

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3858/2024

ATAS/294/2025

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 avril 2025

Chambre 4

En la cause

A _____

recourant

représenté par Me Thierry STICHER, avocat

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente; Antonio Massimo DI TULLIO et
Larissa RONBINSON-MOSER, juges assesseurs.**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1971, droitier, travaillait en qualité d'étancheur à plein temps auprès d'une entreprise de construction depuis le 6 janvier 1997.
- b.** Le 19 juillet 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), en raison d'une atteinte au poignet gauche causée par un accident, survenu le 13 avril 2016.
- c.** Son assureur-accidents a pris en charge le cas.
- B.** **a.** Dans un rapport du 2 juin 2016, le service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) a posé les diagnostics, au niveau du poignet gauche, de fracture de l'extrémité distale du radius (EDR) type C3 et de luxation radio-ulnaire distale avec arrachement du TFCC et de la styloïde ulnaire. Le 14 avril 2016, l'assuré avait bénéficié d'une ostéosynthèse de l'EDR gauche et d'une réinsertion du TFCC gauche.
- b.** Le 9 janvier 2017, l'ablation du matériel d'ostéosynthèse du poignet gauche et une réinsertion des fibres fovéolaires du TFCC ont été pratiquées (rapport des HUG du 11 janvier 2017).
- c.** Après avoir recueilli les rapports médicaux, par décision du 18 octobre 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Une incapacité de travail de 100% était reconnue dans toute activité du 13 avril au 28 août 2016. L'assuré avait pu ensuite reprendre son activité habituelle à 100% dès le 29 août 2016. Il avait à nouveau présenté une incapacité de travail totale à compter du 9 janvier 2017, et repris son activité habituelle à plein temps dès le 22 mai 2017. Ces deux périodes d'incapacité de travail avaient duré moins d'une année, de sorte que les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité n'étaient pas remplies. Des mesures d'ordre professionnel ne se justifiaient pas, étant donné que l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans son activité habituelle.
- d.** L'assuré n'a pas contesté cette décision.
- C.** **a.** Dans un rapport du 24 octobre 2018, la docteure B_____, spécialiste FMH en endocrinologie/diabétologie et en médecine interne générale, médecin traitante de l'assuré, a fait état d'une colite ulcéreuse et mentionné que, sur le plan rhumatologique, son patient était suivi depuis une année auprès du docteur C_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, pour une cervico-brachialgie droite chronique. L'imagerie mettait en évidence une discopathie dégénérative de C3 à C6 sans clair conflit disco-radriculaire. L'examen neurologique était dans les limites de la norme.

b. Par courrier du 2 novembre 2018, reçu par l'OAI le 6 novembre suivant, l'assuré a sollicité une réadaptation professionnelle, en alléguant que ses problèmes de santé compromettaient la poursuite de son activité professionnelle.

c. À la demande de l'OAI, l'assuré a rempli le formulaire de prestations AI pour adultes, réceptionné le 5 décembre 2018, dans lequel il faisait valoir une atteinte au poignet gauche depuis le 13 avril 2016.

d. Par communications des 22 mars et 7 juin 2019, l'OAI a pris en charge les frais d'orientation professionnelle auprès de l'Organisation romande d'intégration et de formation (Orif) de Vernier, du 25 mars au 14 juillet 2019.

e. Dans un rapport d'intégration socioprofessionnelle du 16 août 2019, le directeur adjoint de l'Orif de Vernier a indiqué que l'objectif de la mesure était de définir une à trois pistes professionnelles compatibles à l'état de santé et aux compétences de l'assuré. Lors du module « montage mécanique », celui-ci s'était plaint de douleurs à la manipulation des petites pièces et des mouvements de serrage, en précisant ressentir d'importantes douleurs au coude droit lors de manipulations répétitives. Durant le module « informatique », un manque de patience et de concentration avait été observé dans l'après-midi, que l'assuré associait à l'intensité des douleurs ressenties, notamment au niveau des intestins. À l'issue de la mesure, la piste professionnelle de technicien métreur-dessinateur BIM avait été validée. La situation médicale de l'assuré n'étant pas encore éclaircie, l'entrée en formation serait reportée le temps que les professionnels de la santé se positionnent.

f. Dans un rapport du 28 octobre 2019, le docteur C_____, spécialiste FMH en gastroentérologie et en médecine interne générale, a posé le diagnostic de rectocolite ulcéro-hémorragique. L'évolution avait été favorable depuis mars 2004 sous traitement de Mésalazine, avec une première récurrence en 2006. Un traitement immunosuppresseur (Azathioprine) n'avait pas été souhaité par l'assuré, qui travaillant comme étancheur, était exposé au soleil. Ce traitement était connu pour augmenter le risque de carcinome cutané. La situation était restée relativement stable sous Mésalazine, et la dernière poussée remontait à août 2019. L'assuré avait pu conserver son activité professionnelle, malgré une gêne évidente, et n'avait eu recours qu'exceptionnellement à des arrêts de travail. Compte tenu de la récurrence des symptômes, l'assuré devait pouvoir avoir un accès facile aux toilettes. Le travail d'étancheur, nécessitant de nombreuses heures de présence sur un toit, n'était plus possible. L'assuré devait également éviter l'exposition au soleil en cas de traitement d'Azathioprine. Dans une activité adaptée, le taux de travail de 100% était envisageable, pour autant que l'assuré ne présente pas de « poussée inflammatoire », lors de laquelle sa capacité de travail pouvait tomber à 0%.

g. Dans un rapport du 18 février 2019, le service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG a posé le diagnostic de panarthrose du poignet gauche. Le 14 février 2019, l'assuré avait bénéficié d'une résection

d'ostéophyte radio-ulnaire distal sur le cubitus gauche, d'une arthroscopie diagnostique de l'articulation radio-carpienne et d'une styloïdectomie radiale.

h. Dans un rapport du 3 mars 2020, le service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG a retenu les diagnostics d'arthrose radio-carpienne et radio-ulnaire distale du poignet gauche, et de syndrome de Wartenberg (nerf radial au poignet gauche). Le 11 février 2020, avaient été réalisées une arthrodèse radio-scapho-lunaire, une prothèse de tête cubitale Herbert avec stabilisation capsulaire, et une neurolyse du nerf radial au voisinage du poignet jusqu'à sa sortie au tiers moyen.

i. Dans un rapport du 18 janvier 2021, le service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG a diagnostiqué une arthrose radio-ulnaire distale avec *status* post pose de prothèse de tête cubitale avec descellement, des douleurs au trajet du FCR le long du crochet du trapèze, une dysesthésie du nerf radial avec signes d'irritation à l'arcade de Frohse, et un syndrome du tunnel carpien clinique et électroneuromyographique. Le 26 novembre 2020, l'assuré avait bénéficié d'une ablation de prothèse de tête cubitale et stabilisation de Darrach, d'un débridement du FCR et résection du tubercule du trapèze, d'une neurolyse du nerf radial à l'arcade de Frohse, et d'une libération du nerf médian au canal carpien.

j. Dans un rapport du 15 septembre 2022, le service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG a posé le diagnostic d'arthrose pancarpienne. Le 13 septembre 2022, une arthrodèse pancarpienne avait été effectuée.

k. Dans un rapport du 23 juin 2023, le Dr C_____ a indiqué que l'assuré présentait toujours des lombo-radiculalgies bilatérales L5-S1 chroniques, variables et fluctuantes avec épisodes de blocage lombaire, des cervicalgies chroniques avec occasionnelle composante d'irritation du nerf d'Arnold, une instabilité symptomatique fluctuante du nerf ulnaire droit au coude, sans déficit neurologique franc, et récemment, un syndrome fémoro-patellaire du genou gauche dans un contexte de surcharge de la facette médiale rotulienne sur raideur des chaînes postérieures et manque de contrôle rotulien dynamique. Il persistait des limitations importantes liées à la force de préhension, au port de charges et à la dextérité fine de la main et du poignet gauche, une limitation liée à la posture statique debout ou assise concernant le dos aussi bien cervical que lombaire et une limitation de mobilité en particulier en force du membre supérieur droit liée au nerf ulnaire droit. Il était difficile de se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée. Une expertise médicale complète pourrait être utile.

l. Dans un rapport du 21 septembre 2023, le docteur E_____, médecin chef de clinique au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de

travail, d'arthrose radiocarpienne post-traumatique avec *status* post-arthrodèse totale du poignet [gauche] et de douleurs neurogènes du nerf radial. Le pronostic était réservé chez ce patient multi-opéré présentant des douleurs chroniques. Celui-ci ne pouvait pas utiliser son membre supérieur dans des mouvements en force ou répétitifs ni porter des charges excessives. La capacité de travail, nulle dans l'activité habituelle, était de 100% dans une activité adaptée, purement administrative ou monomanuelle.

m. Par avis du 1^{er} novembre 2023, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a retenu, à titre d'atteintes à la santé incapacitantes, une arthrose radiocarpienne post-traumatique avec *status* post-arthrodèse totale du poignet gauche, des douleurs neurogènes du nerf radial, des lombalgies chroniques et cervicobrachialgies sur arthrose étagée, une instabilité symptomatique fluctuante du nerf ulnaire droit au coude sans déficit neurologique, un syndrome fémoro-patellaire du genou gauche, et une RCUH (rectocolite ulcéro-hémorragique) stabilisée sous traitement. La capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle d'étañheur depuis novembre 2018, mais de 70% (100% avec une baisse de rendement de 30%) dans une activité adaptée depuis le 21 septembre 2023. Les limitations fonctionnelles étaient : activité purement administrative et monomanuelle droite, sans utilisation du membre supérieur gauche, sans port répétitif de charges de plus de 5 kg ni mouvements répétés du membre supérieur droit, épargne du dos et des cervicales (pas de position en porte-à-faux, pas de position penchée en avant, ni de mouvements de torsion, alternance des positions), possibilité de se rendre facilement aux toilettes en cas de besoin et de faire des pauses.

n. Par appréciation du 8 janvier 2024, le médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents a estimé que l'état de santé de l'assuré n'était pas encore stabilisé. Deux nouvelles interventions avaient été évoquées. Ce médecin proposait de réexaminer l'assuré dans une année.

o. Par avis du 19 février 2024, le SMR a maintenu ses précédentes conclusions.

p. Dans un projet de décision du 15 avril 2024, l'OAI a annoncé à l'assuré qu'il entendait lui accorder une rente d'invalidité entière du 1^{er} novembre 2019 au 31 décembre 2023, puis une rente s'élevant à 50% d'une rente entière à partir du 1^{er} janvier 2024. Lui ayant reconnu le statut d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle, l'OAI a constaté que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle depuis le 1^{er} novembre 2018. En revanche, dans une activité adaptée, sa capacité de travail était de 70% (100% avec baisse de rendement de 30%) dès le 21 septembre 2023. À l'échéance du délai d'attente, le 1^{er} novembre 2019, l'incapacité de gain entière ouvrait le droit à une rente entière. Des mesures d'ordre professionnel ne seraient pas de nature à réduire le dommage de manière notable dans la mesure où elles ne permettraient pas d'augmenter la capacité de gain de l'assuré. La comparaison des revenus de valide (CHF 92'261.-) et d'invalidé (CHF 46'178.-) aboutissait à un

degré d'invalidité de 50%, ouvrant le droit à un 50% d'une rente entière à compter du 1^{er} janvier 2024, trois mois après l'amélioration de la capacité de gain.

q. Par courrier du 14 mai 2024, l'assuré, par l'intermédiaire de son avocat, a contesté ce projet de décision, en concluant, principalement, à la reprise de l'instruction tant sur le plan médical que professionnel et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} juin 2019 et, subsidiairement, à l'octroi de mesures professionnelles.

r. Par avis du 22 mai 2024, le SMR a indiqué qu'aucune nouvelle pièce médicale n'était versée au dossier. Il n'existait donc aucun élément clinique objectif nouveau susceptible de remettre en cause ses conclusions qui restaient valables.

s. Par décision du 18 octobre 2024, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente d'invalidité entière du 1^{er} novembre 2019 au 31 décembre 2023, puis d'une rente s'élevant à 55% d'une rente entière à partir du 1^{er} janvier 2024. La comparaison des revenus de valide (CHF 92'261.-) et d'invalidité (CHF 41'561.-) donnait un degré d'invalidité de 55%. L'aptitude subjective et objective à suivre une mesure de réadaptation professionnelle avec succès n'était pas remplie. Par ailleurs, des mesures de réadaptation ne seraient pas de nature à réduire la quotité de la rente.

D. a. Par acte du 18 novembre 2024, l'assuré, représenté par son avocat, a interjeté recours contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, gastroentérologique et médecine interne), ainsi que de mesures d'observations professionnelles judiciaires, principalement, à l'annulation de cette décision, à la constatation qu'il avait droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} novembre 2019 et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants.

Le recourant a reproché à l'intimé de n'avoir réalisé aucune expertise médicale (mono ou pluridisciplinaire). Son avis reposait exclusivement sur le dossier de l'assureur-accidents (qui traitait le cas en lien avec le poignet gauche seulement et considérait toujours l'état de santé comme non stabilisé) et sur des rapports de plusieurs médecins traitants dont le dernier sur l'aspect gastroentérologique remontait à plus de cinq ans.

Il souffrait de plusieurs affections (poignet gauche, main gauche, coude droit, genou gauche, lombalgie, cervicobrachialgie, problème digestif). Une expertise pluridisciplinaire aurait permis de déterminer de manière globale et consensuelle sa capacité de travail concrète, en tenant compte de l'ensemble des affections et de leurs influences réciproques. Les médecins traitants ne se prononçaient sur l'incapacité de travail que dans leur domaine propre, sans tenir compte des autres affections qui ne relevaient pas de leur domaine de compétence. Sur le plan gastroentérologique, le médecin traitant s'était déterminé sous réserve d'une absence de récurrence des symptômes. On ignorait l'évolution de la situation,

notamment en lien avec la prise du nouveau médicament qui interdisait toute exposition au soleil. Le recourant alléguait prendre un nouveau médicament, plus puissant, depuis octobre 2024 (Budenofalk) en raison de la récurrence des symptômes.

Par ailleurs, il était prévu de reprendre des mesures d'observations professionnelles au sein de l'Orif une fois le poignet gauche stabilisé. L'intimé n'avait toutefois pas sollicité la reprise de ces mesures. Or, celles-ci auraient permis de déterminer, de manière concrète, la capacité de travail résiduelle, en lien avec ses nombreuses limitations fonctionnelles (poignet, haut du corps, impossibilité de rester assis ou debout de manière prolongée, problématique gastrique qui l'obligeait à aller fréquemment aux toilettes).

De plus, un abattement de 10% uniquement ne prenait pas suffisamment en compte les limitations et les difficultés qu'elles entraînaient dans le marché ordinaire de l'emploi.

Subsidiairement, le recourant a fait valoir qu'il n'existait aucune activité réaliste exigible dans le marché ordinaire de l'emploi. Compte tenu de la situation non stabilisée du poignet gauche, il était apte uniquement à exercer une activité monomanuelle, rendant impossible l'utilisation d'un clavier d'ordinateur (dactylographie impossible avec une seule main) et le port de charges (qui nécessitait l'usage des deux mains). Une activité dans le domaine industriel était totalement illusoire (en sus d'être potentiellement dangereuse). Les diverses affections rhumatologiques (cervicobrachialgie, épicondylalgies, irritation du nerf ulnaire droit, genou, coude) l'empêchaient de rester en position assise ou debout de manière prolongée. Une activité sédentaire était impossible, de même qu'une activité ambulante. Il se demandait quelle activité professionnelle il pourrait concrètement effectuer.

Ses problèmes gastroentérologiques l'obligeaient à rester à proximité des toilettes et lui interdisaient une exposition au soleil, en raison de la prise quotidienne de médicaments. Il ne pouvait ainsi pas travailler en extérieur ou à proximité immédiate d'une fenêtre. Les effets secondaires de la prise du Budenofalk depuis octobre 2024 comprenaient notamment de manière fréquente : un affaiblissement des défenses immunitaires, des troubles métaboliques (prise de poids, diabète, obésité localisée), des perturbations hormonales (retard de croissance, aménorrhée, pilosité, impuissance), des troubles digestifs, des réactions cutanées (acné, eczéma), des douleurs musculaires et osseuses (ostéoporose), ainsi que des troubles neurologiques et cardiovasculaires (dépression, hypertension, maux de tête).

Le recourant a conclu que l'ensemble de ses limitations fonctionnelles rendait totalement irréaliste l'exercice d'une activité adaptée sur le marché ordinaire de l'emploi, de sorte qu'il avait droit à une rente entière d'invalidité.

Plus subsidiairement, le recourant a contesté le revenu d'invalidité. L'intimé avait pris en compte le salaire statistique de l'année 2020 issu de la ligne « total » du tableau TA1_tirage_skill_level. Or, ce salaire n'était pas suffisamment représentatif, car selon les médecins, seule une activité monomanuelle sédentaire non répétitive était possible, sans port de charge et sans position debout ou assise prolongée. Le secteur 2 « production » des statistiques n'entrait pas en ligne de compte, car le domaine industriel nécessitait l'usage des deux mains et une position assise ou debout prolongée, ce qu'il ne pouvait pas faire. Seule une activité du secteur 3 « services » était possible, en particulier seule une activité de « service administratif », soit la ligne « 77,79-82 » niveau 1, des statistiques de l'année 2020. Il en a inféré que le revenu mensuel était de CHF 4'593.-, soit un revenu annuel de CHF 57'458.-, adapté à la durée normale hebdomadaire de travail dans le domaine (41.7 heures).

Il a ajouté qu'en l'état, il ne pourrait exercer une activité adaptée qu'à 50% au vu de ses nombreuses limitations fonctionnelles. Il a rappelé que chacune de ses pauses en raison de ses problèmes gastroentérologiques pouvait lui être décomptée de son temps de travail par l'employeur.

Il a enfin estimé qu'un abattement de 25% devait être appliqué sur le revenu d'invalidité compte tenu de ses nombreuses restrictions fonctionnelles, de ses limitations linguistiques et professionnelles (il n'avait fréquenté que l'école obligatoire en Bosnie-Herzégovine), ainsi que des années de service uniquement dans le domaine de la construction, auprès d'un unique employeur (depuis 1996).

Le recourant en a déduit qu'il avait droit à une rente entière d'invalidité, car la comparaison des revenus sans invalidité (CHF 92'261.-) et avec invalidité (CHF 15'119.38) donnait un taux d'invalidité de 83.61%.

b. Par réponse du 17 décembre 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Le SMR avait pris en compte l'ensemble des troubles à la santé du recourant et des limitations fonctionnelles en découlant. Ses conclusions étaient en accord avec les constatations des médecins traitants. Par conséquent, il n'existait aucun motif de s'écarter des conclusions pertinentes du SMR, et la mise en œuvre d'une mesure d'investigation complémentaire s'avérait inutile.

Par ailleurs, les limitations fonctionnelles retenues par le SMR n'excluaient pas toute activité adaptée. Le marché du travail offrait un éventail suffisamment large d'activités légères et accessibles sans formation particulière. Pour déterminer le revenu d'invalidité, le recours aux valeurs statistiques - valeur médiane - pour un homme, niveau de compétence 1, était conforme à la jurisprudence.

Quant à l'abattement, depuis le 1^{er} janvier 2024, une déduction forfaitaire de 10% était prévue lorsque le revenu avec invalidité était déterminé en fonction des valeurs statistiques, à l'exclusion de toute autre déduction supplémentaire.

Enfin, l'intimé a rappelé que, en cas d'accident, l'assurance-invalidité n'avait pas à attendre que l'état de santé soit stabilisé pour qu'une activité adaptée soit exigible.

c. Par réplique du 7 janvier 2025, le recourant a persisté dans ses conclusions, tout en rappelant avoir offert comme preuve l'audition de son gastroentérologue et avoir requis une expertise pluridisciplinaire, de même que des mesures d'observation professionnelles judiciaires.

d. Copie de cette écriture a été transmise à l'intimé pour information.

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 dans la forme (art. 61 let. b LPGA [applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAI]) et le délai de 30 jours (art. 56 et 60 al. 1 LPGA) prévus par la loi, le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit éventuel du recourant à une rente d'invalidité entière au-delà du 31 décembre 2023, singulièrement sur sa capacité de travail dans une activité adaptée.

3.

3.1 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.

3.1.1 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).

Dans les cas de révision selon l'art. 17 LPGA, conformément aux principes généraux du droit intertemporel (*cf.* ATF 144 V 210 consid. 4.3.1), il convient d'évaluer, selon la situation juridique en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, si une modification déterminante pour le droit à la rente est intervenue jusqu'à cette date. Si tel est le cas, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables. Si la modification déterminante est intervenue après cette date, les dispositions de la LAI et du RAI dans leur version en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2022 sont applicables. La date de la modification se détermine selon l'art. 88a RAI (arrêts du Tribunal fédéral 8C_55/2023 du 11 juillet 2023 consid. 2.2 ; 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

Si un droit à la rente a pris naissance jusqu'au 31 décembre 2021, un éventuel passage au nouveau système de rentes linéaire s'effectue, selon l'âge du bénéficiaire de rente, conformément aux let. b et c des dispositions transitoires de la LAI relatives à la modification du 19 juin 2020. Selon la let. b al. 1, les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente a pris naissance avant l'entrée en vigueur de cette modification et qui, à l'entrée en vigueur de la modification, ont certes 30 ans révolus, mais pas encore 55 ans, conservent la quotité de la rente tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_499/2022 du 29 juin 2023 consid. 4.1).

Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré : subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a) ou atteint 100% (let. b).

3.1.2 En l'occurrence, le litige porte sur la quotité de la rente d'invalidité, dont il n'est pas contesté que le droit est né antérieurement au 1^{er} janvier 2022. Dans la mesure où le recourant avait, au 1^{er} janvier 2022, 30 ans révolus mais moins de 55 ans, la quotité de sa rente subsistera tant que son taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la modification déterminante de son taux d'invalidité se produit après le 31 décembre 2021 (question qui peut demeurer en l'occurrence ouverte au vu du renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire sur le plan médical comme on le verra plus loin), les dispositions de la LAI et du RAI dans leur version en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2022 sont applicables.

3.2 Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA, applicable par analogie (ATF 148

V 321 consid. 7.3.1 ; 145 V 209 consid. 5.3 et les références ; 125 V 413 consid. 2d et les références).

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

3.3

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 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

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).

3.3.2 Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGa et art. 28a al. 1 LAI).

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

3.3.3 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres

spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon l'art. 54a LAI, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022, les SMR établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré qui sont déterminantes pour l'assurance-invalidité en vertu de l'art. 6 LPGA, pour l'exercice d'une activité lucrative raisonnablement exigible ou pour l'accomplissement des travaux habituels (al. 3).

Lors de la détermination des capacités fonctionnelles, la capacité de travail attestée médicalement pour l'activité exercée jusque-là et pour les activités adaptées est évaluée et justifiée en tenant compte, qualitativement et quantitativement, de toutes les ressources et limitations physiques, mentales et psychiques (art. 49 al. 1^{bis} RAI).

Les limitations dues à l'atteinte à la santé au sens étroit, à savoir les restrictions à l'exercice d'une activité lucrative au sens de l'art. 8 LPGA de nature quantitative et qualitative, dues à l'invalidité et médicalement établies, doivent systématiquement être prises en compte pour l'appréciation de la capacité fonctionnelle. Il s'agit là de l'estimation du temps de présence médicalement justifié d'une part (capacités fonctionnelles quantitatives, par ex. en nombre d'heures par jour) et des capacités fonctionnelles qualitatives durant ce temps de présence d'autre part (limitation de la charge de travail, limitations qualitatives, travail plus lent par rapport à une personne en bonne santé, etc.). En règle générale, ces deux composantes sont ensuite combinées pour obtenir une appréciation globale en pourcentage de la capacité de travail, autrement dit des capacités fonctionnelles. Ainsi, par exemple, une productivité réduite pendant le temps de présence exigible ou un besoin de pauses plus fréquentes doivent être systématiquement déduits lors de l'indication de la capacité fonctionnelle résiduelle. Cela permet également de tenir compte de la jurisprudence du Tribunal fédéral, selon laquelle la capacité de travail attestée par un médecin donne des indications sur l'effort pouvant être effectivement exigé, mais pas sur la présence éventuelle sur le lieu de travail. Dans certaines circonstances, il peut être nécessaire de demander des renseignements auprès du médecin traitant afin que le SMR puisse établir une évaluation globale et compréhensible de la capacité fonctionnelle résiduelle, qui tient compte de tous les facteurs médicaux influents [OFAS, Dispositions d'exécution relatives à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (Développement continu de l'AI), rapport explicatif (après la procédure de consultation) du 3 novembre 2021, ad art. 49 al. 1^{bis}, p. 60].

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).

3.4 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; *cf.* 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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).

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).

4.

4.1 En l'espèce, la décision litigieuse du 18 octobre 2024 se fonde, sur le plan médical, sur l'avis du SMR du 22 mai 2024 qui confirme celui du 1^{er} novembre 2023. Le SMR a retenu, à titre d'atteintes à la santé incapacitantes, une arthrose radiocarpienne post-traumatique avec *status* post-arthrodèse totale du poignet gauche, des douleurs neurogènes du nerf radial, des lombalgies chroniques et cervicobrachialgies sur arthrose étagée, une instabilité symptomatique fluctuante du nerf ulnaire droit au coude sans déficit neurologique, un syndrome fémoro-patellaire du genou gauche, et une rectocolite ulcéro-hémorragique stabilisée sous traitement. Le SMR a considéré que la capacité de travail du recourant, nulle dans l'activité habituelle d'étancheur depuis novembre 2018, était de 70% (100% avec une baisse de rendement de 30%) dans une activité adaptée depuis le 21 septembre 2023. Le recourant pouvait exercer une activité purement administrative et mono-manuelle droite, sans utilisation du membre supérieur gauche, sans port répétitif de charges de plus de 5 kg ni mouvements répétés du membre supérieur droit, épargnant le dos et les cervicales (pas de position en porte-à-faux, pas de position penchée en avant, ni de mouvements de torsion, alternance des positions), et lui permettant de se rendre facilement aux toilettes en cas de besoin, ainsi que de faire des pauses.

De l'avis unanime des médecins ayant examiné le recourant, ce dernier n'est effectivement plus apte à travailler dans son activité habituelle d'étancheur.

En ce qui concerne sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, il ressort du dernier rapport du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG du 21 septembre 2023 que le recourant, multi-opéré, présente une arthrose radiocarpienne post-traumatique avec *status* post-arthrodèse totale du poignet gauche, ainsi que des douleurs neurogènes du nerf radial. Il dispose néanmoins d'une capacité de travail entière dans une activité purement administrative ou mono-manuelle.

Cela étant, dans son dernier rapport du 23 juin 2023 (dossier intimé pp. 1488-1489), le rhumatologue traitant a fait état de lombo-radiculalgies bilatérales L5-S1 chroniques, variables et fluctuantes avec épisodes de blocage lombaire, de cervicalgies chroniques avec occasionnelle composante d'irritation du nerf d'Arnold, une instabilité symptomatique fluctuante du nerf ulnaire droit au coude, sans déficit neurologique franc, et un syndrome fémoro-patellaire du genou gauche dans un contexte de surcharge de la facette médiale rotulienne sur raideur des chaînes postérieures et manque de contrôle rotulien dynamique. Le médecin a relevé que le recourant présentait des limitations importantes liées à la force de préhension, au port de charges et à la dextérité fine de la main et du poignet gauche, une limitation liée à la posture statique debout ou assise concernant le dos aussi bien cervical que lombaire et une limitation de mobilité en particulier en force du membre supérieur droit liée au nerf ulnaire droit. S'agissant de la capacité de travail, le spécialiste a estimé que l'ensemble des atteintes à la santé limitait

l'exercice d'une activité professionnelle, même adaptée. Il a invité l'intimé à mettre en œuvre une expertise médicale.

Dans un précédent rapport du 25 février 2021, le rhumatologue traitant avait déjà préconisé une expertise médicale, sans se prononcer sur le taux de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée (pp. 1025-1027). Dans un rapport antérieur du 18 juin 2020, le rhumatologue traitant avait estimé qu'une capacité de travail partielle dans une activité adaptée serait envisageable, sans toutefois se déterminer sur l'étendue de la capacité de travail exigible.

Sur le plan gastroentérologique, le recourant souffre d'une rectocolite ulcéro-hémorragique. Dans un rapport du 28 octobre 2019, le gastroentérologue traitant a considéré que dans une activité adaptée permettant l'accès facile aux toilettes et sans exposition au soleil, la capacité de travail du recourant est entière pour autant qu'il ne présente pas de poussée inflammatoire (pp. 796-797).

Force est de constater que dans son avis du 1^{er} novembre 2023, le SMR, qui n'a pas examiné le recourant, a posé de nouvelles conclusions médicales, ce qu'il ne peut pas faire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2). En effet, il a conclu, sans l'expliquer, à une baisse de rendement de 30%, alors qu'aucun rapport médical au dossier ne retient ce taux. Le SMR se contente d'indiquer qu'en raison des comorbidités (rhumatologiques et digestives), et de la persistance des douleurs, il est « possible » de reconnaître une baisse de rendement de 30%. Or, il ne formule là qu'une hypothèse. Il ne peut donc pas, à ce stade, être retenu comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante que le tableau clinique du recourant implique que sa capacité de travail résiduelle est de 70% dans une activité adaptée.

Dès lors qu'il existe des doutes sur la fiabilité de l'appréciation du SMR, il se justifie de renvoyer le dossier à l'intimé afin qu'il mette en œuvre une expertise rhumatologique pour déterminer l'influence des atteintes du recourant sur sa capacité à travailler dans une activité adaptée.

Dans le cadre de ce complément d'instruction, il incombera à l'intimé de recueillir toutes les pièces utiles auprès du médecin généraliste et du rhumatologue traitant afin de remettre un dossier complet à l'expert. En effet, ces médecins ont fait mention d'IRM ou d'ENMG (pp. 646, 779-780 ; 781). Or, ces imageries ne figurent pas au dossier.

Vu le renvoi du dossier à l'intimé, il lui appartiendra également de demander au gastroentérologue traitant si l'état de santé du recourant, en particulier sa capacité de travail, a évolué depuis le 28 octobre 2019. Après quoi, l'intimé appréciera, à l'aune du nouveau rapport dudit spécialiste, l'opportunité de compléter l'expertise par un volet gastroentérologique.

Contrairement à ce que prétend le recourant, on ne peut pas en l'état nier l'existence d'une activité exigible sur le marché équilibré du travail, puisque selon

ses médecins traitants, l'existence d'une activité adaptée n'est en soi pas remise en cause, seule son étendue est litigieuse.

Enfin, étant donné que les données médicales l'emportent en principe sur les constatations qui peuvent être faites notamment à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_87/2022 du 8 juillet 2022 consid. 6.2.1), l'intimé examinera s'il est nécessaire que les constatations médicales (de l'expert) soient complétées par des renseignements d'ordre professionnel, au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité.

4.2 Au vu de ce qui précède, il est superflu de procéder à l'audition des parties et à celle des médecins traitants.

- 5.** En conséquence, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants, et nouvelle décision.

Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause et est assisté d'un avocat, a droit à des dépens, fixés en l'espèce à CHF 1'000.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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 18 octobre 2024.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Alloue au recourant une indemnité de CHF 1'000.- à titre de dépens, à la charge de l'intimé.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Catherine TAPPONNIER

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