

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3543/2025

ATAS/272/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 mars 2026

Chambre 3

En la cause

A _____

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, juges
assesseurs**

EN FAIT

A. a. A_____ (ci-après : l'assuré), né en _____ 1962, au bénéfice d'une formation universitaire en sciences économiques, a travaillé jusqu'en septembre 2022 comme employé bancaire et administratif, avant d'émigrer à l'assurance-chômage.

b. Le 12 novembre 2023, l'assuré a chuté dans les escaliers. Son membre supérieur droit a heurté le mur.

c. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA) a pris le cas en charge jusqu'au 31 juillet 2024, date à compter de laquelle elle a considéré que le lien de causalité avec l'accident s'était rompu. Le *statu quo ante* était considéré comme ayant été atteint six mois après l'événement accidentel du 12 novembre 2023 (cf. décision de la SUVA du 17 juillet 2024).

B. a. Le 4 avril 2024, l'assuré a déposé auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) une demande de prestations en invoquant une incapacité de travail du 13 novembre 2024 (recte 2023) au 1^{er} mai 2024, suite à une fracture du poignet et du coude droits.

b. A été versé au dossier un rapport du docteur B_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, rédigé le 12 novembre 2024.

Il en ressort que l'assuré a été victime, en novembre 2023, d'une fracture non déplacée de l'extrémité proximale du coude droit, qu'il a suivi un traitement conservateur, qu'autour de ce traumatisme, une symptomatologie douloureuse chronique s'est développée, d'abord au niveau du poignet droit, puis de l'épaule droite, que la fracture est consolidée, mais que l'épaule est très raide.

L'évolution a été qualifiée de non favorable, le traitement antalgique, anti-inflammatoire et physiothérapeutique n'ont fait que stabiliser la situation, mais l'impotence du membre supérieur droit est restée de 50% au moins. L'assuré ne peut porter de charges supérieures à 1 kg.

Selon le médecin, on se retrouve avec un syndrome épaule-main, suite à une fracture non déplacée et consolidée de la tête radiale droite après un an.

Le médecin a indiqué que son patient ne pouvait plus porter de charges supérieures à 1 kg, ni travailler avec le membre supérieur droit à plus de 30° d'abduction et de flexion. Selon lui, le membre supérieur droit n'était plus utilisable que pour les activités de la vie courante et un travail professionnel administratif et de bureau. L'assuré était capable d'exercer une activité professionnelle adaptée (uniquement un travail administratif, ou de bureau, ou de manipulation légère et non répétitive d'objets de moins de 1 kg).

c. Le dossier a été soumis au Service médical régional pour la Suisse romande (ci-après : SMR), qui, le 28 mars 2025, a retenu à titre d'atteinte principale à la santé une fracture de l'extrémité supérieure du radius droit, avec douleur mécanique résiduelle, diminution des amplitudes articulaires du coude et lésion traumatique/dégénérative de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite.

Le SMR a admis une totale incapacité de travail dès le 12 novembre 2023, mais a considéré que l'assuré avait recouvré sa capacité de travail à 100% dès le 27 octobre 2024, dans son activité habituelle, qualifiée d'adaptée.

Ont été retenus à titre de limitations fonctionnelles : le travail de la main droite à hauteur d'établis et l'absence de manipulation de charges de plus de 1 kg.

Il a été rappelé que la chute de l'assuré, en date du 12 novembre 2023, avait causé une fracture non déplacée de la tête radiale droite, entraînant des douleurs mécaniques du coude droit et déstabilisant l'épaule, avec comme conséquence des douleurs mécaniques durables limitant les gestes du membre supérieur droit et la manipulation de charges de plus de 1 kg.

La dernière consultation du Dr B _____ remontant au 26 octobre 2024, c'est à partir de ce moment-là que le SMR a considéré que l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle, adaptée puisqu'administrative.

d. Par décision du 17 septembre 2025, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation.

L'OAI a constaté que l'assuré avait été en arrêt de travail total à compter du 13 novembre 2023. Cela étant, il a estimé qu'à partir du 27 octobre 2024, il avait recouvré une pleine capacité de travail, si bien que l'incapacité avait duré moins d'une année et que les conditions d'octroi d'une rente n'étaient donc pas réunies.

C. a. Par écriture du 9 octobre 2025, l'assuré a interjeté recours contre cette décision.

En substance, l'assuré rappelle qu'il souffre de son épaule droite, qu'il ne peut utiliser au-dessus de l'horizontale et qu'il ne peut porter de charges de plus de 1 kg. Selon lui, son épaule droite ne peut donc être utilisée que pour l'usage usuel de la vie quotidienne.

À l'appui de son recours, l'assuré produit notamment :

- un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) de l'épaule droite du 5 juin 2024, concluant à une tendinopathie assez sévère de la coiffe des rotateurs, à une fissuration non transfixiante du versant articulaire à la jonction des tendons sus-épineux et sous-épineux, sans rétraction, ni amyotrophie, à une bursite sous acromio-deltoïdienne modérée et à une arthropathie acromio-claviculaire en vraisemblable poussée congestive ;
- un rapport d'infiltration de l'épaule du 31 juillet 2024.

b. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 7 novembre 2025, a conclu au rejet du recours.

L'intimé fait remarquer que son service médical a bien tenu compte de l'atteinte à la santé et des limitations en découlant. Il a d'ailleurs suivi l'appréciation du Dr B_____, qui a qualifié l'état de son patient de stabilisé et compatible avec l'exercice d'un emploi administratif ou de bureau n'impliquant pas de port de charges. L'activité professionnelle de gestion administrative et financière habituellement exercée par l'assuré est manifestement adaptée à son état de santé.

c. Le recourant ne s'est plus manifesté.

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

EN DROIT

1.

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

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

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

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

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

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

2.

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

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque

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

2.2 En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en octobre 2024, soit six mois après le dépôt de la demande du 4 avril 2024 (*cf.* art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

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

4.

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

4.2 A droit à une rente d'invalidité, l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

4.3 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

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

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

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

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

Le médecin du SMR n'a pas l'obligation de procéder lui-même à un examen médical sur la personne de l'assuré (*cf.* art. 49 al. 2 RAI) mais peut, selon les circonstances, fonder son avis en évaluant les éléments médicaux au dossier. Cette appréciation en l'absence d'examen n'est pas dénuée d'emblée de toute valeur probante et est soumise aux mêmes exigences en matière de preuve que les autres

rapports médicaux (ATF 136 V 376 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_160/2025 du 27 octobre 2025 consid. 5.2 et la référence).

4.5.2 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

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

- 5.** En l'espèce, la décision litigieuse repose sur l'avis du SMR qui, après examen des différents rapports recueillis auprès des médecins traitants, a conclu à l'absence de limitation fonctionnelle et d'atteinte à la santé invalidante au-delà du 27 octobre 2024.

Le recourant, dans la très brève motivation de son recours, se contente d'invoquer l'atteinte à son membre supérieur droit, dont il allègue qu'elle ne lui permet que d'accomplir les gestes de la vie quotidienne.

Il est vrai que son médecin traitant, le Dr B_____, a conclu en ce sens. Il a cependant également précisé que, lors de la dernière consultation, le 26 octobre 2024, l'assuré était apte à exercer à plein temps une activité adaptée, décrite comme administrative. Or, c'est précisément en cela que consiste l'activité habituelle exercée par le recourant.

C'est la raison pour laquelle le SMR a jugé qu'à compter de cette consultation, il n'y avait plus d'incapacité à exercer l'activité habituelle dans le domaine administratif.

C'est ainsi à juste titre que l'intimé a constaté que l'incapacité débutée le jour de l'accident, soit le 12 novembre 2023, ayant duré moins d'une année, les conditions d'ouverture d'un éventuel droit aux prestations n'étaient pas remplies.

Eu égard aux considérations qui précèdent, la décision litigieuse s'avère justifiée et le recours manifestement infondé. Il est donc rejeté.

**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

Diana ZIERI

Karine STECK

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