

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3655/2025

ATAS/429/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 mai 2025

Chambre 6

En la cause

A_____

recourant

représenté Me Catarina MONTEIRO SANTOS, avocate

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, présidente ; Christine WEBER-FUX et Teresa SOARES,
juges assesseures.**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1972, de nationalité italienne, titulaire d'une autorisation d'établissement C, marié, père de deux enfants nés en 1999 et 2007, a exercé une activité de cuisinier, dès le 1^{er} février 2020 pour « B_____ » (ci-après : l'employeur).
- b.** Le 30 novembre 2021, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité, en mentionnant une dépression.
- B.** **a.** Le 28 juin 2021, le docteur C_____, spécialiste en médecine générale, a attesté d'une dépression importante sous traitement, d'un suivi depuis fin mai 2021 et d'une incapacité de travail totale depuis le 1^{er} mai 2021.
- b.** À la demande de la MOBILIÈRE SUISSE SOCIÉTÉ D'ASSURANCES SA (ci-après : la MOBILIÈRE), assureur perte de gain maladie de l'employeur, l'assuré a été soumis à un « *assessment* » par le docteur D_____, spécialiste en psychiatrie, du SMEX SA, lequel a rendu un rapport le 26 novembre 2021 et conclu à un diagnostic de dysthymie et une capacité de travail totale, sans limitation fonctionnelle. La MOBILIÈRE a versé des indemnités journalières jusqu'au 30 novembre 2021.
- c.** Le 23 février 2022, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité.
- d.** Un rapport de bilan cognitif (Clinique E_____) du 14 mars 2022 a conclu à une dépression, engendrant une fluctuation de la concentration dans le domaine cognitif et plusieurs souffrances psychologiques en lien avec celle-ci.
- e.** Le 31 mars 2022, le Dr D_____ a attesté, comme psychiatre traitant, d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et d'un possible trouble de la personnalité borderline, entraînant une capacité de travail nulle. Le travail en cuisine était trop stressant et l'assuré pensait à une reconversion.
- f.** Le 10 juin 2022, la réadaptation professionnelle de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a constaté que le service médical régional (ci-après : SMR) demandait une expertise psychiatrique et que l'assuré n'était pas preneur de mesures d'intervention précoce, de sorte que le mandat était clôturé.
- g.** Le 11 juillet 2022, le Dr C_____ a attesté d'une dépression réactionnelle sur Covid-19 et antécédent de trois précédentes dépressions, ainsi que des discopathies dégénératives. L'invalidité était totale.
- h.** À la demande de l'OAI, le docteur F_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a rendu, le 4 novembre 2022, un rapport d'expertise.
- L'expert a retenu les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte depuis mai 2021, trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et anxieux actuellement non décompensé et dépendance éthylique avec utilisation

continue évoluant avec des hauts et des bas depuis plusieurs décades. La capacité de travail était de 100% depuis mai 2021.

i. Le 14 novembre 2022, le SMR a retenu une capacité de travail totale dans toute activité.

j. Par projet de décision du 14 novembre 2022, l'OAI a rejeté la demande de prestations, en relevant qu'il n'existait pas de maladie justifiant une diminution de la capacité de travail de longue durée.

k. Le 21 novembre 2022, l'assuré a déclaré contester le projet de décision.

l. Par décision du 23 février 2023, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

C. a. Le 2 mars 2023, l'assuré a contesté la décision précitée et un recours a été enregistré auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice.

Le recourant a produit des rapports d'IRM des coudes des 15 et 16 mars 2023, ainsi qu'un rapport du docteur G_____, spécialiste en neurologie, du 24 mai 2023.

b. Le 20 juin 2023, le SMR a estimé qu'une instruction médicale somatique se justifiait.

c. Le 21 juin 2023, la docteure H_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et chirurgie de la main, a attesté d'une affection du membre supérieur droit qui nécessitait une prise en charge chirurgicale.

d. Par arrêt du 30 juin 2023 (ATAS/532/2023), la chambre de céans a admis partiellement le recours, annulé la décision litigieuse et renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

e. Le 3 octobre 2023, la Dre H_____ a attesté d'épicondylalgie des deux coudes, de douleurs aux mains avec paresthésies. Elle a posé les diagnostics de syndrome tunnel carpien bilatéral, d'épicondylalgie bilatérale prédominant à droite et d'arthrose STT (scapho-trapézo-trapézoïdienne) débutante avec kyste arthrosynovial faisant protrusion dans le tunnel carpien.

f. Le 6 novembre 2023, le docteur I_____, spécialiste en médecine interne générale, a retenu un problème de la main et des antécédents médicaux de dyslipidémie, de dépression réactionnelle, de consommation d'alcool à risque, de douleurs chroniques d'une main (pour lesquelles le recourant était déjà suivi par un spécialiste) et de douleurs chroniques de la cheville gauche.

g. Le 31 janvier 2024, la Dre H_____ a mentionné une capacité de travail actuellement nulle, et encore pour deux à trois mois post-opératoires.

Elle avait pratiqué le 31 janvier 2024 une neurolyse du nerf médian au tunnel carpien à droite par décompression du ligament annulaire antérieur du carpe (LAAC), une synovectomie du poignet droit et une cure d'épicondylalgie du

coude droit avec fasciotomie du court extenseur radial du carpe et de l'extenseur commun des doigts, avec plastie d'agrandissement en V-Y. L'état du tendon conjoint en perop était catastrophique et une récupération totale pouvait être compromise concernant le coude droit.

h. Le 24 avril 2024, le docteur J_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, du Centre K_____, a posé les diagnostics de douleurs persistantes après probable entorse du Chopart gauche en 2011 avec activation d'une coalition, d'équinisme modéré congénital bilatéral, de coalition calcanéo-naviculaire gauche asymptomatique, calcanéo-naviculo-cuboïdienne droite avec multiples kystes symptomatiques.

i. À la demande du SMR, le Dr J_____ a indiqué le 12 juillet 2024 que la capacité de travail était de 100% dans un métier « sans port de charge concernant ses pieds » et de 50 à 80% dans un métier en position mixte au début. La limitation fonctionnelle et de qualité de vie était essentiellement liée aux membres supérieurs et à la thymie.

j. Le 29 août 2024, la Dre H_____ a mentionné que l'assuré se plaignait de contractures à l'avant-bras droit et de douleurs profondes sur la cicatrice. Cliniquement, l'examen était rassurant et n'expliquait pas l'intensité des douleurs. L'assuré n'avait pas donné suite aux démarches proposées (échographie et ergothérapie). L'assuré était apte à 100% sur un poste adapté sans port de charges lourdes ni travail répétitif avec le membre supérieur droit.

k. Le 9 octobre 2024, le SMR a retenu une capacité de travail nulle tant comme cuisinier que dans une activité adaptée depuis le 31 octobre 2021 et de 100% dans une activité adaptée depuis le 29 août 2024. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de port de charges ni travail répétitif avec les membres supérieurs et éviter une activité nécessitant la position debout et marche prolongée.

l. Par projet de décision du 10 octobre 2024, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2022 au 30 novembre 2024.

Dès le 29 août 2024, le degré d'invalidité était nul, soit un revenu sans invalidité de CHF 56'429.- (salaire de base de CHF 52'000.- augmenté par une mise en parallèle) et avec invalidité de CHF 60'725.- (basé sur l'ESS 2022, TA1, homme, total, niveau 1, adapté à 2024, avec une déduction de 10%).

m. Le 13 novembre 2024, l'assuré, représenté par une avocate, s'est opposé au projet de décision précité, en faisant valoir qu'il n'avait pas récupéré une capacité de travail de 100% dès le 29 août 2024. Il présentait des lombalgies sévères, des problèmes au pied gauche, au coude et dentaires, ainsi qu'une dépression sévère. Il a communiqué :

- un rapport d'IRM de la colonne dorso-lombo-sacrée du 18 octobre 2024 ;

- un rapport du 6 novembre 2024 du Centre dentaire de Carouge, attestant d’une parodontie chronique généralisée ;
- un rapport du Dr D_____ du 13 août 2024, attestant d’un suivi depuis le 5 janvier 2023, d’une dépression sévère d’évolution chronique aggravée par des difficultés socio-économiques, par un syndrome douloureux épaule et coude avec un délabrement dentaire ;
- un rapport du 16 octobre 2024 du docteur L_____, médecin généraliste et ORL, attestant d’une lombalgie sévère ayant nécessité des injections anti-inflammatoires du même jour ;
- un rapport d’arthrographie et infiltration du pied gauche du 14 octobre 2024 ;
- un rapport du 14 novembre 2024 du Dr L_____, attestant de diagnostics d’équinisme modéré congénital bilatéral, de douleurs persistantes après probable entorse de Chopart gauche survenue en 2011, ayant activé une coalition calcanéo-naviculaire gauche, une coalition calcanéo-naviculaire gauche asymptomatique et une coalition calcanéo-naviculo-cuboïdienne droite symptomatique, associée à de multiples kystes ;

L’assuré présentait des douleurs chroniques affectant le pied gauche et le coude droit, ainsi qu’une souffrance psychique marquée, malgré les traitements en cours. Les douleurs fonctionnelles au coude droit post-opératoires et au pied gauche limitaient ses activités quotidiennes et sa condition dépressive ajoutait une dimension psychologique significative à son invalidité. La combinaison de ces éléments justifiait la demande de « certificat d’invalidité », déjà en cours depuis deux ans.

n. Le 21 novembre 2024, le SMR a estimé que des investigations auprès des Drs D_____, L_____ et du Centre K_____ étaient nécessaires.

o. Le 9 décembre 2024, le Dr D_____ a attesté d’une dépression sévère, anxiété, attaques de panique, lombalgie, syndrome douloureux des coudes. L’état de santé s’était péjoré. La capacité de travail était nulle dans l’activité habituelle et de 20% dans une activité adaptée.

p. Le 19 décembre 2024, le Dr J_____ a communiqué un rapport précédent du 9 juillet 2024.

q. Un rapport d’IRM du coude gauche du 4 février 2025 a conclu à un examen compatible avec une épicondylalgie fissuraire du coude et un rapport d’IRM de la main gauche du 6 février 2025 a conclu à un enchondrome versus inclusion synoviale banale.

r. Le 12 mars 2025, l’assuré a informé l’OAI qu’une intervention chirurgicale était prévue le 7 mai 2025 (syndrome tunnel carpien et épicondylite coude gauche).

s. À la demande de l'OAI, les docteurs M_____, spécialiste en rhumatologie, et N_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du SWISS EXPERTISES MÉDICALES Sàrl (ci-après : SEM), ont rendu, le 9 mai 2025, un rapport d'expertise bidisciplinaire.

Du point de vue rhumatologique, l'expert a posé les diagnostics de possible tunnel carpien gauche, d'épicondylite gauche fissuraire, de *status* post cure d'épicondylalgie droite, de *status* post lombalgie mécanique sur trouble dégénératif minime, de *status* post entorse de la cheville de Chopard, de *status* post neurolyse du nerf médian au tunnel carpien droit stabilisé et de *status* post chirurgie d'une cure épicondylalgie droite stabilisée.

La capacité de travail était nulle dans l'activité de cuisinier depuis le 31 octobre 2021 et de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles depuis le 29 août 2024 (éviter les mouvements de flexion, extension, rotation et en porte-à-faux du rachis, éviter de porter des charges de plus de 5 kg de façon répétée et éviter tout travail de dextérité fine).

Du point de vue psychiatrique, l'expert a posé les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte, troubles mentaux et trouble du comportement lié à l'utilisation de l'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue. Il n'y avait pas de limitation fonctionnelle notable et significative et la capacité de travail était de 100% depuis toujours.

t. Un rapport d'examen neuropsychologique du 8 mai 2025 a conclu à des réponses et tests peu fiables ne permettant pas de retenir une atteinte à la santé dans la sphère neuropsychologique.

u. Le 13 mai 2025, le SMR a retenu une capacité de travail nulle dès le 31 octobre 2021 et de 100% dès août 2024 (en dehors d'une période de trois mois post-chirurgicale) dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (éviter les mouvements de flexion, extension, rotation et en porte-à-faux du rachis, éviter de porter des charges de plus de 5 kg de façon répétée et éviter tout travail de dextérité fine).

v. Par décision du 25 juin 2025, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2022 au 29 novembre 2024.

w. Le 22 juillet 2025, l'assuré a informé l'OAI qu'il avait subi une intervention chirurgicale le 2 juillet 2025 par la Dre H_____.

x. Le 2 juillet 2025, la Dre H_____ a attesté d'une intervention de neurolyse du nerf médian au tunnel carpien par décompression du ligament annulaire antérieur du carpe (LAAC), synovectomie du poignet et cure d'épicondylalgie du coude avec fasciotomie du court extenseur radial du carpe et de l'extenseur commun des doigts, avec plastie d'agrandissement en Z. Une incapacité de travail a été attestée du 2 juillet au 31 août 2025.

y. Le 2 septembre 2025, le SMR a confirmé ses précédentes conclusions, en retenant que la capacité de travail de l'assuré était nulle du 2 juillet au 2 octobre 2025.

z. Par décision du 16 septembre 2025, annulant celle du 25 juin 2025, l'OAI a alloué à l'assuré une rente d'invalidité entière du 1^{er} octobre 2022 au 30 novembre 2024.

D. a. Le 20 octobre 2025, l'assuré, représenté par son avocate, a recouru auprès de la chambre de céans à l'encontre de la décision précitée, en concluant à son annulation et, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité illimitée dans le temps.

b. Le 13 novembre 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours au vu de la valeur probante du rapport d'expertise du SMEX SA.

c. Le 2 février 2026, les Drs J_____ et K_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ont mentionné une hyperhémie modérée en regard calcanéo-naviculaire du pied gauche. Une infiltration était proposée. L'assuré notait des douleurs intermittentes vives lors de la marche sur terrain inégal.

d. Le 4 février 2026, le recourant a répliqué, en soulignant qu'il n'avait pas recouvré de capacité de travail en août 2024, pour des motifs somatiques et psychiques.

Il a produit :

- un rapport de suivi psychiatrique du Dr D_____ du 17 septembre 2025, attestant d'un épisode dépressif récurrent, actuellement sévère sans symptômes psychotiques, entraînant une capacité de travail nulle ;
- un rapport du Dr J_____ du 2 décembre 2025, attestant de persistance de douleurs mécaniques au niveau médial en regard talonaviculaire et au niveau du Chopart latéral et du Kager médiale ; les douleurs latérales étaient en lien avec la coalition ; une infiltration de la coalition en octobre 2024 n'avait pas apporté de bénéfice.

e. Le 2 mars 2026, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. Le recourant a indiqué qu'il s'estimait totalement incapable de travailler pour des motifs physiques et psychiques.

Le recourant a produit :

- des certificats d'arrêt de travail total depuis le 1^{er} décembre 2024 du Dr D_____ ;
- des ordonnances pour du Xanax, Seroquel et Cymbalta du Dr D_____ ;
- une IRM du coude gauche du 4 février 2025 ;
- une IRM de la main gauche du 5 février 2025 ;

- une IRM de la colonne cervico-dorsale du 4 avril 2025 ;
- un CT du thorax du 11 avril 2025 ;
- un protocole opératoire du 2 juillet 2025 par la Dre H_____ (neurolyse du nerf carpien par décompensation du ligament annulaire antérieur du carpe (LAAC), synovectomie du poignet et cure d'épicondylalgie du coude avec fasciotomie du court extenseur radial du carpe et de l'extenseur commun des doigts, avec plastie d'agrandissement en Z).

f. Le 30 mars 2026, le recourant a produit :

- un rapport 18 mars 2026 du Dr J_____, proposant d'instaurer un podomètre sur le téléphone de l'assuré pour évaluer le niveau d'activité après l'infiltration du 6 février 2026 ;
- une IRM du coude gauche du 2 mars 2026 ;
- le rapport de bilan cognitif du 14 mars 2022.

g. Le 21 avril 2026, le SMR a confirmé son avis du 13 mai 2025.

Le psychiatre traitant ne précisait pas les critères des diagnostics posés, retenait des troubles cognitifs sévères sans examen neuropsychologique et évoquait des maladies somatiques entretenant un état psychique délétère sans appréciation consensuelle avec un collègue somaticien.

Par ailleurs, le Dr J_____ avait admis une capacité de travail totale dans une activité adaptée.

h. Le 22 avril 2026, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR précité.

i. Le 28 avril 2026, le Dr J_____ a rendu un rapport proposant une troisième infiltration et fixant un examen du recourant le 17 juillet 2026 pour discuter des options chirurgicales.

EN DROIT

1.

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

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

1.2 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

1.3 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).

En l'occurrence, le droit à la rente d'invalidité du recourant a été alloué postérieurement au 1^{er} janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle version.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité au-delà du 30 novembre 2024.

3.

3.1 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).

3.2

3.2.1 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).

Une rente n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1^{bis} et 1^{ter} n'ont pas été épuisées (art. 28 al. 1^{bis} LAI).

3.2.2 Selon la jurisprudence, si l'assuré peut prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité, l'allocation d'une rente d'invalidité à l'issue du délai

d'attente (*cf.* art. 28 al. 1 LAI) n'entre en considération que si l'intéressé n'est pas, ou pas encore, susceptible d'être réadapté professionnellement en raison de son état de santé (principe dit de la priorité de la réadaptation sur la rente ; ATF 121 V 190 consid. 4c). La preuve de l'absence de capacité de réadaptation comme condition à l'octroi d'une rente d'invalidité doit présenter un degré de vraisemblance prépondérante. Dans les autres cas, une rente de l'assurance-invalidité ne peut être allouée avec effet rétroactif que si les mesures d'instruction destinées à démontrer que l'assuré est susceptible d'être réadapté ont révélé que celui-ci ne l'était pas (ATF 121 V 190 consid. 4d ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_559/2021 du 14 juillet 2022 consid. 2.2 et les références).

3.3 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGa).

La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

3.4 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).

3.5 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.

3.5.1 Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 137 V 210 consid. 1.3.4 ; 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

3.5.2 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).

3.5.3 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).

3.5.4 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion distincte. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_458/2023 du 18 décembre 2023 consid. 3.2 et la référence).

3.6 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).

3.7 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).

3.8

3.8.1 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 (cf. 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 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

3.8.2 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 LPGA et 28a al. 1 LAI).

Selon l'art. 24^{septies} RAI, le statut d'un assuré est déterminé en fonction de la situation professionnelle dans laquelle il se trouverait s'il n'était pas atteint dans sa santé (al. 1). L'assuré est réputé exercer une activité lucrative au sens de l'art. 28a al. 1 LAI dès lors qu'en bonne santé, il exercerait une activité lucrative à un taux d'occupation de 100% ou plus (al. 2 let. a).

3.8.3 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 LPGA 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 LPGA 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 (ESS) de l'Office fédéral de la statistique 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).

4. En l'occurrence, l'intimé s'est fondé sur l'expertise bidisciplinaire du SEM du 9 mars 2025 pour retenir une capacité de travail du recourant nulle dès le 31 octobre 2021 et de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles dès le 29 août 2024.

Le recourant fait valoir une capacité de travail nulle au-delà du 29 août 2024, pour des motifs somatiques et psychiques.

4.1 Fondé sur toutes les pièces du dossier, comprenant les plaintes du recourant, un examen clinique, des diagnostics et limitations clairs, ainsi qu'une évaluation convaincante de la capacité de travail du recourant, le rapport d'expertise du SEM (Drs M_____ et N_____) répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnue une pleine valeur probante.

4.1.1 Du point de vue somatique, l'expert M_____ a conclu à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, depuis le 29 août 2024.

Le recourant fait valoir l'avis de ses médecins traitants, soit le Dr J_____ et la Dre H_____.

Ces deux médecins se sont prononcés sur la capacité de travail du recourant dans des rapports des 12 juillet 2024 (Dr J_____) et 29 août 2024 (Dre H_____).

Le Dr J_____ a indiqué que la capacité de travail du recourant était de 100% dans un métier sans port de charges. Dans ses rapports subséquents, il a fait état de douleurs persistantes et d'infiltration de la coalition pratiquée en octobre 2024 (rapport du 2 décembre 2025), d'une hyperthémie modérée en regard calcanéo-naviculaire du pied gauche (rapport du 2 février 2026), une infiltration interligne calcanéo-cuboïdien dorsal gauche le 6 février 2026 (rapport du 18 mars 2026) et la proposition d'une troisième infiltration le 28 avril 2026 (rapport du 28 avril 2026).

Aucun des rapports précités du Dr J_____ ne remet en cause la capacité de travail du recourant attestée le 12 juillet 2024, de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Quant à la Dre H_____, elle s'est prononcée le 29 août 2024, en estimant qu'une reconversion professionnelle était justifiée à un poste sans port de charges lourdes et travail répétitif intense avec les membres supérieurs. Elle a ensuite pratiqué une intervention chirurgicale le 2 juillet 2025 ayant entraîné une incapacité de travail totale du 2 juillet au 31 août 2025, soit temporaire (tunnel carpien et coude gauche). Aucun rapport médical au dossier n'atteste de limitations fonctionnelles plus importantes que celles qu'elle a relevées le 29 août 2024.

Au demeurant, les rapports du médecin traitant confirment l'appréciation du Dr M_____, de sorte que les conclusions de l'expertise de celui-ci ne peuvent qu'être suivies.

4.1.2 Du point de vue psychiatrique, l'expert N_____ a conclu à une capacité de travail totale dans toute activité, depuis toujours.

Le recourant fait valoir l'avis de son psychiatre traitant, le Dr D_____.

4.1.2.1. Ce médecin a indiqué le 13 novembre 2024 que le recourant présentait une dépression sévère d'évolution chronique aggravée par des difficultés socioéconomiques, par un syndrome douloureux épaule et coude, avec un délabrement dentaire. Le 9 décembre 2024, il a décrit au *status* une thymie abaissée sur un versant triste, ruminations avec troubles du sommeil et ruminations axées sur un avenir bouché, sans troubles délirants ; une évolution en dents de scie ; une dépression, une anxiété, des troubles cognitifs sévères, une anhédonie et une aboulie. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle et de 20% dans une activité adaptée. Enfin, le 17 septembre 2025, il a mentionné un état dépressif sévère sans symptômes psychotiques avec des limitations fonctionnelles d'anhédonie, aboulie, troubles cognitifs sévères et anxiété, avec une capacité de travail nulle.

4.1.2.2. S'agissant des troubles cognitifs jugés sévères par le Dr D_____ les 9 décembre 2024 et 17 septembre 2025, ils ne ressortent ni du rapport de bilan cognitif de la Clinique E_____ du 14 mars 2022, ni du rapport d'examen neuropsychologique de O_____ du 8 mai 2025.

En effet, le premier indique que le recourant est atteint de dépression qui engendre une fluctuation de sa concentration dans le domaine cognitif et plusieurs souffrances psychologiques en lien avec celle-ci. Cependant, les résultats des tests mentionnent que les différents domaines évalués (compétences langagières, le calcul, les compétences visuo-spatiales, les fonctions exécutives et le raisonnement) indiquent des scores dans la norme et ne reflètent pas de difficultés cognitives dans le raisonnement. Les tests mnésiques sont dans la norme ; les tests de concentration également ; seul le rappel immédiat visuel obtient un score fragile, dans la norme inférieure. Le recourant était envahi par des émotions négatives et ressentait du découragement lui provoquant de l'anxiété.

Ces résultats ne corroborent pas des troubles cognitifs sévères tels qu'allégués par le psychiatre traitant, mais une simple fluctuation de la concentration.

Dans le même sens, le second rapport de 2025 relève que le bilan de 2022 n'a objectivé que des fluctuations de la concentration et que la présence de troubles cognitifs sévères est peu plausible. Les résultats obtenus aux tests de 2025 n'ont pas été jugés comme valides, les réponses aux questions et tests psychologiques n'étaient pas fiables. Tout au plus d'éventuels troubles cognitifs légers pouvaient être reconnus.

Au demeurant, la limitation fonctionnelle de trouble cognitif sévère, non objectivée par le Dr D_____, ne peut être retenue.

4.1.2.3. S'agissant des diagnostics psychiatriques, le Dr N_____ a notamment posé celui de trouble anxieux et dépressif mixte, de gravité mineure, alors que le Dr D_____ retient un épisode dépressif récurrent sévère.

Nonobstant ce diagnostic, le Dr D_____ estime que le recourant est capable de travailler à un taux de 20% dans une activité adaptée (non décrite). Ce diagnostic, comme relevé par le SMR (avis du 21 avril 2026) n'est en outre pas étayé par la présence de critères nécessaires à sa retenue. La seule citation d'une anhédonie, une aboulie et de l'anxiété, sans description des impacts concrets de ces symptômes sur l'état de santé du recourant est, à cet égard, insuffisante.

Ce diagnostic d'épisode dépressif sévère n'est pas non plus cohérent avec la description de la journée-type faite par l'expert N_____, laquelle n'a pas été contestée par le recourant : il s'occupe du ménage, des repas, des tâches administratives, se déplace en transports publics, prend du plaisir à regarder le foot, les nouvelles, sort sa chienne cinq fois par jour, se promène en forêt, mange à tous les repas, aime écouter de la musique, bricoler, aller au cinéma (expertise du Dr N_____, p. 52)

Au vu de ce qui précède, les rapports du Dr D_____ ne sont pas à même de mettre en cause le rapport d'expertise du Dr N_____.

4.1.3 En conséquence, les conclusions du rapport d'expertise bidisciplinaire du SMEX SA peuvent être suivies et le recourant est reconnu apte à travailler à 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques, dès le 29 août 2024.

4.2 L'intimé a conclu à un degré d'invalidité nul. Ce calcul n'est pas contesté par le recourant et peut être confirmé, de sorte qu'au 30 novembre 2024, le droit à la rente entière du recourant prend fin.

5. Partant, le recours ne peut qu'être rejeté.

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. 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

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

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