

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3671/2024

ATAS/640/2025

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 août 2025

Chambre 10

En la cause

A_____

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Joanna JODRY, Présidente ; Saskia BERRENS TOGNI et
Pierre-Bernard PETITAT, juges assesseurs.**

EN FAIT

A. a. A _____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1979, originaire du Sri-Lanka où il a effectué une école de mécanicien, est arrivé en Suisse le 1^{er} juillet 2008 et est titulaire d'un permis C. Il a travaillé à Genève en qualité d'aide de cuisine et de plongeur, puis dans le secteur du nettoyage à partir de 2015.

b. Le 27 mars 2009, l'office de l'assurance invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) a enregistré une demande de prestations de l'assuré, mentionnant qu'il était atteint de surdité presque totale de l'oreille droite et de surdité de degré modéré à sévère de l'oreille gauche, suite à un traumatisme acoustique survenu en avril 2008.

c. Par décision du 20 mai 2009, l'OAI a refusé d'accorder à l'assuré des moyens auxiliaires, dès lors que la nécessité d'un appareillage acoustique était antérieure à son arrivée en Suisse.

d. Le 14 octobre 2016, l'OAI a reçu une demande de prestations de l'assuré, faisant état d'une incapacité de travail de 80% depuis le 14 janvier 2016 en raison de problèmes d'épaule et de genou du côté droit, suite à un accident survenu au mois de janvier 2016.

e. Dans un formulaire du 11 octobre 2016, une assistante sociale de l'Hospice général a indiqué à l'OAI que l'intéressé, suivi par l'Hospice général depuis le 1^{er} juillet 2016, était en recherche d'emploi et sollicitait une réadaptation professionnelle.

f. Par rapport du 21 octobre 2016, la docteure B _____, médecin au service de médecine de premier recours des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a diagnostiqué, à titre d'atteintes ayant des répercussions sur la capacité de travail, des gonalgies droites récidivantes avec des lâchages et des chutes depuis 2012, et des troubles du sommeil depuis 2014. Elle a également relevé, à titre de diagnostics sans effet sur ladite capacité, une hypertension artérielle de stade 1 depuis octobre 2016, une hypercholestérolémie depuis 2014 et un tabagisme. L'intéressé était limité en hyper-flexion du genou droit et pour le port de charge de plus de 5 kg, et le travail de nuit devait être évité compte tenu de ses problèmes de sommeil. Une reprise du travail pouvait être attendue à 50% au mois de décembre 2016, avec une augmentation possible selon l'évolution des symptômes et la récurrence d'entorse.

Elle a joint un rapport de consultation du 21 mars 2016 du département de chirurgie des HUG, relatant des douleurs et des chutes à répétition. L'examen clinique ne révélait pas d'instabilité ni de blocage, et l'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) n'avait pas mis en évidence de lésion structurelle, sauf une dégénération (lésion de grade II) très subtile du ménisque interne et externe de la corne postérieure interne et externe. D'un point de vue orthopédique,

il n'était pas retenu de pathologie compréhensible. Aucune autre consultation n'était prévue.

g. Par avis du 6 décembre 2016, le service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR) a retenu le diagnostic de gonalgie droite, entraînant une incapacité totale de travail dans le nettoyage depuis le mois de janvier 2016. L'assuré ne devait pas effectuer d'hyper-flexion du genou droit, porter des charges de plus de 5 kg, adopter des positions accroupies et à genou, exercer des activités principalement en marchant, et il devait éviter de monter sur des échelles ou des échafaudages, et les rotations en position assise et debout. Dans une telle activité adaptée, sa capacité de travail était entière depuis le mois de janvier 2016.

h. Par décision du 6 février 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'intéressé, retenant que ce dernier présentait une incapacité totale de travail dans son activité habituelle depuis le mois de janvier 2016, mais qu'il était apte à exercer à 100% un métier respectant ses limitations fonctionnelles depuis cette même date. Après comparaison des revenus, la perte de gain s'élevait à 10%, ce qui ne lui ouvrait pas le droit à une rente.

i. Il ressort de l'extrait de compte individuel de l'assuré que ce dernier a cotisé en tant que personne sans activité lucrative en 2017, 2019 et 2021, et qu'il a occupé divers emplois à temps partiel entre 2017 et 2022.

B. a. Le 18 août 2023, l'assuré a signé une troisième demande de prestations, indiquant être en incapacité totale de travail depuis le 1^{er} janvier 2023. Il ne pouvait pas utiliser sa main gauche et souffrait de problèmes de genoux et de douleurs dans la nuque. Il était suivi par le docteur C_____, médecin au Centre médico-chirurgical D_____, en raison de ses arthralgies.

b. Dans le cadre de l'instruction de cette nouvelle demande, l'OAI a notamment reçu :

- un rapport d'IRM de la main gauche du 10 février 2023 faisant état de remaniements dégénératifs des os et du carpe, et principalement de l'articulation interphalangienne du premier rayon, d'une rhizarthrose, d'une anomalie de signal touchant le ligament collatéral ulnaire de l'articulation interphalangienne du premier rayon présentant un aspect hétérogène suspect pour une séquelle d'une ancienne lésion, et des anomalies de signal métallique au versant ulnaire des parties molles à la diaphyse distale du premier métacarpien ;
- un rapport du 3 août 2023 suite à un scanner des genoux ayant conclu à un épanchement articulaire bilatéral compatible avec une chondropathie ;
- un rapport du 8 août 2023 suite à une échographie des genoux ayant mis en évidence un épanchement articulaire évoquant une chondropathie bilatérale ;
- un rapport du 13 septembre 2023 concernant une tomодensitométrie axiale computerisée du poignet gauche et des genoux retenant des signes d'arthrose

métacarpo-phalangienne du premier, la présence d'un épanchement intra-articulaire du genou droit avec des signes de gonarthrose et une ossification adjacente à la tubérosité tibiale antérieure, une lame de liquide intra-articulaire du genou gauche avec un discret pincement fémoro-patellaire externe ;

- un rapport du 21 septembre 2023 relatif à un scanner lombosacré ayant conclu à une protrusion discale L4-L5 et moins accusée en L5-S1, sans conflit radiculaire, et à des lésions dégénératives des articulations sacro-iliaques, ainsi qu'à une athéromatose aortique ;
- un rapport du 26 septembre 2023 suite à un CT du coude gauche ayant montré une calcification de l'insertion du tendon du triceps ;
- un rapport du 5 octobre 2023 relatif à un scanner de la hanche gauche faisant état d'une tuméfaction des parties molles surtout à l'insertion du moyen fessier évoquant un statut post-contusionnel avec un œdème des plans graisseux sous-cutanés ;
- un rapport du 27 octobre 2023 de la docteure E_____ médecin cheffe de clinique au service de psychiatrie adulte des HUG, consultée en raison d'un trouble du sommeil chronique ; la médecin a retenu un trouble anxieux sans précision à titre de diagnostic principal, un usage et une dépendance chronique d'alcool depuis 2015 à titre de comorbidités psychiatriques, et un syndrome de stress post-traumatique à titre d'antécédents personnels pertinents ; l'intéressé, analphabète, était un ancien enfant soldat, avec un vécu traumatique majeur, étant précisé qu'il avait été dissident, puis secondairement exposé au champs de guerre ; il avait été suivi au CAPPI entre les mois de février et mars 2020 ; il présentait des reviviscences traumatiques depuis quelques mois avec une difficulté à l'expérience de toute émotion positive, une hypervigilance post traumatique, des *flashbacks* récurrents, des efforts d'évitement de résurgences des souvenirs traumatiques quotidiennement, une projection négative dans l'avenir avec une conviction de survenue possible d'une catastrophe imminente, incluant un bombardement ; il présentait une irritabilité avérée, des problèmes de concentration et un probable trouble de la consommation d'alcool de type « *binge drinking* » ; il avait été victime d'un accident sur son lieu de travail en janvier 2023, qui avait nécessité une prise en charge chirurgicale de la main gauche et du genou droit, qui avait justifié trois mois d'arrêt de travail ; il aurait repris son emploi en avril 2023 contre l'avis de son médecin ; il était à nouveau en incapacité de travail depuis le mois de juin 2023 et son médecin parlerait d'une reconversion professionnelle, ce à quoi le patient disait ne pas être prêt ; le patient n'avait pas de plainte mnésique, serait abstiné à l'alcool depuis neuf mois, la thymie était décrite comme neutre, il existait une irritabilité depuis son trauma crânien en juin 2019, une insomnie chronique d'endormissement et de continuité avec moins de cinq heures par nuit depuis plusieurs années, des cauchemars ; il n'y avait pas d'aboulie,

d'anhédonie ou d'asthénie, ni d'idées suicidaires ; le discours était cohérent et informatif, sans trouble du contenu ou du cours de la pensée ; le patient souhaitait reprendre le traitement de Trittico qu'il avait réussi à se procurer au cours des trois derniers mois ; stable psychiquement, il avait accepté un adressage au centre torture et guerre, mais ne souhaitait pas entreprendre un travail psychothérapeutique ;

- un rapport du 8 février 2024 du Dr C_____ signalant des troubles psychiatriques et des séquelles traumatiques ayant des répercussions durables sur la capacité de travail de l'intéressé, depuis le début de l'année 2020 ; l'état de santé du patient s'était aggravé à la suite de ses deux derniers accidents en raison de douleurs multiples et articulaires, et le pronostic était réservé.

c. Dans un avis du 26 février 2024, le docteur F_____, médecin auprès du SMR, a constaté que dans les suites de deux accidents survenus en 2023, l'assuré avait eu des bilans radiologiques extensifs, dont aucun n'avait pu mettre en évidence de lésion pouvant être retenue comme incapacitante. Il a également relevé des antécédents de stress post-traumatique, avec actuellement un trouble anxieux sous Trittico. En l'absence de symptôme dépressif constitué, la Dre E_____ n'avait pas officialisé un retour dans les soins et l'assuré ne souhaitait pas reprendre un travail psychothérapeutique. Le SMR considérait que les pièces apportées ne permettaient pas de retenir un diagnostic incapacitant. Cependant, le médecin traitant n'ayant apporté aucun détail sur les lésions post-traumatiques hormis des rapports radiologiques, un questionnaire était envoyé à celui-ci.

d. Par courrier du 26 février 2024, l'OAI a sollicité des informations complémentaires auprès du Dr C_____.

e. En l'absence de réponse, il lui a adressé un premier rappel le 5 avril 2024, puis un second le 2 mai 2024.

f. Par courrier du 2 mai 2024, l'OAI a demandé à l'assuré d'intervenir auprès de son médecin traitant pour qu'il lui retourne le rapport médical rempli.

g. Le 30 mai 2024, un collaborateur de l'OAI s'est entretenu avec le secrétariat du Dr C_____, qui lui a confirmé que ses demandes de renseignements lui étaient bien parvenues.

h. Par courriel du même jour, l'OAI a prié le Dr C_____ de donner suite à sa requête de rapport complémentaire, relevant avoir besoin de ces informations pour aller de l'avant dans l'instruction du dossier du patient.

i. Dans une note interne du 11 juillet 2024, l'OAI a constaté que, malgré ses différents rappels, appels et emails échangés avec le cabinet du Dr C_____, ce dernier n'avait pas donné suite à sa demande de rapport.

j. Par avis du 29 juillet 2024, le Dr F_____ a considéré, sur la base des pièces apportées au dossier, qu'il ne pouvait retenir aucun diagnostic incapacitant chez l'assuré.

C. a. Le 30 juillet 2024, l'OAI a informé l'intéressé qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations.

b. Le 16 septembre 2024, l'assuré a contesté le projet de décision de l'OAI, soutenant que suite à son accident, son état de santé ne lui permettait pas de reprendre une quelconque activité professionnelle.

Il a notamment annexé :

- un certificat du Dr C_____ attestant d'une incapacité totale de travail du 16 septembre au 15 octobre 2024 ;
- un certificat du 17 septembre 2024 dans lequel le Dr C_____ a indiqué que l'état de santé de son patient s'était aggravé depuis la « décision » du 31 juillet 2024 ;
- un rapport de l'unité de cardiologie interventionnelle et coronaire des Hôpitaux de Paris, non daté mais imprimé le 14 août 2024, faisant état d'un syndrome coronarien aigu ST+ (pour « élévation du segment ST ») inférieur revascularisé au ballon sur le RVG (pour « artère retroventriculaire gauche ») dans un premier temps, un contrôle coronarographique à 48 heures ayant montré une sténose serrée de la coronaire droite traitée par angioplastie avec mise en place d'un *stent*, de lésions de l'IVA (pour « artère interventriculaire antérieure ») et de la circonflexe hémodynamiquement non significatives, de FEVG (pour « fraction d'éjection du ventricule gauche ») à 60% avec akinésie inféro basale ; la nécessité d'un suivi cardiologique à Genève était indiquée ;
- une prescription de médicaments du 14 août 2024.

c. Dans un avis du 1^{er} octobre 2024, le Dr F_____ a conclu, après avoir pris connaissance du rapport de l'unité de cardiologie interventionnelle précité, que le SMR ne pouvait retenir cette nouvelle atteinte cardiaque comme une modification notable et durable de l'état de santé de l'assuré, dès lors que la pathologie coronarienne était désormais traitée et il n'y avait pas eu d'impact significatif du syndrome coronarien sur la fonction cardiaque. L'assuré était sous antiagrégation plaquettaire seule. Dès lors, son avis du 29 juillet 2024 demeurait inchangé.

d. Par décision du 2 octobre 2024, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré, au motif qu'il ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante.

D. a. Par acte du 4 novembre 2024, l'assuré a interjeté recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, concluant à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente fondée sur un degré d'invalidité de 100%, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire.

b. Dans son complément au recours du 25 novembre 2024, l'intéressé a conclu au renvoi de la cause à l'intimé, dès lors que sa demande n'avait pas été instruite, et à l'octroi d'une rente entière. Il a reproché à l'intimé de ne pas avoir instruit les

conséquences du grave accident cardiaque dont il avait été victime au mois d'août 2024.

Il a produit :

- un rapport du 13 novembre 2024 du Dr C_____ attestant d'une aggravation de l'état de santé de son patient à partir du mois d'août 2024, en raison d'un symptôme coronaire aigu ayant nécessité une intervention d'urgence par la pose d'un *stent* ; depuis cette date, celui-ci était en traitement et sous surveillance continue ; au vu de l'aggravation de son état de santé, principalement cardiaque, l'opposition était justifiée ;
- un rapport du 14 novembre 2024 du docteur G_____, médecin au Centre médico-chirurgical de D_____, indiquant qu'il suivait l'intéressé depuis le mois de novembre 2022 ; le patient avait été opéré pour des luxations inter-métacarpo-phalangiennes du pouce gauche deux ans auparavant ; actuellement, il présentait une rupture de cette ligamentoplastie réalisée il y a quatre ans, avec une arthrose métacarpo-phalangienne du pouce gauche et des lésions dégénératives, et une instabilité complète du bord ulnaire de cette articulation ; par ailleurs, il présentait une tendinite de l'insertion de l'épicondyle des extenseurs du bras droit et des calcifications dans les tendons ; un traitement par infiltrations avait été prescrit et une opération serait prochainement nécessaire vu l'instabilité de la main et du pouce.

c. Dans sa réponse du 6 janvier 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours. L'accident évoqué par le recourant avait été pris en compte dans l'évaluation du SMR, lequel avait retenu qu'il ne s'agissait pas d'une atteinte incapacitante durable et que le trouble provoquait une incapacité passagère suite au traitement réalisé. S'agissant de l'atteinte du pouce, le rapport du Dr G_____ contenait des contradictions et ne mentionnait pas d'éléments permettant de se déterminer avec clarté sur une éventuelle péjoration.

L'intimé a joint un rapport du 9 décembre 2024 du Dr F_____, lequel a rappelé que l'évènement coronarien avait été pris en considération et évalué par le SMR. L'atteinte cardiaque ne pouvait être considérée comme notable et durable, car il s'agissait d'une atteinte d'une seule artère coronaire, qui avait pu être traitée à temps, avec une fonction cardiaque préservée n'ayant pas de conséquence sur la capacité de travail. Le suivi cardiologique en ambulatoire faisait partie de la routine après une intervention coronarienne et n'avait pas de conséquences non plus sur ladite capacité. Le Dr C_____ n'avait apporté aucune nouvelle pièce médicale, en particulier aucun document attestant d'une évolution défavorable après l'intervention de l'été 2024. S'agissant du rapport du Dr G_____, le SMR a remarqué qu'aucun document établissait une incapacité de travail suite à l'intervention survenue quatre ans auparavant en lien avec la ligamentoplastie pour des luxations inter-métacarpo-phalangiennes du pouce gauche. L'IRM de la main gauche du 10 février 2023 avait déjà été prise en considération par le SMR, étant

relevé que cet examen avait mis en évidence une atteinte dégénérative discrète. S'agissant du CT du coude gauche du 26 septembre 2023, il en avait également été tenu compte, étant précisé qu'il s'agissait d'une atteinte du coude gauche, et non du coude droit comme avancé par le Dr G_____. En outre, la calcification concernait le triceps et non les muscles de l'épicondyle. Les nouvelles pièces apportées au dossier ne permettaient pas au SMR de se déterminer sur la date de début et la sévérité de l'atteinte annoncée au niveau du pouce gauche.

d. Par écriture du 28 janvier 2025, le recourant a maintenu ses conclusions, relevant qu'aucun questionnaire n'avait été adressé à son cardiologue, qu'il s'agisse de son cardiologue traitant ou du cardiologue l'ayant opéré. Il était donc manifeste que l'intimé n'avait pas instruit correctement sa demande.

Il a annexé un certificat du Dr G_____ du 13 janvier 2025, aux termes duquel le pouce gauche du patient était instable et justifiait une incapacité de travail. Il a également transmis un courriel du 4 février 2025 de la Clinique de Genolier indiquant qu'une coronarographie était nécessaire.

e. Le 27 février 2025, l'intimé a relevé que le rapport très sommaire du Dr G_____ ne lui permettait pas de modifier sa précédente appréciation.

f. Le 5 mars 2025, la chambre de céans a reçu de nouvelles pièces de la part du recourant, dont :

- un rapport du 17 février 2025 de la Clinique Genolier, relevant que l'échocardiographie du patient était normale, que son ECG était sans signe d'ischémie ; le patient se plaignait d'une douleur rétrosternale, reproductible à la palpation, qui n'était pas d'origine cardiologique ; une coronarographie était prévue pour le 20 février 2025 ;
- le rapport d'échocardiographie du 17 février 2025 ;
- le rapport de la coronarographie et angioplastie du 20 février 2025 ;
- les résultats d'une angiographie et d'une angioplastie coronaire.

g. En date du 20 mars 2025, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

Il a joint un rapport du Dr F_____ du 13 mars 2025, soulignant que le recourant n'avait pas présenté de douleur cardiaque et que sa fonction cardiaque était normale. Dans le contexte d'antécédent connu de *stent* de l'artère coronaire droite en août 2024, une coronarographie avait été faite le 20 février 2025. Celle-ci avait montré l'absence de lésion significative sur les trois troncs principaux. Seule une sténose d'une artère mineure avait été dilatée. Une vérification par PET de lésions intermédiaires sur les deux troncs coronariens était prévue dans un délai de deux à trois mois, ce délai soulignant l'aspect non inquiétant de ces lésions. Ainsi, en l'absence d'angine de poitrine typique, avec un examen de la fonction cardiaque normale et un examen des artères coronaires qui ne montrait pas d'atteinte significative sur les trois troncs coronariens principaux

mais seulement une lésion significative sur une branche mineure sans impact sur la fonction cardiaque qui était dilatée, ces nouvelles pièces ne permettaient pas, en l'état actuel, de retenir une atteinte incapacitante sur le plan cardiaque.

h. Le 16 mai 2025, le recourant a produit un rapport de radiographie du pouce gauche et du pied droit du 25 janvier 2024, un arrêt de travail du 7 mai 2025 signé par le docteur H_____, médecin interne au service de médecine de premier recours des HUG, et un courrier de ce médecin du 7 mai 2025 adressant l'intéressé au service de podologie en raison d'une verrue plantaire depuis plusieurs mois.

i. Copie de ces pièces ont été transmises à l'intimé le 16 mai 2025.

j. Le 17 juin 2025, la chambre de céans a procédé à l'audition des parties.

À cette occasion, le recourant, lequel s'est présenté avec une attelle au poignet gauche, a déclaré être dans l'incapacité de travailler en raison de ses problèmes cardiaques, mais également de ses atteintes aux niveaux de la main gauche, de la jambe droite et du bras droit. Il était soutenu par l'aide sociale. En janvier 2023, alors qu'il cumulait deux emplois, l'un dans un restaurant à 50% et l'autre dans un magasin à 50%, il avait fait une chute à cause de son genou qui avait lâché. Il a expliqué qu'il était obligé d'effectuer des travaux lourds, malgré les contre-indications de son médecin, faute d'éducation. Il s'était cassé le pouce gauche, c'était la lésion la plus grave, et le bras droit, et avait eu des lésions cutanées à la jambe droite. Il avait été opéré du pouce gauche et avait porté un plâtre durant quatre semaines au bras droit. Ce sinistre avait été pris en charge par l'assureur-accident du magasin, soit la Bâloise, étant précisé que l'assureur-accident du restaurant était SWICA.

Interrogé sur le nombre d'accidents subis, étant relevé que le Dr C_____ avait mentionné deux événements dans son rapport du 8 février 2024, il a répondu ne pas se souvenir, car depuis qu'il était tombé sur la partie arrière de sa tête en 2024, il avait des problèmes de mémoire et de sommeil.

Il avait été opéré par le Dr G_____, mais était désormais suivi par les HUG. Le Dr C_____ était son ancien médecin de famille.

Le représentant de l'intimé a déclaré que l'OAI n'avait pas demandé les dossiers accidents et que le SMR, qui n'avait pas examiné le recourant, s'était prononcé sur la base des pièces, à savoir les rapports radiologiques.

Lors de l'audience, le recourant a produit un certificat d'incapacité de travail de SWICA se référant à un accident du 4 janvier 2023, un courrier de la Bâloise du 20 février 2023 se référant à un événement du 4 janvier 2023, une convocation aux HUG prévue le 18 juillet 2025 pour une consultation avec la Dre I_____, un rapport de l'Hôpital J_____, département de cardiologie suite à l'événement du 11 août 2024 et divers documents émis par la clinique GENOLIER.

Le représentant de l'intimé a déclaré qu'il découvrait ce jour qu'il existait un dossier accident et qu'il soumettrait le cas au SMR pour détermination. En l'état, il persistait dans les termes de sa réponse du 6 janvier 2025.

Sur question, le recourant a dit ne pas se rappeler quand il avait consulté pour la première fois un spécialiste en cardiologie en Suisse. Il avait été hospitalisé à Paris durant sept jours. À son retour, il s'était rendu à deux reprises, s'il se souvenait bien, aux urgences des HUG, en raison de ses troubles cardiaques. Il a ajouté avoir subi une intervention à Genève pour ce problème.

Le représentant de l'intimé a relevé que le jugement du Tribunal de première instance du 22 juin 2023 (JTPI/7382/2023) mentionnait un compte-rendu opératoire du 22 juillet 2021, et non pas un événement qui serait survenu en janvier 2023.

Le recourant a alors mentionné qu'il avait été opéré du pouce gauche deux fois et qu'il n'avait pas souhaité se soumettre à la troisième intervention qui lui avait été proposée par le Dr G_____, et avait sollicité un second avis aux HUG où il lui avait été indiqué que cela ne servait à rien d'opérer pour l'instant.

k. Par courrier du 27 juin 2025, l'intimé a transmis à la chambre de céans diverses pièces reçues de l'assureur-accidents et indiqué que le SMR proposait de reprendre l'instruction du dossier, en l'absence de rapports médicaux relatifs à l'opération subie par le recourant en 2021.

Il a annexé le dossier de la Bâloise relatif à l'événement du 4 janvier 2023, lequel comprend notamment :

- une déclaration d'accident envoyée à SWICA mentionnant une contusion du doigt gauche suite à une chute ayant entraîné une blessure à la main et une lésion ouverte du pouce ;
- un courriel de SWICA indiquant au recourant que c'était à la Bâloise de prendre en charge l'accident du 4 janvier 2023 ;
- une déclaration d'accident adressée à la Bâloise faisant état, suite à une chute le 4 janvier 2023, d'une fracture de l'avant-bras gauche, d'une torsion/foulure du genou gauche et d'un saignement du nez ;
- un certificat médical du 3 mars 2023 du docteur K_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, retenant le diagnostic de contusion de la main gauche, opérée le 22 juillet 2021, et attestant d'une incapacité de travail à 80% du 1^{er} janvier au 1^{er} mars 2023 et de la prescription d'un traitement de physiothérapie ;
- un rapport du 10 février 2023 suite à une IRM de la main gauche ;
- une décision de la Bâloise du 31 mars 2023 concernant l'événement du 4 janvier 2023, faisant également référence à un sinistre antérieur survenu le 9 novembre 2020 et à une opération de la main gauche le 22 juillet 2021.

Il a également remis un avis du 26 juin 2025 du Dr F_____, invité à se déterminer sur le certificat du Dr K_____ et le rapport d'IRM précités. Le SMR a relevé que ce dernier document avait été analysé dans son précédent avis du 29 juin 2024, mais qu'une chirurgie du pouce en 2021 n'avait pas été signalée par le médecin traitant qui n'avait pas non plus mentionné d'atteinte à ce niveau, que ce soit dans son anamnèse ou son status, et que le rapport opératoire faisait défaut. Il proposait ainsi de poursuivre l'instruction concernant cette atteinte du pouce afin de préciser l'évolution depuis l'intervention du 22 juillet 2021.

l. Le 3 juillet 2025, le recourant a produit un rapport de consultation des HUG du 14 mai 2025, une prescription de physiothérapie du 3 juillet 2025 du Dr H_____, ainsi qu'un certificat d'arrêt de travail de ce médecin du 3 juillet au 17 août 2025.

m. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1.

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

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

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

1.3 Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, 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 (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 (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 février 2024, soit six mois après le dépôt de la demande du 18 août 2023 (art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

3. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision du 2 octobre 2024, par laquelle l'intimé a nié le droit aux prestations du recourant, au motif qu'il ne présentait pas d'atteinte à la santé incapacitante.
4. Conformément à l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée.

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

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

L'art. 4 al. 1 LAI précise que l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

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).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement

exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

5. Selon l'art. 87 RAI, Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies.

Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations, elle doit examiner la cause au plan matériel – soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques – et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). Si elle constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (ATF 133 V 108) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la demande de révision. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a ; 109 V 114 consid. 2a et b).

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. 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 (ATF 134 V 131 consid. 3 ; 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 112 V 371 consid. 2b ; 112 V 387 consid. 1b).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision 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 qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du

degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 343 consid. 3.5.2).

L'incapacité de gain peut s'aggraver par la survenance d'une nouvelle maladie ou par la détérioration de l'atteinte préexistante ainsi que par un changement de statut de l'assuré (ch. 4007 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI]), dans sa teneur en vigueur au cours de la période litigieuse).

6. 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).

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).

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.

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n. U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au

second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

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).

S'agissant de la valeur probante des rapports du SMR selon l'art. 49 al. 2 RAI, le Tribunal fédéral considère qu'elle est comparable à celle des expertises médicales externes, lorsque ces rapports satisfont aux exigences développées par la jurisprudence en matière d'expertise médicale. Toutefois, les offices AI devraient toujours ordonner des expertises externes lorsque le caractère interdisciplinaire d'une situation médicale problématique l'exige, lorsque le SMR ne dispose pas des ressources professionnelles nécessaires pour pouvoir répondre à une question qui se pose ou lorsqu'il existe une divergence entre le rapport du SMR et la teneur générale du dossier médical, divergence qui ne reposerait pas sur des prémisses différentes dues à la conception bio-psycho-sociale de la maladie, répandue en médecine et qui est plus large que la notion d'atteinte à la santé en droit des assurances sociales (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_697/2023 du 17 septembre 2024 consid. 3.3.2 et la référence).

Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 et 4.7 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_697/2023 du 17 septembre 2024 consid. 3.3.2 et la référence).

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).

7. 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).

De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ;

RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

8. En l'espèce, dans sa dernière écriture du 27 juin 2025, l'intimé s'est référé à l'avis du SMR et a proposé de reprendre l'instruction du dossier en l'absence de rapports médicaux relatifs à l'opération subie par le recourant en 2021. Ce faisant, il conclut donc à l'admission partielle du recours.

La chambre de céans relèvera cependant que la poursuite des investigations devra porter sur l'ensemble des troubles présentés par le recourant et l'évolution de son état de santé jusqu'au prononcé de la nouvelle décision, et non pas se limiter aux seules lésions du pouce gauche, comme suggéré par le SMR dans son avis 26 juin 2025.

8.1 En effet, les conclusions du Dr F_____ quant à l'absence de toute autre atteinte susceptible d'entraîner des répercussions durables sur la capacité de travail ne sauraient en l'état être suivies, faute de reposer sur des documents médicaux circonstanciés.

Il est rappelé à cet égard que les rapports radiologiques ne renseignent pas sur les plaintes du recourant, sur les restrictions en lien avec les lésions mises en évidence et sur leur éventuelle influence sur la capacité de travail.

Il en va de même du rapport de l'unité de cardiologie interventionnelle et coronaire des Hôpitaux de Paris, lequel concerne exclusivement l'opération réalisée au mois d'août 2024, ainsi que des divers documents émanant de la Clinique Genolier, qui ne contiennent pas d'informations sur les contre-indications pouvant découler des troubles cardiologiques et leur impact potentiel sur l'exercice d'une activité professionnelle.

S'agissant des attestations des médecins traitants, elles sont manifestement lacunaires. À titre d'exemples, le rapport du 14 novembre 2024 du Dr G_____ ne consigne pas tous les diagnostics posés par le corps médical, puisque les troubles cardiaques ne sont pas du tout mentionnés. L'anamnèse est plus qu'imprécise, dès lors qu'elle ne permet même pas de connaître les dates des interventions chirurgicales. Ce document ne contient en outre aucune description d'un examen clinique, ni des symptômes présentés par le patient. Il ne mentionne pas non plus les limitations fonctionnelles et ne prend pas position sur la capacité

de travail. Quant au Dr C_____, il a uniquement indiqué, dans son rapport du 13 novembre 2024, que l'état de santé du patient s'était aggravé à partir du mois d'août 2024 en raison d'un symptôme coronaire aigu ayant nécessité la pose d'un *stent*, ajoutant que l'intéressé était en traitement et sous surveillance continue depuis lors. Ce médecin n'a donc pas non plus rapporté de diagnostics clairs et précis, de plaintes, de constats objectifs. Il ne s'est pas davantage déterminé sur les limitations fonctionnelles. En outre, de nombreuses pathologies ont été mises en évidence par des examens radiologiques, sans qu'aucun de ces médecins traitants ne les évalue. Il en va ainsi de la chondropathie bilatérale des genoux, des signes de gonarthrose et d'ossification adjacente à la tubérosité tibiale antérieure du genou droit, du pincement fémoro-patellaire externe du genou gauche, des troubles au niveau du pied droit ayant justifié des radiographies en octobre 2024, de la protrusion discale L4-L5 et L5-S1, et des lésions dégénératives des articulations sacro-iliaques.

8.2 La chambre de céans soulignera en outre que l'intimé avait admis, dans sa décision du 6 février 2017 entrée en force, que le recourant n'était plus en mesure d'exercer son activité habituelle dans le nettoyage, sur la base de l'appréciation du SMR, lequel avait retenu des restrictions en lien avec les hyper-flexions du genou droit, le port de charges de plus de 5 kg, les positions accroupies et à genoux, les activités principalement en marchant, les montées sur des échelles ou des échafaudages, ainsi que les rotations en position assise et debout en raison des gonalgies incapacitantes (*cf.* avis du 6 décembre 2016). Après comparaison des revenus avec et sans invalidité, l'intimé avait conclu à un degré d'invalidité de 10%, insuffisant pour donner droit à une rente.

La nouvelle appréciation de l'intimé, qui ne retient plus aucun trouble incapacitant au genou droit, alors que de nouvelles atteintes ont été décelées aux deux genoux, est incompréhensible en l'absence de toute motivation. À toutes fins utiles, il sera relevé à cet égard que le recourant a expliqué, lors de sa comparution personnelle, qu'il n'avait eu d'autre choix que de continuer à exercer des professions non adaptées à son état de santé et que sa chute de janvier 2023 était survenue après un lâchage de son genou.

- 9.** Il convient donc d'admettre partiellement le recours et de renvoyer le dossier à l'intimé pour qu'il procède à une instruction médicale approfondie, en sollicitant des rapports médicaux complets et détaillés auprès de tous les spécialistes qui suivent le recourant, cas échéant en mettant en œuvre une expertise administrative afin d'évaluer la situation médicale dans sa globalité, puis rende une nouvelle décision.

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé 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. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 2 octobre 2024.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens de considérants.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Melina CHODYNIECKI

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