

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/495/2024

ATAS/428/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 4 juin 2025

Chambre 4

En la cause

A _____

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Christine
LUZZATTO, Juges assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est né le _____ 1973, originaire du Portugal et entré en Suisse le _____ 2012. Il est marié depuis le 22 décembre 2012 et père d'un enfant né le _____ 2008.
- B.** **a.** Il a été employé par B_____ du 3 août 2021 au 27 août 2021 comme nettoyeur en fin de chantier.
- b.** Le 20 août 2021, il a ressenti une douleur intense à l'épaule droite, avec des difficultés à bouger et s'est retrouvé en incapacité de travail à 100%.
- c.** L'assurance perte de gain (Groupe Mutuel) a versé à l'assuré des indemnités journalières dans le cadre de sa couverture d'assurance perte de gain maladie dès le 21 septembre 2021 à 100%.
- C.** **a.** L'assuré a demandé les prestations de l'assurance-invalidité le 11 avril 2022.
- b.** Le 13 avril 2022, l'assuré a demandé les prestations de l'assurance-invalidité.
- c.** Dans un rapport du 11 mai 2022, le docteur C_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, membre FMH, a indiqué avoir vu l'assuré pour la première fois le 22 septembre 2021 pour des douleurs à l'épaule droite avec des signes de souffrance de la coiffe des rotateurs, mais la conservation d'une bonne mobilité et d'une force musculaire. À teneur d'une arthro-IRM du 10 novembre 2021, l'assuré avait subi une lésion quasi-transfixiante du versant bursale et interstitielle et du versant antérieur du supra-épineux avec une arthropathie acromio-claviculaire dégénérative très discrètement inflammatoire. Il avait été décidé d'une intervention devant l'absence d'évolution favorable avec une réparation de la coiffe effectuée le 15 février 2022.
- d.** Dans un rapport établi le 23 juin 2022, le docteur D_____, spécialiste en médecine interne générale, membre FMH, a indiqué que la capacité de travail de l'assuré était de 0% dès le 22 septembre 2021, en raison de douleurs et d'une impotence du membre supérieur droit, avec une abduction limitée. Il prenait du Co-Dafalgan (un à deux par jour). Le diagnostic était une rupture de la coiffe des rotateurs à droite. Les limitations fonctionnelles étaient le soulèvement de poids, qui était impossible à droite, et l'abduction, qui était très limitée pour un droitier. L'assuré pouvait travailler trois heures par jour dans une activité tenant compte de son atteinte à la santé, mais était totalement incapable de travailler dans l'activité habituelle. Il était limité dans l'utilisation de son bras droit.
- e.** Dans un rapport manuscrit établi le 1^{er} février 2023, le Dr C_____ a indiqué que l'assuré serait capable d'exercer une activité adaptée à son état de santé à 100% dans « *une année* » selon la lecture de la chambre de céans ou dans « *un mois* », selon la lecture de l'intimé.
- f.** Dans un avis du 15 août 2023, le service médical régional assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a considéré que l'assuré présentait des limitations somatiques

durables affectant son épaule droite qui contraindraient toutes les activités manuelles sollicitant le membre supérieur droit de façon répétitive et prolongée. Par contre, une activité adaptée était possible à plein temps et sans baisse de rendement dès le 1^{er} avril 2023 au plus tard.

g. Selon une note de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé) du 21 août 2023, l'assuré avait un statut d'actif et son degré d'invalidité était de 61.05%.

h. Par projet de décision du 31 août 2023, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait droit à 61% d'une rente entière du 1^{er} octobre 2022 au 30 juin 2023, sur la base d'un degré d'invalidité de 61%. Il ressortait de l'instruction qu'il était en incapacité de travail à 100% dans toute activité dès le 22 septembre 2021, début du délai d'attente. Dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail était de 37.55 dès le 22 juin 2022 puis de 100% dès le 1^{er} mars 2023.

Sa demande avait été déposée tardivement le 13 avril 2022, de sorte que la rente ne pouvait lui être versée qu'à compter du 1^{er} octobre 2022. Dès le 1^{er} mars 2023, son taux d'invalidité était de 0%, ce qui ne lui ouvrait plus de droit à une rente après le 30 juin 2023, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé.

Il n'avait pas droit à des mesures professionnelles.

i. Par décision du 26 janvier 2024, l'OAI a confirmé son projet de décision.

D. a. Le 10 février 2024, l'assuré a formé recours contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Contrairement à ce qu'avait retenu l'OAI, sans ses problèmes de santé, il travaillerait aujourd'hui à 100%.

Le 1^{er} octobre 2023, il s'était inscrit à l'office cantonal de l'emploi (ci-après : l'OCE), car il avait épuisé le droit aux prestations d'indemnités journalières le 20 septembre 2023 et n'avait pas d'information sur sa demande faite à l'OAI. Il avait été déclaré inapte au placement par l'OCE dès le 1^{er} octobre 2023. Il n'avait pas reçu le projet de décision de l'OAI, indiquant son degré d'invalidité et la quotité de la rente, avant le 4 janvier 2024.

Le Dr D_____ avait complété un questionnaire médical le 4 septembre 2023 en reprenant les diagnostics du Dr C_____, qui indiquait n'avoir constaté aucune amélioration suite aux séances de physiothérapie. Selon lui, les limitations fonctionnelles étaient : activité physique faible, trouble physique, station debout et assise limitées, charge limitée, concentration limitée en raison des douleurs et des lombalgies chroniques.

Au vu de l'aggravation de ses problèmes de santé et des attestations médicales de ses médecins qui attestaient d'une incapacité de travail durable de 100% dans toute activité professionnelle depuis septembre 2021, le recourant demandait une rente entière d'invalidité.

À l'appui de son recours, il a produit :

- un rapport établi le 18 mars 2024 par le Dr C_____ indiquant que l'état de santé de l'assuré ne lui permettait plus d'exercer une activité professionnelle quelle qu'elle soit, en raison des séquelles de l'épaule droite et du rachis lombaire.
- Et un certificat établi par le Dr D_____ le 21 mars 2024, indiquant que l'assuré présentait une impossibilité d'exercer toute activité physique malgré son intervention chirurgicale sur l'épaule droite de février 2022.

b. Par réponse du 12 mars 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il ressortait des éléments du dossier que le recourant ne pouvait plus exercer son activité habituelle depuis le 22 septembre 2021, mais qu'il présentait une capacité de travail de 37.5% dès le 22 juin 2022 et de 100% dès le 1^{er} mars 2023 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. La capacité de travail retenue était conforme à l'avis des médecins traitants, référence faite aux rapports du Dr D_____ du 23 juin 2022 et du Dr C_____ du 1^{er} février 2023. Le recourant n'apportait en l'état aucun élément permettant de modifier l'appréciation des faits de l'intimé.

c. Par réplique du 29 mars 2024, le recourant a fait valoir que depuis septembre 2021, les Dr D_____ et C_____ avaient constaté que son état de santé ne s'était jamais amélioré. Bien au contraire et il lui était impossible d'effectuer un quelconque travail professionnel.

d. Le 24 avril 2024, l'intimé a persisté dans ses conclusions en joignant un avis du SMR du 18 avril 2024, qui concluait que les pièces médicales versées au dossier depuis le 15 août 2023 ne comportaient aucun indice rendant plausible une modification notable et durable de l'état de santé du recourant depuis début 2023.

Selon l'avis du SMR du 18 avril 2024, la décision querellée reposait sur un avis du SMR du 15 août 2023, qui lui-même reposait sur les pièces médicales au dossier, et plus précisément sur le rapport du Dr D_____ du 23 juin 2022, qui estimait qu'une activité adaptée était possible trois heures par jour, et sur le rapport médical établi le 1^{er} février 2023 par le Dr C_____, qui estimait que l'assuré pourrait travailler à 100% dans un mois. Le SMR avait estimé qu'à compter du 1^{er} mars 2023, une activité adaptée était possible à 100%.

Les rapports établis par les Drs D_____ et C_____ au début de l'année 2024 contredisaient leur appréciation antérieure respective, sans faire mention de faits nouveaux ou d'une aggravation de l'état de santé du recourant, ni prendre en compte de nouveaux documents médicaux, comptes rendus de consultation spécialisée ou d'imageries médicales d'interventions chirurgicales et/ou d'hospitalisations qui auraient été réalisés depuis le début de l'année 2023.

Les rapports des 22 et 29 septembre 2023 de la docteure E_____, pneumologue, transmis par le Groupe Mutuel à l'OAI le 27 décembre 2023, concernaient des

problèmes de santé pulmonaire qui affectaient le recourant de longue date et qui n'étaient pas une source d'empêchement à son insertion dans le premier marché de l'économie.

e. Le 7 août 2024, la chambre de céans a demandé au Dr C_____ un rapport motivé portant sur l'évolution de l'état de santé du recourant entre son rapport du 1^{er} février 2023 et celui du 18 mars 2024. Il était prié en particulier de préciser si une aggravation de son état de santé était survenue entre ces deux rapports et de se prononcer sur sa capacité de travail dans l'activité habituelle et dans l'activité adaptée pour la période courant du 22 septembre 2021 au 26 janvier 2024.

f. Le 22 août 2024, le Dr C_____ a indiqué que dans son rapport du 1^{er} février 2023, il posait l'indication d'une réparation des tendons des muscles de la coiffe des rotateurs du recourant le 15 février 2022. À la suite de cette opération, la mobilité de l'épaule avait rapidement progressé, cette épaule avait conservé des phénomènes douloureux principalement à l'effort et la nuit. Les différentes explorations faites n'avaient pas montré de rupture itérative des tendons des muscles de la coiffe des rotateurs (principalement sus et sous-épineux réparés le 15 février 2022), ce qui correspondait très manifestement à une cicatrisation insuffisante des tendons des muscles de la coiffe des rotateurs et à une insuffisance d'épaisseur des tendons cicatrisés. Dans ce contexte, à un an de l'intervention de l'épaule droite, il paraissait difficile de remettre l'assuré au même poste de travail, mais il existait un espoir d'amélioration progressive par épauissement des tendons réparés dans un délai raisonnable d'un an.

Malheureusement, son état avait été stationnaire et toute tentative d'activité manuelle restait douloureuse, avec même une légère aggravation. Parallèlement à la pathologie à l'épaule, une pathologie du rachis dorsolombaire était connue depuis 2018 et n'était plus invalidante, au point que le recourant n'évoquait pas cette pathologie. Mais dans le courant de l'année 2022, des phénomènes douloureux du rachis étaient réapparus. L'ensemble des pathologies du recourant et l'absence de récupération d'une épaule fonctionnelle à deux ans de l'intervention, faisaient évoquer un statut définitif, qui rendait toute activité professionnelle impossible chez ce patient, qui était droitier. À ce stade, il ne paraissait pas déraisonnable de lui proposer une nouvelle intervention.

g. Le 3 octobre 2024, l'intimé a persisté dans ses conclusions, sur la base d'un avis du SMR du 3 octobre 2024. Ce dernier estimait n'avoir aucun élément médical objectif permettant de retenir que le recourant présentait une atteinte au rachis incapacitante et de s'éloigner de l'appréciation du Dr C_____ de 2023, selon laquelle le recourant était totalement capable de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne de l'épaule.

h. Le 18 octobre 2024, le recourant a persisté dans ses conclusions, faisant valoir qu'il fallait s'en tenir à l'appréciation du Dr C_____ qui l'avait examiné minutieusement et pris en compte son expérience, sa spécialité et ses données

médicales antérieures. Il n'y avait aucun élément médical et objectif permettant de retenir qu'il présentait ou ne présentait pas une atteinte au rachis incapacitante.

i. Le 7 mai 2025, le recourant a indiqué à la chambre de céans que même dans un travail qui ne serait pas physique, il aurait des difficultés. En effet, quand il était assis, il avait des douleurs au bout de dix minutes au coude et au bras droit, à l'épaule droite et au dos.

Il prenait des comprimés d'un gramme de Dafalgan environ trois à quatre fois par semaine. Il évitait d'en prendre tant qu'il supportait la douleur, car il avait des problèmes au foie dus aux médicaments. Il prenait du Co-Dafalgan, lorsque la douleur était insupportable, environ une fois par semaine, et parfois du Tramal en urgence, lorsque la douleur était vraiment insupportable. Il avait consulté un psychiatre pendant quelques temps, mais il n'aimait pas beaucoup cela et avait arrêté. Il avait pris des antidépresseurs, mais cela lui faisait du mal et il avait arrêté.

À cause de ses douleurs, il dormait mal et du coup il s'endormait pendant la journée. Il avait pris des médicaments pour dormir, mais ils interféraient sur son asthme et lui donnait des difficultés à respirer.

Il avait aussi des problèmes de cholestérol et un dysfonctionnement au niveau de l'acide urique qui lui faisait gonfler les pieds (goutte). Il devait prendre en continu des médicaments pour cela.

Il ne faisait rien de ses journées, à part regarder la télévision, et lire le journal parfois. Avant, il aimait bien regarder des films, mais maintenant s'endormait avant la fin. Rien d'autre ne lui apportait du plaisir dans la journée. Quand il faisait beau, il essayait de sortir pour bouger un peu, car il avait pris beaucoup de poids et c'était bon pour sa santé. Avant, quand il travaillait, il sortait de la maison à 7h du matin et rentrait à 20h, il était très actif.

Son épouse vivait au Portugal avec le fils de 17 ans. Il allait la voir quand il le pouvait. La dernière fois, c'était en avril, pendant quinze jours. Quand elle venait, elle l'aidait, lui faisait à manger, et l'aidait aussi avec le nettoyage. Il allait parfois près du lac le week-end avec son colocataire, qui était également un ami, et ils mangeaient un kebab. Ils discutaient un peu le soir, mais ils avaient chacun leur vie.

La belle-sœur du recourant a déclaré à la chambre de céans qu'elle s'occupait de lui, car il habitait près chez elle. Il était un peu comme un enfant, il fallait l'aider et le contrôler. Il ne pouvait pas garder les médicaments chez lui, car sinon, dès qu'il avait mal, il en prenait. Il habitait avec son ex-compagnon, Marcel, qui travaillait. Il ne se débrouillait pas bien tout seul et elle devait l'accompagner pour faire des choses normales. Par exemple, elle avait été le réveiller le matin même et l'avait amené à l'audience. Son moral était atteint. Avant ses problèmes d'épaule, il faisait tout, mais après, il avait changé petit à petit. Il dormait tout le temps, même chez elle quand elle l'invitait. Il allait mieux quand il allait voir la

psychiatre, mais si elle ne l'accompagnait pas, il trouvait une excuse pour ne pas s'y rendre. Son ex-compagnon l'aidait aussi beaucoup. Sa psychiatre lui avait dit que le recourant commençait une grande dépression. Cela faisait environ deux ans sauf erreur. Il avait dû commencer à voir la psychiatre environ huit mois après son opération, car il commençait à s'énerver à cause des douleurs et n'arrivait plus à tout gérer, notamment les médicaments. Il n'était pas attentif à ce qu'elle lui disait et ne s'en souvenait pas. Il ne faisait rien dans la journée. Si elle ne lui faisait pas de la soupe pour trois à quatre jours, il ne mangerait que du pain et du fromage. Sa femme venait souvent à Genève, parfois deux week-ends par mois, parfois pas du tout. Il l'appelait tout le temps, plus de dix fois par jour. Il ne sortait pas souvent, cherchant des excuses pour ne pas le faire.

La représentante de l'intimé, a persisté dans ses conclusions, relevant qu'il avait été tenu compte de la situation du recourant jusqu'à la date de la décision litigieuse, soit janvier 2024. Au vu des rapports médicaux des médecins traitants du recourant, il ne lui paraissait pas justifié de reprendre l'instruction, notamment sur le plan psychique.

EN DROIT

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.

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

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

3. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité.
- 4.

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

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est

déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

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 postérieurement au 31 décembre 2021, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

4.2 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).

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

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

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

les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères.

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).

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).

5. En l'espèce, la chambre de céans constate que la décision querellée repose essentiellement sur un rapport manuscrit du Dr C_____ du 1^{er} février 2023, qui retenait que le recourant serait capable de travailler dans une activité adaptée à 100% dans un délai peu lisible, qui pouvait correspondre à un mois ou à un an.

Dans son rapport du 22 août 2024, le Dr C_____ a indiqué que suite à l'intervention du 15 février 2022, ayant pour but la réparation des tendons des muscles de la coiffe des rotateurs, la mobilité de l'épaule du recourant avait rapidement progressé, mais que cette épaule était restée toujours dominée par des phénomènes douloureux. Cela correspondait manifestement à une cicatrisation insuffisante des tendons des muscles de la coiffe des rotateurs et à une insuffisance d'épaisseur des tendons cicatrisés. Dans ce contexte, à un an de l'intervention de l'épaule droite, il paraissait difficile de remettre l'assuré au même poste de travail, mais il existait un espoir d'amélioration progressive des tendons réparés dans un délai raisonnable d'un an.

Il résulte de ce dernier rapport qu'en février 2023, le Dr C_____ estimait que l'état de santé du recourant pouvait s'améliorer dans le délai d'un an. Ainsi, le délai évoqué dans son rapport du 1^{er} février 2023, dans lequel le recourant pourrait être capable de travailler dans une activité adaptée à 100%, était d'un an et non d'un mois. Dès lors, ce dernier ne pouvait pas retenir que la capacité de travail du

recourant était de 100% dans une activité adaptée dès mars 2023, ce qui correspond à une lecture erronée du rapport du Dr C_____ du 1^{er} février 2023.

Dans son rapport du 18 mars 2024, le Dr C_____ qui certifiait que le recourant ne pouvait plus travailler quelle que soit l'activité professionnelle en raison des séquelles de son épaule droite et de son rachis lombaire.

Dans son rapport du 22 août 2024, ce médecin indiquait que l'état de santé du recourant n'avait pas évolué favorablement et que toute activité manuelle restait douloureuse. Son état s'était en outre aggravé au courant de l'année 2022 avec des phénomènes douloureux du rachis. Toute activité professionnelle était impossible pour le recourant au vue de l'ensemble des pathologies.

Ces deux derniers rapports remettent sérieusement en cause le pronostic de reprise d'une activité retenue par le Dr C_____ dans son rapport du 1^{er} février 2023, qui a fondé la décision querellée.

Cette décision doit en conséquence être annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire sur le plan orthopédique afin déterminer si le recourant a retrouvé une capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations et cas échéant depuis quand.

La chambre de céans a en outre constaté, lors de son audience du 7 mai 2025, que le recourant semblait également atteint dans sa santé psychique dans une mesure qui pourrait être invalidante, quand bien même il n'en a pas forcément conscience et qu'une instruction complémentaire doit également faite sur ce plan.

6. Il y a en conséquence lieu d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision querellée et de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il fasse procéder à une expertise bidisciplinaire du recourant (orthopédique et psychiatrique), au sens de l'art. 44 LPGa.

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 26 janvier 2024.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des 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

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