22 mai 2015, retenant une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée, laquelle devait respecter certaines limitations. Dès lors que la comparaison des revenus conduisait à un degré d'invalidité nul, la demande devait être rejetée.

**d.** Le 15 septembre 2015, l'assuré a saisi l'OAI d'une troisième demande, toujours en raison des mêmes atteintes.

L'assuré n'ayant transmis, dans le délai imparti, aucune pièce médicale à l'appui de sa nouvelle demande, l'OAI lui a signifié, par décision du 12 février 2016, un refus d'entrer en matière, aucune aggravation de l'état de santé n'ayant été rendue plausible.

**e.** Le 19 août 2016, l'assuré a déposé une quatrième demande, en raison d'une double fracture de la cheville droite.

Des pièces du dossier, il ressort notamment que du 6 juillet au 3 août 2016, l'assuré a, une nouvelle fois, séjourné à la CRR, où les médecins n'ont posé aucun nouveau diagnostic et en particulier aucune psychopathologie. Les limitations fonctionnelles alors évoquées étaient sensiblement les mêmes que précédemment.

Par décision du 20 janvier 2017, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur cette quatrième demande, l'assuré n'ayant pas rendu plausible une modification des conditions de fait, l'incapacité de travail ayant par ailleurs duré moins d'un an.

**f.** La cinquième demande de prestations, datée du 24 avril 2018, déposée en raison d'atteintes aux dents, au pouce gauche, au genou droit (ligaments croisés), au tibia, au nez et au tibia de la main gauche, a conduit à l'octroi d'une rente limitée dans le temps, versée du 1<sup>er</sup> octobre 2018 au 31 janvier 2019, l'instruction menée ayant montré que la capacité de travail de l'assuré était nulle dès le 20 septembre 2017, quelle que soit l'activité, mais entière dans une activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> novembre 2018.

**g.** Le 14 octobre 2019, l'assuré a saisi l'OAI d'une sixième demande de prestations, toujours en raison des atteintes précitées. Par décision du 12 février 2020, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande précitée, l'assuré n'ayant pas rendu plausible une modification de sa situation.

**C. a.** Les 14 juin 2021 et 23 février 2023, l'assuré a adressé à l'OAI une septième demande de prestations, en raison d'une atteinte non précisée.

**b.** L'OAI a rassemblé divers rapports et les a soumis à son service médical régional (ci-après : SMR) qui a considéré, dans un avis du 31 octobre 2023, que l'atteinte principale était un traumatisme récidivant du genou droit, avec des atteintes méniscales et cartilagineuses, opérées à deux reprises, les 19 mai 2021 et 31 mai 2023. À titre d'atteinte secondaire, il a retenu une fasciite nécrosante de la fesse gauche sur chute le 27 juillet 2022 avec greffe de Thiersch le 2 septembre 2022. Les limitations fonctionnelles induites par les atteintes précitées étaient les suivantes : pas de port de charges de plus de 15 kg, pas de station debout ou de marche plus de 30 minutes, pas de marche en terrain accidenté, pas de montées ou de descentes des escaliers ou d'échelles, pas de position à genoux ou accroupie. La capacité de travail était définitivement nulle dans l'activité habituelle et ce dès

le 22 décembre 2020. En revanche, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées, la capacité de travail avait été nulle du 22 décembre 2020 au 31 août 2021, de 100% du 1<sup>er</sup> septembre 2021 au 27 juillet 2022, nulle du 28 juillet 2022 au 30 septembre 2023 et à nouveau entière dès le 1<sup>er</sup> octobre 2023.

**c.** Par projet du 21 décembre 2023, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de prestations, la comparaison des revenus conduisant à une perte de gain de 1%, insuffisante pour donner droit à une rente d'invalidité.

**d.** Le 10 janvier 2024, le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a informé l'OAI que son patient avait subi des interventions chirurgicales en date des 9 janvier 2013, 4 novembre 2015, 19 mai 2021 et 31 mai 2023 et qu'il était totalement incapable de travailler depuis le 19 septembre 2022. Selon l'évolution, l'exercice d'une activité adaptée sans contrainte des genoux, des chevilles et du majeur de la main gauche devrait être possible.

**e.** Le courrier du Dr B\_\_\_\_\_ a été soumis au SMR qui a préconisé, dans un avis du 25 janvier 2024, la réalisation d'une expertise orthopédique.

**f.** Parallèlement, le 30 janvier 2024, sous la plume de son conseil, l'assuré s'est formellement opposé au projet du 21 décembre 2024.

**g.** L'expertise préconisée par le SMR a été confiée au docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, lequel a retenu, dans un rapport daté du 28 mars 2024, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de gonarthrose bilatérale, plus marquée à droite qu'à gauche, status après arthrodèse interphalangienne proximale (IPP) du majeur gauche (2007), douleurs persistantes à la cheville droite, douleurs persistantes à la cheville gauche, status après fasciite nécrosante à la fesse gauche, traitée par débridements multiples et greffe de peau (28 juillet 2022) et lombalgies non déficitaires. À titre de diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail, le Dr C\_\_\_\_\_ a retenu une obésité avec BMI à 27.0, un tabagisme chronique, un status après traumatisme dentaire (2010) et un status après fracture des os propres du nez (2010). En raison de ces atteintes, l'activité habituelle de monteur électricien était nulle depuis le 22 décembre 2010. En revanche, dans une activité parfaitement adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées dans le rapport, la capacité de travail était entière à compter du 19 mai 2021, sauf pendant deux mois en 2022 et un mois en 2023.

**h.** L'expertise précitée du Dr C\_\_\_\_\_ a été soumise au SMR, qui a considéré, dans un avis non daté mais vraisemblablement établi le 7 ou le 8 avril 2024, qu'il convenait d'en suivre les conclusions, sauf en ce qui concernait l'incapacité de travail après l'opération du 2 septembre 2022, qui devait être fixée à deux mois (et non à un mois comme retenu par l'expert) et les limitations fonctionnelles, lesquelles devaient être complétées avec celles retenues dans l'avis du 29 janvier

2019, à savoir le port de charges lourdes (plus de 10 kg) et la station debout prolongée.

**i.** Après avoir procédé à une comparaison des revenus, l'OAI a adressé à l'assuré, en date du 31 mai 2024, un nouveau projet de décision, selon lequel la demande de prestations était toujours rejetée.

**j.** Sous la plume de son conseil, l'assuré s'est opposé au projet précité par courrier du 2 juillet 2024, concluant, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, faute de possibilité de travailler sur le marché ordinaire de l'emploi vu ses nombreuses limitations fonctionnelles. Subsidiairement, il a conclu à une instruction complémentaire portant sur ses capacités mnésique, cognitive et intellectuelle.

**k.** Par décision du 12 juillet 2024, l'OAI a rejeté la demande de prestations, pour les motifs d'ores et déjà invoqués dans son projet de décision du 31 mai 2024.

**D. a.** Le 10 septembre 2024, sous la plume de son conseil, l'assuré a interjeté recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre la décision précitée, concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire – orthopédique, rhumatologique et neuropsychologique – et à la mise en place de mesures d'observation judiciaire et, cela fait, principalement, à l'annulation de la décision du 12 juillet 2024 et à la constatation de son droit à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> décembre 2021.

À l'appui de ses conclusions, l'assuré a notamment considéré qu'en raison de ses atteintes et des limitations fonctionnelles induites, une pleine capacité de travail avec un plein rendement ne pouvait être retenue. Par ailleurs, ses capacités cognitives n'avaient, à tort, jamais fait l'objet d'une mesure d'instruction de l'intimé. Enfin, le recourant contestait la comparaison des revenus, notamment le revenu sans invalidité retenu ainsi que l'abattement appliqué.

**b.** Dans sa réponse du 9 octobre 2024, l'office intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, considérant que l'expertise du Dr C\_\_\_\_\_ répondait à tous les réquisits en matière de valeur probante. Par ailleurs, l'éventuelle atteinte cognitive n'avait été mentionnée par aucun médecin, de sorte qu'une expertise neuropsychologique n'était pas nécessaire. Enfin, l'intimé a confirmé la comparaison des revenus effectuée.

**c.** Par réplique du 30 octobre 2024 et duplique du 11 novembre 2024, le recourant, respectivement l'office intimé, ont persisté dans les termes et conclusions de leurs précédentes écritures.

**d.** Le 10 mars 2025, l'office intimé a encore transmis la décision sur opposition de l'assureur-accidents du 5 mars 2025, dont il ressort que pour le médecin d'arrondissement, l'atteinte à la fesse et ses suites n'étaient responsables d'aucune incapacité de travail et ne justifiaient aucun traitement médical.

**e.** Sur ce, la cause a été gardée à juger.

---

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

Interjeté dans la forme et le délai 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 LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, et plus particulièrement sur la valeur probante du rapport du Dr C\_\_\_\_\_ et l'instruction menée par l'office intimé.
3. **3.1** Le 1<sup>er</sup> janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est, en principe, celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence).

**3.2** En l'espèce, le recourant a déposé sa septième demande de prestations le 14 juin 2021, de sorte que son éventuel droit à une rente naîtrait le 1<sup>er</sup> décembre 2021 au plus tôt.

Cette date étant antérieure au changement de loi, l'ancien droit reste applicable.

4. **4.1** À teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : a) sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, b) il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et c) au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins.

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Enfin, selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré.

**4.2** Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

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 (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

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 I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

- 5. 5.1** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent 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). 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 incapable de travailler. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui – en tenant compte des facteurs incapacitants externes, d'une part, et du potentiel de compensation (ressources), d'autre part –, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

**5.2** 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). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

**5.3** 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.

**5.3.1** 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 125 V 351 consid. 3b/bb).

**5.3.2** Selon une jurisprudence constante, la qualification du médecin joue un rôle déterminant dans l'appréciation de documents médicaux. L'administration et le juge appelés à se déterminer en matière d'assurances sociales doivent pouvoir se fonder sur les connaissances spéciales de l'auteur d'un certificat médical servant de base à leurs réflexions. Il s'ensuit que le médecin rapporteur ou pour le moins le médecin signant le rapport médical doit en principe disposer d'une spécialisation dans la discipline médicale concernée ; à défaut, la valeur probante d'un tel document est moindre (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_826/2009 du 20 juillet 2010 consid. 4.2 portant sur les rapports des services médicaux régionaux au sens de l'art. 49 al. 2 RAI).

- 6. 6.1** 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).

**6.2** 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).

7. **7.1** En l'espèce, sur la base des conclusions rendues le 28 mars 2024 par le Dr C\_\_\_\_\_, médecin mandaté pour expertise, et de l'avis de son SMR, non daté mais vraisemblablement établi aux alentours des 7 ou 8 avril 2024, l'OAI a rejeté la demande de prestations du 14 juin 2021, retenant en substance une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées.

Pour sa part, le recourant conteste, à tout le moins implicitement, la valeur probante du rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 28 mars 2024, critiquant le fait que celui-ci ait retenu une capacité de travail entière sans diminution de rendement, alors que les affections en lien avec ses genoux, ses chevilles, son dos (lombalgies) et sa fesse gauche entraînent une péjoration de sa production, y compris dans une activité sédentaire. Il explique en outre qu'en raison de son atteinte à la fesse gauche, il lui était difficile de rester assis, ce qui était peu compatible avec l'activité sédentaire retenue par l'expert. En tous les cas, pour le recourant, l'impossibilité de rester tant debout qu'assis ne permettait pas, d'emblée de retenir une capacité de travail entière sans diminution de rendement. Il était par conséquent d'avis que l'OAI avait procédé à une instruction lacunaire de son dossier sur le plan orthopédique. Il en allait de même sur le plan cognitif. En effet, ses capacités cognitives n'avaient jamais fait l'objet d'une mesure d'instruction. Or, les nombreux accidents avaient de quoi interloquer. S'y ajoutait le fait qu'il

répondait souvent à côté des questions et qu'il n'était pas toujours cohérent dans ses propos, ce qui posait la question de l'existence d'une oligophrénie ou d'une affection similaire.

C'est donc la valeur probante du rapport du 28 mars 2024 qu'il convient d'examiner dans un premier temps.

**7.2** À cet égard, force est de constater que sur le plan formel, le rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 28 mars 2024 répond aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Il contient en effet le résumé du dossier, une anamnèse détaillée, les indications subjectives du recourant, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas. Les conclusions du Dr C\_\_\_\_\_, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires et motivées.

**7.2.1** Sur le fond, le Dr C\_\_\_\_\_ a, tout d'abord, décrit les plaintes du recourant, lesquelles étaient les suivantes :

- troisième doigt de la main gauche : le recourant était gêné par la raideur du majeur de sa main gauche et par des douleurs s'il heurtait le doigt ;
- genou droit : le recourant avait un périmètre de marche, à plat, de cinq à dix minutes et des douleurs toutes les heures ou toutes les deux heures. Le genou droit était parfois tuméfié. Le recourant décrivait également des lâchages et des blocages. Enfin, il présentait des douleurs lorsqu'il marchait en terrain irrégulier ou lorsqu'il montait ou descendait des pentes ou des escaliers ;
- genou gauche : le recourant présentait des douleurs lorsqu'il descendait des escaliers ;
- fesse gauche : le recourant avait des douleurs lorsqu'il était assis ;
- cheville droite : le recourant décrivait des douleurs lorsqu'il marchait à plat pendant plus de dix minutes et lorsqu'il montait les escaliers ou des pentes ;
- cheville gauche : le recourant faisait état de douleurs persistantes, surtout lorsqu'il était en position assise ;
- colonne lombaire : le recourant décrivait des douleurs lombaires lorsqu'il marchait à plat ou lorsqu'il se penchait en avant.

Après avoir procédé à un examen clinique du recourant et étudié les pièces du dossier, l'expert a retenu, en lien avec les plaintes du recourant, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de :

1. gonarthrose bilatérale, plus marquée à droite qu'à gauche, avec :
  - status après traumatisme du genou droit avec fracture ostéochondrale postérieure et postéro-latérale du plateau tibial externe avec enfoncement de 4 mm, et rupture du ligament croisé antérieur (21 juin 2010) ;

- status après arthroscopie du genou droit, avec résection du bord libre de la partie moyenne du ménisque externe, résection de plica parapatellaire interne et résection d'un lambeau de Hoffa (9 janvier 2013) ;
  - status après arthroscopie du genou droit, avec résection de flaps cartilagineux instables, chondroplastie des trois compartiments, dénervation de la rotule, résection du bord libre de la partie moyenne et de la corne antérieure du ménisque externe, résection du processus fibrocicatriciel post-résection de plica parapatellaire, ablation de corps libres cartilagineux et synovectomie étendue (19 mai 2021) ;
  - status après arthroscopie du genou droit, avec résection de flaps cartilagineux instables, chondroplastie tricompartmentale, reprise de dénervation de la rotule, réinsertion et suture de la corne postérieure du ménisque interne, résection de lésion du ménisque externe, résection de processus fibrocicatriciel post-résection de plica, ablation de corps libres intra-articulaires cartilagineux et synovectomie étendue (31 mai 2023) ;
  - discrète chondropathie fémoro-tibiale interne et fémoro-patellaire du genou gauche (IRM du 14 septembre 2022) ;
2. status après arthrodèse interphalangienne proximale (IPP) du majeur gauche (2007) ;
  3. douleurs persistantes à la cheville droite, avec
    - status après plastie du ligament latérale externe (LLE) selon Broström, modifiée, résection d'une impingement et synovectomie (4 novembre 2015) ;
  4. douleurs persistantes à la cheville gauche, avec
    - status après possible entorse bénigne du LLE (22 décembre 2020) ;
  5. status après fasciite nécrosante à la fesse gauche, traitée par débridements multiples et greffe de peau (28 juillet 2022) ;
  6. lombalgies non déficitaires
    - discrètes discopathies dégénératives L2-L3, L4-L5 et L5-S1, sans hernie discale (CT lombaire du 15 mars 2018) ;

Le Dr C\_\_\_\_\_ a également relevé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de :

1. obésité avec BMI à 27.0,
2. tabagisme chronique,
3. status après traumatisme dentaire (2010),
4. status après fracture des os propres du nez (2010).

En raison de ces atteintes, l'expert a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de position à genoux ou accroupie, pas de montée ou descente à répétition d'escaliers et d'échelles, pas de marche en terrain irrégulier, pas d'activité en position penchée en avant ou en porte-à-faux.

Selon l'expert, depuis 2010, l'assuré était apte à exercer uniquement un métier parfaitement adapté aux limitations fonctionnelles. La capacité de travail dans l'activité habituelle de monteur électricien était nulle depuis le 22 décembre 2020. Cela étant, dans une activité parfaitement adaptée aux limitations fonctionnelles précitées, la capacité de travail était entière à compter du 19 mai 2021.

Par ailleurs, la capacité de travail de l'assurée avait été nulle pendant deux mois dans une activité adaptée à compter du 27 juillet 2022. Il en allait de même durant un mois après l'arthroscopie du 31 mai 2023.

**7.2.2** Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3).

Force est de constater, avec le recourant, que le médecin mandaté pour expertise par l'OAI n'a pas effectué d'examen clinique de la fesse gauche alors qu'il a ensuite évoqué, à titre de diagnostic avec effet sur la capacité de travail, celui de status après fasciite nécrosante à la fesse gauche, traitée par débridements multiples et greffe de peau (28 juillet 2022), tout en ne retenant finalement aucune limitation fonctionnelle, incapacité de travail ou diminution de rendement en lien avec cette atteinte. De toute évidence, il existe une contradiction s'agissant de ce diagnostic. En effet, il paraît paradoxal qu'un diagnostic soit considéré comme ayant des répercussions sur la capacité de travail alors qu'il est retenu qu'en fin de compte, il n'entraîne ni limitations fonctionnelles, ni diminution de rendement ou encore d'incapacité de travail. Dès lors qu'il est muet sur les conséquences de l'atteinte à la fesse, le rapport du Dr C\_\_\_\_\_ doit être qualifié d'incomplet sur cette question.

Cela étant, on doit se demander si l'expert dispose de la bonne spécialisation pour se prononcer sur les suites de la fasciite nécrosante. En effet, ce médecin est spécialisé en chirurgie orthopédique alors que le traitement de la fasciite fessière a été effectué par un spécialiste en chirurgie viscérale puis par un spécialiste en chirurgie plastique (cf. lettre de sortie des soins aigus, service de chirurgie viscérale des Hôpitaux universitaires de Genève [HUG], du 29 août 2022 et rapport initial LAA établi le 5 décembre 2022 par la docteure D\_\_\_\_\_, cheffe de clinique au service de chirurgie viscérale des HUG). Ce sont d'ailleurs ces

spécialistes qui ont attesté d'une incapacité de travail, à tout le moins jusqu'au 16 janvier 2023 (cf. rapport initial LAA du 5 décembre 2022 et certificat médical du 18 août 2022 ; certificat médical établi le 5 décembre 2022 par la docteure E\_\_\_\_\_, médecin interne au service de chirurgie plastique).

Quoi qu'il en soit, la chambre de céans ne peut, en l'état, se prononcer sur la question de la capacité de travail du recourant et, partant, sur la validité de la décision querellée de l'OAI, le rapport du Dr C\_\_\_\_\_ étant muet s'agissant de la fasciite nécrosante. En effet, soit le Dr C\_\_\_\_\_ disposait de la bonne spécialisation pour se prononcer sur les répercussions de la fasciite nécrosante sur la capacité de travail et, dans un tel cas, son rapport d'expertise est lacunaire en tant qu'il ne comporte aucune conclusion sur cette question, soit la fasciite nécrosante relevait d'une autre spécialité et il revenait à l'OAI d'investiguer cette atteinte et ses conséquences en termes de capacité de travail et de limitations fonctionnelles.

Dans tous les cas, il convient donc de renvoyer la cause à l'OAI, celui-ci étant invité, tout d'abord, à se rapprocher des spécialistes en chirurgie viscérale et plastique ayant suivi l'assuré pour connaître l'évolution de l'atteinte à la fesse gauche ainsi que de ses conséquences sur la capacité de travail et en termes d'éventuelles limitations fonctionnelles, pour ensuite, le cas échéant, si cela devait s'imposer en fonction des réponses apportées, mener une instruction médicale complémentaire, en déterminant préalablement le spécialiste compétent pour se prononcer sur la fasciite nécrosante et ses conséquences (complément d'expertise auprès du Dr C\_\_\_\_\_ ou mandat pour expertise confié à un médecin disposant de la bonne spécialisation).

Ce n'est que quand l'instruction complémentaire nécessaire aura été réalisée et que l'instruction pourra être considérée comme complète que la valeur probante des différents rapports au dossier pourra être examinée.

**7.3** Dans son opposition au projet de décision, du 2 juillet 2024, puis dans son recours du 10 septembre 2024 et dans sa réplique du 30 octobre 2024, le recourant a également conclu à la mise en œuvre d'une expertise neuropsychologique, considérant qu'au vu de ses capacités cognitives, il n'était pas impossible qu'il souffre d'oligophrénie, ce qui pouvait entraîner des répercussions sur sa capacité de travail.

La chambre de céans ne saurait toutefois suivre le recourant sur ce point.

En effet, en l'absence d'avis médicaux dans ce sens, il s'agit de simples suppositions. Le fait que le recourant réponde à côté des questions et qu'il ne soit pas toujours cohérent dans ses propos n'est pas suffisant pour rendre vraisemblable une atteinte neuropsychologique, ce d'autant moins que les différents médecins ont également expliqué que les capacités du recourant dépendaient de son intérêt pour l'activité en question (cf. rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2021 de la phase initiale concernant le séjour du 17 au 25 novembre 2021 aux

ateliers professionnels de la CRR). Il en va de même des nombreux accidents qui, en l'absence de données médicales en faveur d'une atteinte neuropsychologique, ne permettent pas de conclure que le recourant souffrirait d'une telle atteinte.

Partant, en l'absence de toute pièce médicale plaidant en faveur d'une atteinte neuropsychologique, il n'y a pas lieu de mener une expertise dans ce domaine.

**7.4** Vu le renvoi de la cause à l'office intimé, la chambre de céans renonce à ordonner les mesures d'instruction sollicitées par le recourant, à savoir la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire orthopédique, rhumatologique et neuropsychologique et la mise en place de mesures d'observation judiciaire.

- 8.** Enfin, le recourant considère qu'au vu des nombreuses limitations fonctionnelles et de son atteinte neuropsychologique, seule une activité dans un emploi protégé est envisageable, de sorte qu'une rente entière doit lui être versée pour ce motif déjà. Subsidiairement, il critique le calcul du degré d'invalidité effectué par l'OAI.

Dès lors que la nature de l'activité adaptée et, partant, le calcul du degré d'invalidité dépendent des résultats de l'instruction complémentaire que l'OAI doit encore effectuer, l'examen des critiques en lien avec la comparaison des revenus est prématuré.

- 9.** Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision querellée du 12 juillet 2024 et de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sur cette question et nouvelle décision.

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 – RFPA – E 5 10.03).

Étant donné que la procédure n'est pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI) et au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 12 juillet 2024.
4. Renvoie la cause à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève à verser au recourant une indemnité de CHF 1'500.- à titre de participation à ses frais.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie KOMAISKI

Justine BALZLI

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