

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3374/2025

ATAS/620/2026

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

**Arrêt du 30 juin 2026**

**Chambre 10**

En la cause

**A\_\_\_\_\_**,  
représenté par CAP Protection Juridique SA

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Joanna JODRY, présidente; Saskia BERENS TOGNI et Pierre-Bernard  
PETITAT, juges assesseurs**

### **EN FAIT**

**A. a.** A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1970, divorcé, père d'un enfant né en \_\_\_\_\_ 1995, a effectué sa scolarité en France, pays dont il est ressortissant, sans terminer l'apprentissage d'électricien qu'il avait commencé en 1986. Après avoir exercé divers emplois dans son pays d'origine (préparateur de commande/magasinier, aide-chauffeur, assistant logistique), il est arrivé en Suisse en 2007 et a travaillé dans un premier temps en qualité de manutentionnaire pour l'entreprise B\_\_\_\_\_ SA.

**b.** L'assuré a été victime d'un accident annoncé le 21 novembre 2008 à la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA), laquelle a pris en charge l'incapacité totale de travail et le traitement médical consécutifs au sinistre.

**c.** Selon un rapport du 14 mars 2009 du docteur C\_\_\_\_\_, diplômé en médecine du sport, l'assuré présentait une lésion du ligament croisé antérieur (ci-après : LCA) et une fracture par impaction du plateau tibial postéro-externe, non déplacée.

**d.** Le 11 juin 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

**e.** Par communication du 7 octobre 2009, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge un cours de formation (informatique de gestion de stock – comptabilité générale) au titre de mesures d'intervention précoce.

**f.** Dans deux notes de travail datées respectivement des 7 octobre et 2 novembre 2009, une gestionnaire de l'OAI a mentionné que l'assuré avait repris une activité professionnelle (livraison de matériel) à plein temps le 5 octobre 2009 auprès de D\_\_\_\_\_ SA. Après quoi, des mesures avaient été prises pour que l'horaire de la formation que l'OAI prenait en charge fût modifié (cours du soir), afin que l'assuré puisse poursuivre son nouvel emploi à plein temps. Cependant, l'employeur avait « suspendu son contrat » depuis le 26 octobre 2009 en raison d'une restructuration de l'entreprise. L'assuré n'était pas très optimiste quant à la possibilité de reprendre son travail au sein de cette entreprise et il effectuait de nouvelles recherches d'emploi.

**g.** Par décision du 9 novembre 2009, l'OAI a rejeté la demande de prestations. L'assuré avait certes présenté une incapacité de travail depuis le 9 novembre 2008 mais repris une activité professionnelle le 5 octobre 2009, soit avant l'issue du délai d'attente d'une année échu le 9 novembre 2009. Partant, il ne pouvait pas prétendre à une rente. En outre, il ne remplissait pas non plus les conditions pour bénéficier de mesures d'ordre professionnel sous forme d'un reclassement, car il avait repris une activité à plein temps, adaptée à son état de santé.

Non contestée, cette décision est entrée en force.

---

**B. a.** Le 5 juillet 2017, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations.

**b.** Le 21 juillet 2017, l'OAI a reçu :

- un rapport du 21 mars 2017 du docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, adressé à la SUVA, mentionnant que l'assuré, qui était connu pour un status *post*-plastie du LCA en 2008, l'avait consulté pour la première fois le 17 janvier 2017 ; à l'examen, il avait constaté la persistance d'une douleur diffuse mécanique du genou droit avec exacerbation « ant-ext » à l'activité, une échographie avait confirmé la présence d'une surcharge et d'une inflammation du Hoffa dans sa portion externe ; étaient retenus les diagnostics de status *post*-entorse du genou droit et de surcharge du Hoffa externe avec une douleur diffuse ; invité par la SUVA à indiquer les raisons qui justifiaient l'incapacité de travail totale de l'assuré depuis le 6 février 2017 ainsi que la durée probable de celle-ci, il a répondu qu'il voyait mal l'assuré reprendre son activité habituelle, trop contraignante, de magasinier, si bien qu'une réorientation professionnelle dans une activité sédentaire paraissait souhaitable ; en l'état, le traitement entrepris avait consisté, entre autres, en une infiltration du Hoffa, sans résultat notable, et un réentraînement doux en piscine ; l'état actuel était peu satisfaisant, son évolution peu prévisible et le pronostic réservé ;
- un rapport du 17 juillet 2017 du Dr E\_\_\_\_\_ à l'OAI, évoquant une péjoration de la situation du genou droit avec une décompensation arthrosique, une surcharge tendineuse et une rupture partielle de la plastie du LCA ; une activité professionnelle physique avec charges et contraintes sur ce genou n'était plus envisageable ; une réorientation dans une activité sédentaire était « souhaitable et nécessaire ».

**c.** Par avis du 15 novembre 2017, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a estimé à la lumière du rapport du 17 juillet 2017 du Dr E\_\_\_\_\_ que l'assuré avait rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis la décision du 9 novembre 2009.

**d.** Les 27 novembre 2017 et 12 avril 2018, l'OAI a reçu de la SUVA, notamment :

- un rapport du 15 décembre 2016 de la docteure F\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, indiquant que l'assuré avait subi un accident le 5 septembre 2016 ; en descendant les escaliers au travail, il avait subi une entorse à son genou droit ; il avait reçu les premiers soins le 7 septembre 2016 et depuis lors, son incapacité de travail était totale ; retenant le diagnostic de déchirure partielle de greffe du LCA du genou droit, ce médecin a constaté la présence d'un épanchement articulaire au genou droit, des douleurs du compartiment externe et des mobilités restreintes ;
- une déclaration de sinistre LAA, complétée le 7 février 2017 par G\_\_\_\_\_ SA, qui avait engagé l'assuré le 29 juin 2016 en qualité de manutentionnaire ; après son accident du 5 septembre 2016, l'assuré avait été victime d'une

rechute le 22 décembre 2016 ; à cette date, il faisait un déménagement aux Pâquis et portait une table très lourde (presque 300 kg) ; ce faisant, il avait ressenti « une brûlure au-dessous du genou » ; à la suite de cet événement, il avait terminé sa mission et repris le travail les 23, 24 et 26 décembre 2016 ; au cours de ces trois jours, il avait ressenti des gonalgies chaque fois en fin de journée ; cela l'avait décidé à consulter le Dr E\_\_\_\_\_ le 19 janvier 2017 et à passer une échographie le 26 janvier 2017 ; après quoi, l'assuré s'était rendu le 7 février 2017 auprès de son employeur pour faire une déclaration de rechute relative aux troubles du genou qui s'étaient manifestés le 22 décembre 2016 et persistaient depuis ;

- un rapport du 3 octobre 2017 des docteurs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_, radiologues, relatif à une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du genou droit réalisée le même jour ; ils ont conclu, à douze mois du précédent bilan, à la résolution d'une partie des remaniements œdémateux concernant la plastie du LCA à la suite d'une possible déchirure partielle de celui-ci ; pour le reste, ils notaient la stabilité de la chondropathie fémoro-tibiale médiale à focalisation condylienne de grade IV avec des foyers de déchirure du segment moyen du ménisque subluxé au versant médial, une réduction de la surface du foyer de chondropathie de grade IV du condyle fémoral latéral du secteur postérieur de la zone portante (à la suite d'une ossification partielle avec œdème sous-chondral moins étendu) et enfin, une stabilité de la chondropathie fémoro-patellaire à focalisation trochléenne latérale de grade IV ;
- un rapport du 8 mars 2018 du docteur J\_\_\_\_\_, radiologue, relatif à une radiographie du genou droit et des membres inférieurs, concluant, pour l'essentiel, à un angle entre l'axe mécanique du fémur et celui du tibia, mesuré à 2° en varus à droite et 4° en varus à gauche, ainsi qu'à un remaniement dégénératif coxo-fémoral bilatéral modéré prédominant à droite ;
- un rapport du 19 mars 2018 du docteur K\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la SUVA, relatif à un examen de l'assuré effectué le 6 mars 2018 ; il a retenu, pour le genou droit, les diagnostics de « séquelles chirurgie du LCA avec chondropathie évoluée fémoro-tibiale, plutôt interne, mais également fémoro-patellaire et à moindre degré fémoro-tibial externe. Évolution vers une arthrose globale ; à l'examen, la mobilité du genou était satisfaisante et les douleurs ne faisaient pas l'objet d'une médication antalgique poussée, à l'exception d'un « traitement d'entretien » par Condrosulf ; des infiltrations réalisées précédemment n'avaient pas produit les effets escomptés ; la rééducation était stabilisée « à un entretien 1x/sem. » (sic) ; au vu des dernières radiographies réalisées le 8 mars 2018, le cas était stabilisé s'agissant du LCA et de l'événement du « 16.09.2016 » (recte : 5 septembre 2016) avec une torsion sur la jambe ; au vu des dernières radiographies réalisées le 8 mars 2018, révélant un discret *genu varum*, une

lésion des deux compartiments fémoro-tibiaux et une lésion du compartiment externe, l'évolution se poursuivrait vers une arthrose globale ; en conclusion, le cas était stabilisé et il était possible de se prononcer sur une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) ; un travail sans marche prolongée ni station statique prolongée, ni montées ou descentes d'escaliers fréquentes pouvait être exercé à 100% sans perte de rendement.

**e.** Dans un rapport du 17 mai 2018 à la SUVA, le Dr E\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de gonarthrose droite globale prédominant au niveau fémoro-tibial interne, ancienne plastie du LCA et douleur permanente au genou droit. L'évolution était globalement inchangée avec des douleurs mécaniques du genou à la moindre sollicitation. En fin de compte, les infiltrations n'avaient eu aucun effet. Le traitement actuel consistait en un « auto-entretien » sur vélo et dans l'eau ainsi qu'en des séances de physiothérapie. Les consultations avaient lieu à raison d'une fois toutes les six à huit semaines. Une reprise du travail n'était pas prévue. Interrogé sur le point de savoir s'il fallait s'attendre à la persistance d'un problème, ce médecin a répondu « oui » et renvoyé au rapport du 19 mars 2018 du Dr K\_\_\_\_\_ pour plus de précisions sur sa nature, tout en ajoutant qu'il fallait « faire avancer » les mesures d'ordre professionnel de l'OAI.

**f.** Par appréciation du 24 mai 2018, le Dr K\_\_\_\_\_ a évalué l'IPAI à 5%, ce taux correspondant à celui prévu par la table n° 5 de la SUVA pour une arthrose fémoro-tibiale moyenne.

**g.** Le même jour, le Dr K\_\_\_\_\_ a confirmé que le cas était stabilisé et l'assuré apte à exercer à plein temps et sans diminution de rendement une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues à l'issue de l'examen du 6 mars 2018.

**h.** Par courrier du 8 juin 2018 à l'assuré, la SUVA s'est référée aux conclusions du rapport du 19 mars 2018 du Dr K\_\_\_\_\_ en précisant qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière le 30 septembre 2018 au soir mais continuerait cependant à prendre en charge de la physiothérapie à raison de deux séries de neuf séances par année pendant deux ans. La question de savoir si après le 30 septembre 2018, d'autres prestations d'assurance (rente, IPAI) pourraient lui être versées serait examinée prochainement.

**i.** Par avis du 2 novembre 2018, le SMR a estimé sur la base des rapports du 19 mars 2018 du Dr K\_\_\_\_\_ et du 17 mai 2018 du Dr E\_\_\_\_\_ que la capacité de travail était définitivement nulle dans l'ancienne activité de manutentionnaire, ce depuis le nouvel événement traumatique du « 16/09/2016 » (*recte* : 5 septembre 2016), mais qu'elle était pleine et entière dans une activité respectant strictement les limitations fonctionnelles d'épargne du membre inférieur droit, et ceci depuis toujours.

**j.** Dans une note du 5 novembre 2018, l'OAI a fixé le degré d'invalidité à 0%. En comparant, en 2017, le revenu annuel brut sans invalidité (salaire horaire de 2016, converti en salaire annuel de CHF 45'052.-) au revenu annuel brut avec invalidité

ressortant des données statistiques de l'enquête suisse sur la structure des salaires, diminué de 10%, soit CHF 60'589.-, la perte de gain et le degré d'invalidité étaient nuls.

**k.** Par projet de décision du 5 novembre 2018, l'OAI a envisagé de rejeter la demande de prestations.

**l.** Le 4 décembre 2018, l'assuré a contesté ce projet de décision en expliquant qu'il avait vu son médecin traitant, le Dr E\_\_\_\_\_, dont il transmettrait le rapport prochainement.

**m.** Par décision du 17 décembre 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Il ressortait du dossier que depuis le « 16.9.2016 (début du délai d'attente d'un an), sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle mais entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et ce depuis toujours. En procédant, à l'issue du délai d'attente, à une comparaison des revenus avec et sans invalidité, la perte de gain était nulle et le degré d'invalidité également. Dans ces conditions, l'assuré ne pouvait pas prétendre à une rente d'invalidité. Enfin, dans la mesure où le marché du travail offrait un nombre significatif d'activités non qualifiées et adaptées aux limitations fonctionnelles de l'intéressé, l'intervention de l'OAI et, partant, des mesures professionnelles, n'étaient pas nécessaires.

**n.** Dans un rapport du 9 janvier 2019 adressé au « médecin conseil [de l'office cantonal des assurances sociales (ci-après : OCAS)] », le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré présentait une atteinte chronique de son genou droit dans les suites d'une plastie du LCA et d'une arthrose globale en aggravation. Cette dernière était avant tout symptomatique sur le plan des douleurs et des retentissements fonctionnels, avec une impossibilité de marche prolongée ou de marche en montée ou en descente d'escaliers. À cela s'ajoutait une limitation importante pour le port de charges lourdes et le port de charges légères à répétition. Depuis quelques mois, il existait également une nette aggravation clinique, avec des survenues de plus en plus fréquentes d'épanchements intra-articulaires, de poussées inflammatoires d'arthrose à la moindre sollicitation du genou, ainsi qu'avec l'apparition d'un kyste poplité derrière le genou. Sur le plan radiologique, une IRM de novembre 2018 avait également démontré une aggravation des lésions cartilagineuses du compartiment postéro-externe avant tout. Il paraissait donc clair que dans une activité professionnelle sollicitant de façon contraignante ce genou, plus aucune exigibilité n'était envisageable. Et même dans une activité sédentaire épargnant en partie les contraintes mécaniques sur le genou, les douleurs de cette articulation étaient aussi présentes en cas de position assise ou debout prolongée, de sorte qu'il convenait d'envisager aussi une diminution du rendement exigé. « De fait, des mesures professionnelles paraissaient tout à fait indiquées ».

**o.** Par courrier du 15 janvier 2019 à l'assuré, l'OAI a accusé réception du rapport du 9 janvier 2019 du Dr E\_\_\_\_\_. Dans la mesure où une décision sujette à recours avait été rendue le 17 décembre 2018, l'assuré pouvait, au choix, recourir

contre celle-ci ou déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en cas d'aggravation de son état de santé depuis cette décision.

**p.** Par décision du 16 janvier 2019, la SUVA a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité à l'assuré, son degré d'invalidité étant nul. En revanche, il pouvait prétendre à une IPAI de CHF 6'300.-, correspondant à une diminution de son intégrité de 5%.

**C. a.** Le 27 janvier 2025, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en précisant qu'il présentait une arthrose tri-compartmentale du genou droit et émargeait à l'assurance-chômage depuis le 3 janvier 2024.

**b.** Dans un rapport du 4 février 2025, le docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué avoir vu l'assuré pour la première (et unique) fois le 29 janvier 2025. Interrogé sur l'évolution de l'incapacité de travail, il a mentionné que celle-ci avait été attestée par d'autres médecins. Dans la mesure où il n'avait pas eu accès au dossier médical antérieur de l'assuré ni aux examens radiologiques, il ne pouvait pas non plus se prononcer sur l'atteinte articulaire au genou, mais l'intéressé se plaignait d'une limitation fonctionnelle importante en lien avec une gonarthrose sévère selon ses dires. Invité à indiquer les diagnostics avec effet sur la capacité de travail, ce médecin a mentionné la gonarthrose et l'obésité. Au vu de l'impotence actuelle, l'assuré paraissait totalement limité dans son activité de logisticien en raison des douleurs et de ses difficultés à se mouvoir et à porter des charges. En revanche, une activité sans sollicitation des genoux était possible et permettrait la reprise d'une activité professionnelle et le suivi d'une mesure de réadaptation professionnelle.

**c.** Le 19 février 2025, l'OAI a reçu de l'office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE), entre autres :

- une fiche de renseignements indiquant que le délai cadre d'indemnisation actuel courait du 3 janvier 2024 au 2 janvier 2026 et que l'assuré recherchait un poste de logisticien à plein temps ;
- le *curriculum vitae* de l'assuré, mentionnant un parcours professionnel jalonné de missions temporaires accomplies pour des entreprises de placement en qualité « d'employé polyvalent » de 2007 à 2011, chauffeur-livreur de 2011 à 2013, magasinier-cariste de 2013 à 2022 et magasinier en 2023 ;
- un certificat établi le 10 janvier 2019 par le Dr E\_\_\_\_\_, attestant que l'assuré était apte à une reprise de travail à plein temps dès le 11 janvier 2019 dans une activité professionnelle adaptée aux restrictions physiques décrites dans le « courrier [du 9 janvier 2019] au médecin-conseil de l'OCAS » c'est-à-dire, n'impliquant ni marche prolongée ou répétée avec montées et descentes d'escaliers, ni accroupissements ou agenouillements prolongés, ni port de charges lourdes ou légères ;

- deux déclarations de sinistre LAA, établies les 14 et 24 janvier 2025 par la caisse cantonale genevoise de chômage (ci-après : CCGC), faisant état de rechutes de l'accident du 5 septembre 2016 ; celles-ci avaient eu lieu respectivement le 27 décembre 2024 et le 14 janvier 2025, avec une incapacité de travail attestée seulement à partir du 14 janvier 2025.

**d.** Le 1<sup>er</sup> avril 2025, l'OAI a reçu du Dr E\_\_\_\_\_ :

- un rapport du 1<sup>er</sup> avril 2025 dans lequel ce médecin indiquait avoir « perdu de vue » l'assuré entre 2018 et octobre 2024 ; il l'avait revu en 2024, d'abord pour répondre à des questions que lui avait posées la FONDATION M\_\_\_\_\_, puis une dernière fois le 27 décembre 2024 ; à cette date, l'évolution était très stagnante concernant les plaintes du genou droit, les douleurs et l'instabilité ; interrogé sur les diagnostics ayant un effet durable sur la capacité de travail, le Dr E\_\_\_\_\_ a répondu que ceux-ci consistaient, d'une part, en une gonarthrose évoluée et évolutive du genou droit avec des accès d'instabilité en hyperextension dans les suites d'une plastie du LCA et, d'autre part, en une symptomatologie douloureuse invalidante et résistante à tous les traitements conservateurs ; concernant le traitement, le médecin a indiqué qu'à sa connaissance, l'assuré ne prenait pas ou peu de médicaments, vu leur inefficacité, mais qu'il avait repris la physiothérapie à sec et en piscine et le vélo léger ; la seule proposition de traitement consistait en une prothèse totale du genou (ci-après : PTG) mais les orthopédistes n'étaient « pas chauds » ; invité à se prononcer sur l'observance thérapeutique de l'assuré, il a indiqué qu'il n'y avait « pas de vraie compliance ou non compliance » mais un échec de tous les traitements conservateurs pour le contrôle de la douleur ; son état de santé était stationnaire, voire empirait au fil des derniers mois sur le plan fonctionnel et algique du genou droit ; interrogé sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, le Dr E\_\_\_\_\_ a invité l'OAI à se référer à un courrier du 28 octobre 2024 qu'il avait adressé à la FONDATION M\_\_\_\_\_, tout en précisant qu'il ne pensait pas qu'il y ait une limitation du taux d'activité dans une activité strictement adaptée ;
- le courrier du 28 octobre 2024 du Dr E\_\_\_\_\_ à la FONDATION M\_\_\_\_\_, sous forme de réponses à des questions de cette fondation ; selon ce médecin, la FONDATION M\_\_\_\_\_ avait bien cerné l'assuré et ses limitations dans un rapport de fin de mesure, rendu le 3 septembre 2024 par les Établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI) du 3 septembre 2024 ; en effet, ce document mentionnait exactement les limitations auxquelles il fallait être attentif pour une réinsertion professionnelle correcte, à savoir une absence de travail en position debout prolongée, de déplacements trop longs ou trop répétitifs, de montées et descentes répétées d'escaliers et de port de charges à 10 kg maximum de façon occasionnelle ; de l'avis des orthopédistes avec qui le Dr E\_\_\_\_\_ avait discuté, il existait indiscutablement une arthrose

tri-compartmentale du genou droit, prédominant au niveau fémoro-patellaire avec une instabilité musculaire notable et quelques épisodes d'accidents d'instabilité en hyperextension ; selon ces orthopédistes, l'assuré était trop jeune pour être éligible à une PTG et il n'y avait aucune autre intervention chirurgicale à imaginer avec la possibilité d'un résultat probant ; partant, le Dr E\_\_\_\_\_ avait reproposé à l'assuré un programme à base de réactivation musculaire et de physiothérapie et, le cas échéant, de refaire quelques infiltrations intra-articulaires « comme à l'époque » ; le Dr E\_\_\_\_\_ ne pensait pas qu'il y ait une limitation du taux d'activité, comme cela avait « bien été relevé dans les rapports concernant [l'assuré], en particulier celui réalisé aux EPI », en tout cas si une activité respectant les limitations fonctionnelles précitées était trouvée.

e. Le 10 avril 2025, l'OAI a reçu de l'OCE :

- un rapport de fin de mesure du 3 septembre 2024 des EPI à l'OCE, relatif à un stage que l'assuré avait effectué du 5 au 31 août 2024 dans leur atelier « conditionnement et logistique » ; ce document, qui validait les cibles professionnelles de « préparateur de commande, gestion de stock » et « logisticien, magasinier », relevait, entre autres, que l'assuré s'était montré rigoureux et structuré dans son travail, dont le rythme correspondait à ce qui était demandé sur le marché de l'emploi ;
- un rapport, non daté, de la FONDATION M\_\_\_\_\_ à l'OCE, relatif à une période d'observation ayant duré du 14 octobre 2024 au 17 janvier 2025 et concluant au fait que l'assuré faisait face à un problème de santé non résolu (au genou droit), ce qui nécessitait une prise en charge afin de favoriser son retour à l'emploi dans des conditions optimales.

f. Par avis du 24 juin 2025, le SMR a estimé que l'atteinte principale à la santé consistait en douleurs mécaniques du genou droit sur fond de gonarthrose tri-compartmentale *post-traumatique* et chirurgie *post-plastie* du LCA. À cela s'ajoutait un surpoids sous forme de pathologie associée. Dans l'activité habituelle de magasinier cariste, le début de l'incapacité de travail durable remontait au 3 janvier 2024. Depuis lors, la capacité de travail était nulle dans cette activité mais entière dans une activité adaptée, c'est-à-dire légère, sédentaire, à répartir sur cinq jours ouvrables, exercée principalement en position assise, permettant l'alternance des positions au gré de l'assuré et sans manipulations de charges de plus de 7 kg ni usage d'escaliers ou d'échelles. En somme, l'état de santé de l'assuré s'était aggravé durablement au niveau du genou droit, depuis la dernière décision de l'OAI, du 17 décembre 2018. L'assuré présentait des limitations fonctionnelles secondaires à une gonarthrose du genou droit qui s'était développée dans les suites d'un accident pris en compte par la SUVA. Aucune lésion n'étant mentionnée au niveau de genou gauche, il convenait de retenir que les limitations fonctionnelles du genou droit étaient les conséquences naturelles de « l'accident initial SUVA ». Dans la mesure où dans son rapport du 1<sup>er</sup> avril 2025,

le Dr E\_\_\_\_\_ retenait une « pleine capacité de rendement » de l'assuré dans une activité adaptée, appréciation qui était confirmée par les conclusions du rapport relatif au stage suivi du 5 au 31 août 2024, il n'y avait pas de raison de s'écarter de ces appréciations.

**g.** Dans une note du 25 juin 2025, l'OAI a fixé le degré d'invalidité de l'assuré à 9.3%. En comparant le revenu annuel brut sans invalidité, réactualisé à l'année prise en compte pour l'évaluation de l'invalidité (CHF 67'479.- selon les valeurs statistiques de l'ESS 2022 et leur évolution selon l'indice suisse des salaires jusqu'en 2024), au revenu statistique annuel brut avec invalidité, réactualisé à l'année 2024 (CHF 61'450.-), la perte de gain était de CHF 6'299.- et le degré d'invalidité de 9.3%.

**h.** Par projet de décision du 26 juin 2025, l'OAI a envisagé de rejeter la demande de prestations du 27 janvier 2025.

**i.** Par pli non daté, reçu le 23 juillet 2025 par l'OAI, l'assuré a fait part de son désaccord avec ce projet de décision en demandant à l'OAI de lui impartir un délai supplémentaire de 30 jours pour produire d'autres documents avec l'aide de son médecin.

**j.** Le 14 août 2025, l'assuré a complété ses observations en indiquant qu'il contestait la conclusion du rapport EPI selon laquelle il disposerait d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Ce rapport était relatif à un stage protégé, à rythme réduit, avec possibilité d'alterner librement les positions. De ce fait, il ne reflétait pas les contraintes d'un poste sur le marché ordinaire. Quant aux limitations fonctionnelles retenues sur le plan médical - auxquelles s'ajoutaient, selon lui, des douleurs et une fatigabilité persistante, ainsi qu'un risque d'absences lors de poussées douloureuses -, elles excluaient un travail à plein temps sans baisse de rendement. Par ailleurs, le revenu avec invalidité était irréaliste. Il en voulait pour preuve le salaire horaire brut perçu, oscillant entre CHF 29.08 et CHF 33.- lors de trois précédentes missions qu'il avait assumées entre janvier 2023 et juillet 2024, ce qui représentait, pour ce dernier montant, « environ CHF 4'760.- brut/ mois » ou « CHF 57'120.- brut/ an, sans 13<sup>e</sup> salaire » selon ses calculs. Enfin, dans la mesure où il avait rendez-vous avec un nouvel orthopédiste le 19 décembre 2025 pour une « réévaluation complète », il était nécessaire que l'OAI suspende toute décision jusqu'à réception de ce rapport ou, à défaut, prolonge le délai pour produire des observations médicales complémentaires.

**k.** Par décision du 2 septembre 2025, l'OAI a rejeté la demande de prestations en indiquant que les éléments apportés dans le cadre de l'audition n'étaient pas susceptibles de modifier son appréciation. À l'issue de l'instruction médicale, l'OAI reconnaissait à l'assuré une incapacité de travail de 100% dans son activité habituelle, « dès le 14 juillet 2022 (début du délai d'attente d'un an) et de 100% dans une activité adaptée dès le 7 juillet 2023 » (sic), ceci avant la fin du délai

d'attente. Pour le surplus, le courrier du 14 août 2025 de l'assuré n'apportait pas d'élément nouveau ni de pièce médicale tendant à démontrer que l'estimation de la capacité de travail retenue était erronée. Par ailleurs, dans la mesure où le mode de détermination du revenu avec invalidité retenu était conforme à la jurisprudence, il n'y avait pas lieu de s'écarter des statistiques de l'ESS au motif que les contrats de mission produits aboutissaient à un montant différent. En outre, le montant du revenu sans invalidité, estimé à CHF 67'749.- annuels, était en adéquation avec les inscriptions portées au compte individuel (ci-après : CI). Dans ces conditions, il y avait lieu de se référer à la comparaison des revenus effectuée le 25 juin 2025. Il en ressortait que la différence entre les revenus sans invalidité (CHF 67'749.-), et avec invalidité (CHF 61'450.-) aboutissait à une perte de gain de CHF 6'299.- (soit 9.3%), trop faible pour ouvrir droit à une rente ou à un reclassement.

- D.** **a.** Le 24 septembre 2025, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre cette décision, concluant principalement, à son annulation et, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise indépendante.

À l'appui de sa position, il a exposé qu'il contestait l'évaluation de sa capacité de travail, en tant qu'elle avait été fixée à 100% dans une activité adaptée, ainsi que le calcul du revenu avec invalidité retenu.

Il a versé à la procédure, entre autres :

- une attestation du 19 septembre 2025 du docteur N\_\_\_\_\_, médecin interne auprès du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), certifiant que le recourant était suivi par l'équipe de chirurgie orthopédique des HUG pour une gonarthrose tri-compartimentale droite et qu'une chirurgie d'arthroplastie (implantation d'une PTG au genou droit) serait réalisée prochainement ;
- une ordonnance du 19 septembre 2025 de ce même médecin, prescrivant des séances de physiothérapie à des fins de pré-habilitation du genou droit.

**b.** Par réponse du 28 octobre 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours en relevant, entre autres, qu'il ressortait notamment de l'avis du SMR du 24 juin 2025 que le recourant ne pouvait plus exercer son activité habituelle depuis le mois de janvier 2024 mais qu'il présentait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à la même date. S'agissant des derniers développements sur le plan médical, les pièces jointes au recours avaient été soumises au SMR.

Selon l'avis du 27 octobre 2025 de ce service, la prochaine pose d'une PTG entraînerait une incapacité de travail totale dans toute activité pour une période de quatre à six mois en l'absence de complications. En dehors de cette période d'incapacité de travail totale, la capacité de travail dans une activité adaptée demeurerait entière. Ainsi, le précédent avis du 24 juin 2025 demeurerait valable.

**c.** Par réplique du 30 septembre 2025, le recourant, représenté par une assurance de protection juridique, a fait savoir qu'il maintenait ses conclusions.

À l'appui de sa position, il a soutenu que dans la mesure où l'intimé, par le biais du SMR, semblait s'être basé uniquement sur les brefs avis du 4 février 2025 du Dr L\_\_\_\_\_ et du 1<sup>er</sup> avril 2025 du Dr E\_\_\_\_\_ – étant relevé que le premier ne l'avait vu qu'une seule fois en janvier 2025 et le second à deux reprises entre octobre et décembre 2024, après une absence de consultation durant six ans –, l'instruction apparaissait lacunaire. En outre, s'il ressortait du rapport de fin de mesure du 3 septembre 2024 des EPI, relatif au stage du 5 au 31 août 2024, qu'il était à cette période potentiellement proche du marché de l'emploi, tel n'était pas le cas pour la mesure qui s'était déroulée du 14 octobre 2024 au 17 janvier 2025 auprès de la FONDATION M\_\_\_\_\_, en raison notamment des problèmes de santé.

**d.** Par courrier du 21 janvier 2026, l'intimé a fait savoir que la dernière écriture du recourant ne modifiait pas son appréciation du cas.

**e.** Par courrier du 25 mars 2026 à l'intimée, la chambre de céans a constaté que les dates mentionnées dans la décision du 2 septembre 2025 pour le début de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle (« 14 juillet 2022 ») et le recouvrement, par le recourant, d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée (« 7 juillet 2023 »), ne correspondaient pas à la date du 3 janvier 2024 que le SMR avait retenue le 24 juin 2025 pour fixer la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle de magasinier cariste (0%) et l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée (100%). En conséquence, elle a invité l'intimé à se déterminer à ce sujet.

**f.** Par pli du 28 avril 2026, l'intimé a informé la chambre de céans que les dates des 14 juillet 2022 et 7 juillet 2023, mentionnées dans la décision litigieuse, étaient erronées et qu'il y avait bien lieu de se fonder sur celle du 3 janvier 2024, retenue par le SMR dans son avis du 24 juin 2025 non seulement pour l'incapacité de travail dans l'activité habituelle mais aussi pour l'exigibilité à plein temps de l'exercice d'une activité adaptée. La motivation de la décision du 2 septembre 2025 devait donc être modifiée en conséquence. Cela ne changeait toutefois en rien la conclusion principale, à savoir que le recourant ne pouvait pas prétendre à l'octroi d'une rente, compte tenu d'un taux d'invalidité de 9%.

**g.** Le 2 juin 2026, l'intimé a transmis à la chambre de céans, pour information, une copie d'un rapport du 27 mai 2026 du docteur O\_\_\_\_\_, médecin adjoint auprès du service de chirurgie orthopédique des HUG, indiquant que le recourant avait bénéficié de la pose d'une PTG le 19 mars 2026 et qu'il n'était actuellement pas apte à reprendre le travail, notamment en raison d'une amyotrophie importante du quadriceps en cours d'évaluation avec une possibilité de récupération. Une nouvelle consultation était prévue le 30 juin 2026 après la réalisation d'une IRM afin de discuter de la suite de la prise en charge.

**h.** Par envoi spontané du 9 juin 2026, le recourant a transmis à la chambre de céans :

- un nouvel exemplaire du rapport du 27 mai 2026 précité ;
- un rapport du 13 mai 2026 du Dr O\_\_\_\_\_, relatif à une consultation de suivi du 27 avril 2026, six semaines après la pose de la PTG, prescrivant un arrêt de travail à 100% pour accident du 27 avril au 27 mai 2026 ;
- un rapport du 15 mai 2026 de la docteure P\_\_\_\_\_, neurologue, confirmant une atteinte axonale sensitivomotrice modérée à sévère du nerf fémoral droit, probablement secondaire à l'anesthésie ; le pronostic de récupération était incertain mais une récupération partielle pouvait être attendue ; en conséquence, la Dre P\_\_\_\_\_ proposait d'effectuer une IRM du trajet du nerf fémoral pour exclure une cause compressive à ce niveau ; elle restait à disposition pour revoir le recourant d'ici trois mois si la récupération n'était pas complète d'ici-là.

**i.** Le 5 juin 2026, la chambre de céans a transmis, pour information, une copie de ce courrier au conseil du recourant.

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

## **EN DROIT**

### **1.**

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

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

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

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

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 LPA).

**1.3** Le recours a été interjeté en temps utile. Comme il respecte également les conditions de forme prévues par l'art. 61 let. b LPGA (art. 89B LPA), il est recevable.

2. Le refus de mesures professionnelles n'étant pas contesté, le litige concerne le droit du recourant à une rente d'invalidité et, dans ce cadre précis, la question de savoir si le taux d'invalidité s'est modifié de manière à influencer sur le droit à cette prestation entre le 17 décembre 2018 – date de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit – et la date de la décision litigieuse (cf. ATF 133 V 108 consid. 5).

3.

**3.1** Dans le cadre du développement continu de l'AI, la LAI, le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI – RS 831.201) et l'art. 17 LPGA notamment ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> 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 (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2 et les références).

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

**3.2** En l'espèce, il ressort de l'instruction médicale – non contestée sur ce point – qu'une modification potentiellement déterminante pour le droit à la rente est survenue après le 1<sup>er</sup> janvier 2022 (cf. notamment les déclarations de sinistre des 14 et 24 janvier 2025, le rapport du 4 février 2025 du Dr L\_\_\_\_\_, le courrier du 28 octobre 2024 du Dr E\_\_\_\_\_ à la FONDATION M\_\_\_\_\_ et l'avis du 24 juin 2025 du SMR), de sorte que les dispositions applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

4. Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, après avoir nié le droit à une prestation (*cf.* art. 87 al. 3 RAI), l'examen matériel doit être effectué de manière analogue à celui d'un cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGa (ATF 141 V 585 consid. 5.3 et les références ; *cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C\_12/2023 du 22 août 2023 consid. 3.2). Elle doit donc traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue (examen « *allseitig* »). Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés, le degré d'invalidité doit ainsi être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9 consid. 6.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_498/2023 du 11 décembre 2023 consid. 5.1 et les références).

**4.1** L'art. 17 al. 1 LPGa dispose que 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 :

- a. subit une modification d'au moins cinq points de pourcentage, ou
- b. atteint 100%.

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

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

Un motif de révision a été retenu notamment lorsqu'une méthode différente d'évaluation de l'invalidité s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_716/2022 du 5 juillet 2023 consid. 4.2), lors d'un changement de poste de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_33/2016 du 16 août 2016 consid. 8.1) et lorsqu'une mesure de réadaptation a réussi (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_231/2016 du 1<sup>er</sup> juin 2016 consid. 2.1).

En revanche, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les références). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Le simple fait qu'un diagnostic ne soit plus retenu à la suite d'un examen ultérieur ne saurait justifier, à lui seul, la révision du droit à la rente, dans la mesure où un tel constat ne permet pas d'exclure l'existence d'une appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé. Une modification sensible de l'état de santé ne saurait être admise que si le nouveau diagnostic est corroboré par un changement clairement objectivé de la situation clinique et par l'amélioration, voire la disparition des limitations fonctionnelles précédemment décrites (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_860/2015 du 1<sup>er</sup> juin 2016 consid. 4.3 ; cf. également 8C\_138/2025 du 3 juillet 2025 consid. 5.2.4 et la référence ; 9C\_353/2020 du 5 mai 2021 consid. 2.2 et les références).

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

**4.1.2** La base de comparaison déterminante dans le temps pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente est constituée par la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et la référence).

Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9).

Lorsque la comparaison des états de fait déterminants dans le temps met en évidence une modification des circonstances pertinentes, le droit à la rente doit être examiné à nouveau sous tous ses aspects factuels et juridiques (« *allseitige Prüfung* »), sans que les évaluations antérieures ne revêtent un caractère obligatoire. Il n'est pas nécessaire que ce soit l'élément de fait qui s'est modifié

qui conduise à fixer différemment le droit à la rente. Selon la jurisprudence, il suffit qu'à la suite de la modification d'une circonstance, un autre élément déterminant résultant de l'examen complet du droit à la prestation entraîne une augmentation, une diminution ou une suppression de la rente. Ainsi, le Tribunal fédéral a retenu que, dans le cadre de la nouvelle évaluation de l'état de santé et de la capacité de travail, un trouble de santé s'ajoutant au tableau clinique existant ne fait pas obstacle à une suppression de la rente. Sont susceptibles de faire l'objet d'une nouvelle évaluation, éventuellement divergente, les aspects qui font l'objet d'une hypothèse, par exemple les revenus sans et avec invalidité et les hypothèses qui les sous-tendent, l'état de santé ou la capacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_240/2023 du 14 mars 2024 consid. 7.1.2 et les références).

Concernant le revenu sans invalidité en particulier, la jurisprudence a retenu que, dans la procédure de révision, le parcours professionnel effectivement suivi entretemps par la personne assurée est connu, à la différence de la procédure initiale à l'issue de laquelle le droit à la rente est déterminé pour la première fois. Ce parcours permet éventuellement – à la différence toujours de l'octroi initial de la rente – de faire des déductions (supplémentaires) quant à l'évolution professionnelle et salariale hypothétique sans atteinte à la santé. Pour examiner alors ce que la personne assurée aurait atteint sur le plan professionnel et salarial sans atteinte à la santé ou de quelle manière son salaire se serait développé, il faut tenir compte de l'ensemble des circonstances survenues jusqu'au moment de la révision (ATF 139 V 28 consid. 3.3.3.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_240/2023 du 14 mars 2024 consid. 7.1.3 et les références).

**4.2** Aux termes des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

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).

---

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGa) à 40% au moins, mais 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. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

5. 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).

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).

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.

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

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

Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer ; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer

leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b ; SVR 2006 IV n. 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations y compris d'ordre médical qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_87/2022 du 8 juillet 2022 consid. 6.2.1 et les références).

6. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3). 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 139 V 176 consid. 5.3).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst. ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

7. En l'espèce, il convient de comparer la situation telle qu'elle se présentait lors de la décision du 17 décembre 2018 avec celle existant au moment de la décision litigieuse, le 2 septembre 2025, pour apprécier le bien-fondé d'une éventuelle révision opérée en application de l'art. 17 LPGA.

Il sied de rappeler à titre liminaire que la première demande de prestations du recourant, formée en juin 2009 en raison d'une lésion du LCA droit ayant nécessité une plastie de ce ligament, a été rejetée par décision du

9 novembre 2009, l'intéressé ayant repris une activité professionnelle (livraison de matériel) à plein temps en octobre 2009, soit moins d'une année après la survenance de son incapacité de travail.

S'agissant de la deuxième demande, déposée en juillet 2017 à la suite d'une entorse survenue le 5 septembre 2016 et d'une rechute datée du 22 décembre 2016, ayant touché à nouveau le genou droit à trois mois et demi d'intervalle – l'état de ce genou étant caractérisé par une chondropathie bi-compartmentale évoluant vers une arthrose globale (cf. avis du 2 novembre 2018 du SMR ; dossier AI, doc. 59, p. 684) –, celle-ci n'a pas abouti non plus à l'octroi d'une rente d'invalidité, ni de la part de la SUVA (décision du 16 janvier 2019), ni de la part de l'OAI (décision du 17 décembre 2018). Selon l'avis du 2 novembre 2018 précité, l'incapacité de travail totale existant depuis le nouvel élément traumatique du « 16 septembre 2016 » (*recte* : 5 septembre 2016) dans l'activité habituelle de manutentionnaire n'empêchait pas l'exercice d'une activité épargnant le genou droit, – soit n'impliquant ni station debout ni marche prolongées, ni montées ou descentes d'escaliers fréquentes, ni utilisation d'échelles ou d'échafaudages, ni position accroupie ou en genuflexion – et ce à plein temps depuis toujours, sans qu'il en résulte une perte de gain par rapport à la précédente activité si celle-ci s'était poursuivie (cf. décision du 17 décembre 2018).

Après le dépôt de la troisième demande de prestations le 27 janvier 2025, le SMR a estimé, par avis du 24 juin 2025, sur la base du rapport du 1<sup>er</sup> avril 2025 du Dr E\_\_\_\_\_ – diagnostiquant une gonarthrose évoluée et évolutive du genou droit avec accès d'instabilité en hyperextension dans les suites d'une plastie du LCA – que l'atteinte principale à la santé, consistant en des douleurs mécaniques du genou droit sur fond de gonarthrose tri-compartmentale *post*-traumatique et de chirurgie *post*-plastie du LCA, reflétait une aggravation durable de l'état de santé du recourant depuis la décision du 17 décembre 2018 et que si les limitations fonctionnelles secondaires à cette gonarthrose empêchaient totalement, depuis le 3 janvier 2024, la poursuite de l'activité habituelle de magasinier cariste exercée jusqu'à fin 2023, celles-ci n'empêchaient toutefois pas, depuis le 3 janvier 2024 également, l'exercice à plein temps (réparti sur cinq jours ouvrables) d'une activité légère, sédentaire, principalement en position assise, permettant l'alternance des positions au gré de l'assuré, sans manipulations de charges de plus de 7 kg ni usage d'escaliers ou d'échelles.

**7.1** Il résulte de ce qui précède que, par rapport à l'état de fait sur lequel se basait la décision du 17 décembre 2018, l'avis du 27 janvier 2025 du SMR – sur lequel se base la décision litigieuse – considère en substance qu'il existe certes une aggravation durable de l'état de santé du recourant, mais que celle-ci n'affecte en rien sa pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles un peu plus étendues que celles qu'il présentait déjà au moment de la décision du 17 décembre 2018.

La chambre de céans constate que les conclusions du SMR se fondent sur les appréciations claires du Dr E\_\_\_\_\_ des 1<sup>er</sup> avril 2025 et 28 octobre 2024 et que le rapport du 4 février 2025 du Dr L\_\_\_\_\_, certes moins détaillé, retient également que le recourant peut exercer une activité sans sollicitation des genoux.

Étant donné qu'il n'existe ni appréciation médicale dissidente ni appréciation divergente de la part des organes d'observation professionnelle (*cf.* le rapport de fin de mesure du 3 septembre 2024 des EPI à l'OCE, faisant état d'un rythme de travail du recourant correspondant à ce qui est exigé sur le marché de l'emploi, durant son stage du 5 au 31 août 2024 à l'atelier « conditionnement et logistique »), la chambre de céans considère que l'avis du 27 janvier 2025 du SMR, sur lequel repose la décision litigieuse, peut se voir reconnaître valeur probante.

**7.2** Dans un deuxième moyen, le recourant fait valoir que l'intimé n'a pas estimé opportun d'interroger le Dr N\_\_\_\_\_ pour obtenir de plus amples informations et qu'ainsi, l'instruction serait lacunaire.

**7.2.1** La chambre de céans relève que dans ses observations du 14 août 2025, relatives au projet de décision du 26 juin 2025, le recourant avait déjà indiqué qu'il avait rendez-vous le 19 décembre 2025 avec un orthopédiste pour une « réévaluation complète », raison pour laquelle il avait demandé à l'intimé de « prolonger le délai [de 30 jours] pour produire des observations médicales complémentaires » (*cf.* dossier AI, doc. 91, p. 797). Dans la mesure où l'intimé a rendu la décision litigieuse le 2 septembre 2025 sans impartir le délai supplémentaire sollicité par le recourant, il convient d'examiner en premier lieu s'il n'en découle pas une violation du droit d'être entendu, le respect de ce droit étant examiné d'office par le juge (ATF 120 V 357 consid. 2a ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6034/2009 du 20 janvier 2010 consid. 4).

L'art. 57a LAI – dans sa version en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021, applicable au cas d'espèce – dispose qu'au moyen d'un préavis, l'OAI communique à l'assuré toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations, ou au sujet de la suppression ou de la réduction d'une prestation déjà allouée ainsi que toute décision qu'il entend prendre au sujet d'une suspension à titre provisionnel des prestations (al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase) ; l'assuré a le droit d'être entendu, conformément à l'art. 42 LPG (al. 1, 2<sup>e</sup> phrase) ; les parties peuvent faire part de leurs observations concernant le préavis dans un délai de 30 jours (al. 3). Ce délai de 30 jours est un délai légal, donc non prolongeable (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_557/2023 du 22 mai 2024 consid. 5.3.1). Les objections doivent être soulevées dans ce délai. Dans des cas fondés, un délai supplémentaire unique peut être accordé à l'assuré pour qu'il motive ou corrige ses objections. Les art. 38 à 41 LPG s'appliquent par ailleurs (Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité [CPAI, valable à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022, ch. 6021]).

Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. comprend notamment le droit pour l'intéressé d'avoir accès au dossier, de produire des preuves pertinentes et d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins de s'exprimer sur son résultat, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 148 II 73 consid. 7.3.1 ; 145 I 167 consid. 4.1).

Une violation du droit d'être entendu peut être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux procédurales de la partie lésée. Cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 147 IV 340 consid. 4.11.3 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_21/2024 du 24 juin 2024).

En l'occurrence, la question de savoir si l'intimé a violé le droit d'être entendu du recourant en ne lui impartissant pas un délai supplémentaire pour produire le rapport du « nouvel orthopédiste » mentionné le 14 août 2025 souffre de rester indécise dès lors qu'une éventuelle violation de ce droit a été de toute manière réparée devant la chambre de céans. Dans sa réponse au recours, en effet, l'intimé a pris position, par l'intermédiaire du SMR, sur l'attestation du 19 septembre 2025 du Dr N\_\_\_\_\_ – laquelle mentionnait que l'implantation d'une PTG au genou droit serait réalisée prochainement – en indiquant qu'il n'en résulterait qu'une incapacité de travail *post-opératoire* d'une durée de quatre à six mois, sans que pour le surplus, les conclusions de l'avis du SMR du 24 juin 2025 ne s'en trouvent modifiées (*cf.* avis du SMR du 27 octobre 2025).

**7.2.2** En tant que l'attestation du 19 septembre 2025 du Dr N\_\_\_\_\_ ainsi que l'intervention chirurgicale du 19 mars 2026 concernent l'évolution du cas après la décision litigieuse, il sied de rappeler que selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales 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. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue ; en particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 118 V 200

consid. 3a *in fine* ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_591/2022 du 14 juillet 2023 consid. 3.3 et la référence).

La procédure juridictionnelle administrative peut toutefois être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet du litige, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503 ; 122 V 36 consid. 2a et les références). En outre, le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_636/2014 du 10 novembre 2014 consid. 3.1). Pour autant que ces conditions soient respectées, le tribunal cantonal des assurances peut étendre son pouvoir d'examen d'un point de vue temporel en statuant sur le droit aux prestations pour la période postérieure à la décision contestée (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_217/2019 du 5 août 2019 consid. 3 ; Jean MÉTRAL, *in* Commentaire romand, LPGA, 2025, n. 22-23 *ad* art. 56 LPGA).

En l'espèce, la chambre de céans constate que les rapports que le recourant a annexés à son recours (attestation du 19 septembre 2025 du Dr N\_\_\_\_\_) et à ses écritures plus récentes (rapports des 13 et 27 mai 2026 du Dr O\_\_\_\_ ; rapport du 15 mai 2026 de la Dre P\_\_\_\_) ont été rendus après la décision attaquée, qu'ils concernent un état de fait postérieur à celle-ci (à savoir le suivi préopératoire et la pose d'une PTG le 19 mars 2026) et qu'ils ne sont pas de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision litigieuse a été rendue. En effet, dans ses rapports des 28 octobre 2024 et 1<sup>er</sup> avril 2025 – sur lesquels l'avis du SMR du 24 juin 2025 se fonde –, le Dr E\_\_\_\_\_ retenait déjà que la seule proposition de traitement consistait dans la pose d'une PTG. Cependant, ce médecin ne faisait pas dépendre l'exigibilité de l'exercice à plein temps d'une activité adaptée de la réalisation préalable d'une telle intervention. On relève par ailleurs qu'il n'existe pas de rapport médical dissident sur ce point.

Concernant ensuite la possibilité, pour la chambre de céans, d'étendre son pouvoir d'examen d'un point de vue temporel en statuant sur le droit aux prestations du recourant pour la période postérieure à la décision contestée, il sied de constater que les conditions d'une telle extension ne sont pas réunies. En effet, nonobstant l'avis du 27 octobre 2025 du SMR, évoquant une incapacité de travail totale (*post-opératoire*) dans toute activité « pour une période de 4-6 mois en l'absence de complications », la cause n'est pas en état d'être jugée, ne serait-ce qu'au vu des complications et du pronostic de récupération incertain mentionnés par la Dre P\_\_\_\_\_ dans son rapport du 15 mai 2026, moins de deux mois après l'opération. Dans ces conditions, l'état de fait déterminant doit être arrêté à la date de la décision du 2 septembre 2025. Étant donné que le suivi du recourant par le Dr N\_\_\_\_\_ est postérieur à cette décision, on ne saurait reprocher à l'intimé de

ne pas avoir interrogé cet orthopédiste. Il s'ensuit que le grief d'une instruction lacunaire du cas doit être rejeté.

**7.3** Dans un deuxième moyen, le recourant soutient que même s'il ressortait du rapport de fin de mesure auprès des EPI pour la période du 5 au 31 août 2024 qu'il était à cette période (potentiellement) proche du marché de l'emploi, tel n'aurait pas été le cas pour la mesure subséquente, vu le rapport (non daté) de la FONDATION M\_\_\_\_\_ à l'OCE, relatif à une période d'observation ayant duré du 14 octobre 2024 au 17 janvier 2025 et concluant au fait qu'il faisait face à un problème de santé non résolu (au genou droit), ce qui nécessitait une prise en charge afin de favoriser son retour à l'emploi dans des conditions optimales (dossier AI, doc. 80, p. 772).

**7.4** La chambre de céans constate toutefois qu'une lecture approfondie de ce rapport révèle que la note attribuée pour les aptitudes physiques (trois, correspondant à « bien » sur une échelle croissante de un à cinq) est motivée par le fait que le recourant exprime avoir des douleurs constantes mais qu'il alterne la position afin de soulager sa souffrance. Ainsi, si tant est qu'on puisse voir dans cette appréciation des aptitudes physiques par la FONDATION M\_\_\_\_\_ une contradiction avec l'exigibilité médicale retenue par l'avis du SMR du 24 juin 2025, ce dernier avis prime. Selon la jurisprudence en effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, celles-ci étant susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage. En l'espèce, on relève par ailleurs que l'éloignement du marché du travail retenu par la FONDATION M\_\_\_\_\_ s'explique en grande partie par le fait que le recourant « souhaite d'abord clarifier sa situation médicale auprès de ses médecins spécialistes et envisager une opération qui lui permettrait de soulager ses douleurs » (dossier AI, doc. 80, p. 770 *in fine*). En tout état, comme cela a déjà été relevé ci-dessus, le Dr E\_\_\_\_\_ – et avec lui le SMR – ne font pas dépendre de la réalisation préalable d'une telle opération l'exigibilité de l'exercice à plein temps d'une activité adaptée.

**7.4.1** Compte tenu de ce qui précède, il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'entre la décision du 17 décembre 2018 et la décision litigieuse, l'état de santé du recourant s'est aggravé dans le sens constaté par le SMR et qu'il en résulte une capacité de travail qui est nulle dans l'activité habituelle de magasinier depuis le 3 janvier 2025 mais demeure entière dans une activité légère, sédentaire, à répartir sur cinq jours ouvrables, exercée principalement en position assise, permettant l'alternance des positions au gré des besoins de l'intéressé et sans manipulations de charges de plus de 7 kg ni usage d'escaliers ou d'échelles.

**8.** Il reste à examiner le degré d'invalidité de l'intéressé.

**8.1** En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2) ; pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour les taux d'invalidité compris entre 40 et 49%, la quotité de la rente s'échelonne de 25 à 47.5% (al. 4).

La quotité de la rente est déterminée en fonction de l'incapacité de gain au moment où le droit à la rente prend naissance (art. 28 al. 1 let. c LAI). Le droit à la rente naît 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 LPG, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

**8.2** Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré exerçant une activité lucrative, le revenu qu'il 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. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 16 LPG et 28a al. 1 LAI).

L'art. 25 RAI pose les principes de la comparaison des revenus. Selon son al. 1, est réputé revenu au sens de l'art. 16 LPG le revenu annuel présumable sur lequel les cotisations seraient perçues en vertu de la LAVS, à l'exclusion toutefois : des prestations accordées par l'employeur pour compenser des pertes de salaire par suite d'accident ou de maladie entraînant une incapacité de travail dûment prouvée (let. a) ; des indemnités de chômage, des allocations pour perte de gain au sens de la LAPG et des indemnités journalières de l'assurance-invalidité (let. b).

Les revenus déterminants au sens de l'art. 16 LPG sont établis sur la base de la même période et au regard du marché du travail suisse (art. 25 al. 2 RAI).

Si les revenus déterminants sont fixés sur la base de valeurs statistiques, les valeurs médianes de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) font foi. D'autres valeurs statistiques peuvent être utilisées, pour autant que le revenu en question ne soit pas représenté dans l'ESS. Les valeurs utilisées sont indépendantes de l'âge et tiennent compte du sexe (art. 25 al. 3 RAI). Les valeurs statistiques sont adaptées au temps de travail usuel au sein de l'entreprise selon la division économique ainsi qu'à l'évolution des salaires nominaux (art. 25 al. 4 RAI).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus sans et avec invalidité et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux

---

d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; 128 V 29 consid. 1 ; 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et 128 V 174).

**8.3** Selon l'art. 26 RAI, le revenu sans invalidité (art. 16 LPGa) est déterminé en fonction du dernier revenu de l'activité lucrative effectivement réalisé avant la survenance de l'invalidité. Si le revenu réalisé au cours des dernières années précédant la survenance de l'invalidité a subi de fortes variations, il convient de se baser sur un revenu moyen équitable (al. 1).

Si le revenu effectivement réalisé est inférieur d'au moins 5% aux valeurs médianes usuelles dans la branche selon l'ESS au sens de l'art. 25 al. 3, le revenu sans invalidité correspond à 95% de ces valeurs médianes, excepté lorsque le revenu avec invalidité au sens de l'art. 26<sup>bis</sup> al. 1 RAI est également inférieur d'au moins 5% aux valeurs médianes usuelles dans la branche selon l'ESS ou lorsque l'assuré exerçait une activité lucrative indépendante (art. 26 al. 2 et 3 RAI).

Pour déterminer le revenu hypothétique que l'assuré aurait pu réaliser sans l'atteinte à la santé (revenu sans invalidité), ce n'est pas le revenu de sa dernière activité qui est déterminant, mais le revenu qu'il aurait réalisé au degré de la vraisemblance prépondérante s'il n'était pas devenu invalide (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_887/2017 du 7 juin 2018 consid. 4.2 ; Madeleine RANDACHER, *in* KIESER/ KRADOLFER/ LENDFERS [éd.], ATSG-Kommentar, 2024, n. 20 *ad* art. 16 LPGa). Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente ; des exceptions ne peuvent être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références ; 135 V 297 consid. 5.1 et les références ; 134 V 322 consid. 4.1 et les références).

Si le revenu sans invalidité effectivement réalisé ne peut pas être déterminé ou ne peut pas l'être avec suffisamment de précision, il est déterminé sur la base des valeurs statistiques visées à l'art. 25 al. 3 RAI pour une personne ayant la même formation et une situation professionnelle correspondante (art. 26 al. 4 RAI).

**8.4** S'agissant du revenu avec invalidité, l'art. 26<sup>bis</sup> al. 1 RAI dispose que si l'assuré réalise un revenu après la survenance de l'invalidité, le revenu avec invalidité (art. 16 LPGa) correspond à ce revenu, à condition que l'assuré exploite autant que possible sa capacité fonctionnelle résiduelle en exerçant une activité qui peut raisonnablement être exigée de lui.

Si l'assuré ne réalise pas de revenu déterminant, le revenu avec invalidité est déterminé en fonction des valeurs statistiques visées à l'art. 25 al. 3 RAI (art. 26<sup>bis</sup> al. 2 RAI). Dans ce cas, il y a lieu de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1\_tirage\_skill\_level, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1), telle qu'elle ressort de la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3).

Lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), respectivement T17 (à partir de 2012) si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidité et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545 et les références citées ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_124/2021 du 2 août 2021 consid. 4.4.1 ; 8C\_111/2021 du 30 avril 2021 consid. 4.2.1 et les références).

**8.5** Depuis la 10<sup>e</sup> édition des ESS (ESS 2012), les emplois sont classés par l'OFS par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. L'accent est ainsi mis sur le type de tâches que la personne concernée est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications (niveau de ses compétences) et non plus sur les qualifications en elles-mêmes. Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf groupes de profession (voir table T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir table TA1 « skill level » de l'ESS 2012 ; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère

aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules. L'application du niveau 2 se justifie uniquement si la personne assurée dispose de compétences ou de connaissances particulières. L'accent est donc mis sur le type de tâches que l'assuré est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications mais pas sur les qualifications en elles-mêmes. Il faut encore préciser que l'expérience professionnelle de plusieurs années dont peut se prévaloir un assuré – sans formation commerciale ni autre qualification particulière acquise pendant l'exercice de la profession – ne justifie pas à elle seule un classement supérieur au niveau de compétence 2, dès lors que dans la plupart des secteurs professionnels un diplôme ou du moins des formations et des perfectionnements (formalisés) sont exigés (cf. ATF 150 V 354 consid. 6.1).

**8.6** Selon l'art. 26<sup>bis</sup> al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2024), une déduction de 10% est opérée sur la valeur statistique visée à l'al. 2. Si, du fait de l'invalidité, l'assuré ne peut travailler qu'avec une capacité fonctionnelle au sens de l'art. 49 al. 1<sup>bis</sup>, de 50% ou moins, une déduction de 20% est opérée. Aucune déduction supplémentaire n'est possible.

**8.7** Le salaire fondé sur les ESS doit encore être adapté à l'horaire de travail usuel de la branche, et indexé à l'année déterminante en tenant compte des valeurs spécifiques au sexe (ATF 129 V 408).

Le cas échéant, il y a lieu d'adapter le salaire statistique à l'évolution des salaires nominaux en appliquant soit le chiffre définitif de l'indice suisse des salaires nominaux publié au moment déterminant de la décision litigieuse, soit la plus récente estimation trimestrielle (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_659/2022 du 2 mai 2023 consid. 7.2).

9. En l'espèce, l'intimé a fixé le degré d'invalidité du recourant en 2024 sur la base du raisonnement et des calculs suivants :

Il a déterminé le revenu avec invalidité sur la base de l'ESS, plus précisément du tableau TA1, tirage « skill level » (secteur privé) de l'année 2022. Selon cette statistique, un homme exerçant une activité simple et répétitive (niveau 1) pouvait réaliser, toutes activités confondues (ligne « total ») un revenu de CHF 5'305.-. Compte tenu de la durée normale de travail dans les entreprises (41.7 heures), cela représentait CHF 5'530.- par mois ( $5'305 \times 41.7 / 40 = 5'530$ ) ou CHF 66'357.- par an. En l'absence de données disponibles pour l'année prise en compte pour l'évaluation de l'invalidité (2024), il y avait lieu d'indexer ce montant selon l'indice suisse nominal des salaires (ISS) pour un homme en 2024 (tableau T1.1.10), ce qui correspondait à CHF 68'277.- ( $66'357 \times 110.2 / 107.1 = 68'277$ ), respectivement CHF 61'450.-, compte tenu d'une réduction forfaitaire de 10%.

Quant au revenu sans invalidité, l'intimé l'a déterminé non pas en fonction du salaire obtenu par le recourant dans le cadre de sa dernière mission temporaire en

qualité de logisticien à 100% en 2023 (dossier AI, doc. 89, p. 789) mais sur la base de l'ESS, plus précisément du tableau TA1, tirage « skill level » (secteur privé) de l'année 2022. Selon cette statistique, un homme exerçant une activité simple et répétitive (niveau 1) pouvait réaliser un revenu de CHF 5'114.- dans le domaine de travail correspondant à la ligne 49-52 (transports terrestres, par eau, aériens, entreposage). Compte tenu de la durée normale de travail dans les entreprises de ce secteur (42.4 heures), cela représentait CHF 5'425.- par mois ( $5'114 \times 42.4 / 40 = 5'425$ ) ou CHF 65'098.- par an. En l'absence de données disponibles pour l'année prise en compte pour l'évaluation de l'invalidité (2024), il y avait lieu d'indexer ce montant selon l'indice suisse nominal des salaires (ISS) pour un homme en 2024 (tableau T1.1.10), ce qui correspondait à CHF 67'479.- ( $65'098 \times 107.7 / 103.9 = 67'479$ ).

En comparant les revenus avec et sans invalidité, la perte de gain était de CHF 6'299.- (soit « CHF 67'479.- » [sic] sous déduction de CHF 61'450.-) et le degré d'invalidité de 9.3% [ $(67'479 - 61'450) \times 100 / 67'479 = 9.3\%$ ].

**9.1** En tant que l'intimé a déterminé le revenu sans invalidité sur la base de la ligne 49-52 du tableau TA1, tirage « skill level » plutôt qu'en fonction du dernier salaire obtenu en 2023 (soit avant le début de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle remontant au 3 janvier 2024), le choix effectué ne prête pas le flanc à la critique, vu la succession de contrats de mission à intervalles assez rapprochés et les variations du salaire horaire d'une mission à l'autre ressortant du dossier (cf. dossier AI, doc. 89 ; pour un cas et une appréciation similaire : arrêt du Tribunal fédéral 9C\_213/2009 du 19 janvier 2010 consid. 4). La référence à la ligne 49-52 précitée, plutôt qu'à la ligne « total » n'apparaît pas critiquable non plus, compte tenu du parcours professionnel ressortant du *curriculum vitae* (dossier AI, doc. 75, p. 739).

S'agissant du revenu avec invalidité, la détermination de celui-ci au moyen de l'ESS (tableau TA1, ligne « total ») apparaît également correcte au regard de l'art. 26<sup>bis</sup> al. 1 RAI, étant relevé que le recourant n'exploitait pas sa capacité de travail résiduelle en exerçant une mission de logisticien à 50% dès le 18 juillet 2024 (cf. dossier AI, doc. 89, p. 790) et qu'une telle mission ne reposait pas sur des rapports de travail particulièrement stables (sur ce critère : arrêt du Tribunal 9C\_476/2023 du 28 mars 2024 consid. 4.2). Sachant en revanche que le début du délai d'attente d'une année a commencé à courir le 3 janvier 2024 et que la demande n'a été déposée que le 27 janvier 2025, un éventuel droit à une rente n'aurait pu naître au plus tôt qu'en 2025 (art. 28 al. 1 let. c et 29 al. 1 LAI). En conséquence, l'intimé aurait dû procéder à la comparaison des revenus en 2025. Concernant le revenu avec invalidité déterminé sur la base de l'ESS 2022 (tableau TA1, tirage « skill level », ligne « total », pour un homme), le correctif à effectuer conduit ainsi à tenir compte non seulement de l'indexation de ce revenu jusqu'en 2024 mais aussi de l'estimation trimestrielle la plus récente de l'ISS, disponible au moment de la décision contestée. En l'espèce, cela correspondait à l'estimation

du 2<sup>ème</sup> trimestre 2025, laquelle faisait état d'une hausse des salaires bruts de 2.3% par rapport à 2024. Appliqué au revenu avec invalidité en 2024 (CHF 68'277.-), ce taux conduit à une majoration de CHF 1'570.- de ce revenu en 2025 ( $68'277.- \times 2.3 / 100 = 1'570$ ). Aussi le revenu avec invalidité déterminant s'établit-il à CHF 69'847.-, respectivement CHF 62'862.- une fois la réduction forfaitaire – ni critiquée ni critiquable – de 10% appliquée.

Le revenu sans invalidité comporte pour sa part des erreurs de calcul (exprimées en écarts de quelque francs) au niveau du revenu annuel et du montant résultant de son indexation. On constate toutefois que les corrections à apporter n'ont pas de répercussions concrètes sur le degré d'invalidité (9.3%, à arrondir à 9% ; cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2). En effet, le revenu statistique de CHF 5'114.- précité, adapté à la durée normale du travail (42.4 heures) est de CHF 5'421.- par mois ou CHF 65'052.- par an, ce qui correspond à CHF 67'431.- après indexation à l'ISS de 2024 ( $65'052 \times 107.7 / 103.9 = 67'431$ ), respectivement CHF 68'982.- après prise en compte de l'estimation de l'ISS du 2<sup>e</sup> trimestre 2025 (2.3%) et de la majoration de CHF 1'551.- qui en résulte ( $67'431 \times 2.3 / 100 = 1'551$ ).

En comparant les revenus avec et sans invalidité, la perte de gain s'élève à CHF 6'120.- (soit CHF 68'982.- sous déduction de CHF 62'862.-) et le degré d'invalidité à 8.87%, arrondi à 9%.

**9.2** En désaccord avec le taux d'invalidité de 9%, le recourant soutient que le revenu avec invalidité serait irréaliste. Il se réfère à cet égard au salaire horaire brut perçu lors de ses trois précédentes missions, inférieur au revenu statistique médian selon lui.

Cette argumentation n'est toutefois pas pertinente, la question décisive étant que le revenu avec invalidité corresponde à celui que le recourant pourrait réaliser en exploitant autant que possible sa capacité de travail résiduelle, étant souligné que pour les personnes qui, à l'instar de l'intéressé, ne peuvent plus exercer que des activités légères et peu exigeantes sur le plan intellectuel en raison de leur état de santé, il convient – comme l'a fait l'intimé – de se baser sur la ligne « total » et le niveau de compétence le plus bas, à savoir le niveau 1 (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_695/2015 du 19 novembre 2015 consid. 4.2).

**9.3** Il résulte de ce qui précède qu'entre la décision du 17 décembre 2018 et la décision litigieuse, l'état de santé du recourant s'est certes aggravé mais qu'avec un taux d'invalidité de 9%, les répercussions de cette aggravation sur la capacité de gain ne sont pas suffisantes pour ouvrir droit à une rente d'invalidité.

**10.** Il s'ensuit que le recours ne peut qu'être rejeté.

Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge du recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

\*\*\*\*\*

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Laurine CHAPUIS

Joanna JODRY

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