



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1035/2021

ATAS/91/2025

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 février 2025

Chambre 1

En la cause

Monsieur A_____

recourant

représenté par l'APAS-Association pour la permanence de défense
des patients et assurés

contre

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

intimé

**Siégeant : Fabienne MICHON RIEBEN, Présidente ; Yves MABILLARD, Michael
RUDERMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1967, d'origine turque, est arrivé en Suisse en octobre 1988. Il est marié et père de deux filles, B_____, née le _____ 2000, et C_____, née le _____ 2005. Il a exercé la profession de fonctionnaire de distribution à la Poste de février 1991 à décembre 2005.
- b.** Le 3 février 2000, l'assuré a subi un choc à la nuque alors qu'il jouait au football, ce qui a entraîné une incapacité de travail complète jusqu'au 31 mai 2000, puis une rechute du 15 août au 9 octobre 2000, date à laquelle il a repris le travail à 50 %.
- B.** **a.** Le 23 juillet 2001, l'assuré a déposé une demande auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) visant à la prise en charge d'un reclassement dans une nouvelle profession et, subsidiairement, à l'octroi d'une rente d'invalidité.
- b.** Après avoir rassemblé divers rapports médicaux, l'OAI a confié une expertise psychiatrique au docteur D_____, spécialiste FMH psychiatrie et une expertise orthopédique au docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Il ressort de leurs rapports respectifs rendus les 10 juillet et 25 novembre 2006, qu'il n'y avait ni atteinte ni limitation psychiatrique. En revanche, en raison des atteintes orthopédiques au rachis, l'activité en tant que facteur n'était plus exigible au contraire d'une activité adaptée, laquelle pouvait s'exercer à 100 %.
- c.** Par décision du 15 décembre 2010, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, la comparaison des revenus conduisant à un degré d'invalidité de 31%, insuffisant pour donner droit à une rente.
- d.** Saisie d'un recours, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) a ordonné, le 12 octobre 2012, après avoir notamment considéré que les conclusions du Dr E_____ n'étaient pas probantes, une expertise orthopédique et neurologique, qu'elle a confiée au F_____ (F_____ ; ATAS/1240/2012).
- e.** À teneur de l'expertise neurologique, datée du 22 mars 2013, l'assuré était incapable de travailler à 50 % depuis 2001. En revanche, une activité adaptée sans port de charges, sans mouvements répétés et sans position fixe de la tête, était raisonnablement exigible. Selon l'expertise orthopédique du 22 mai 2013, l'assuré pouvait travailler dans n'importe quelle activité adaptée à ses limitations, de préférence dans son domaine de formation (tourisme).
- f.** Par arrêt du 2 avril 2015 (ATAS/274/2015), la chambre de céans a rejeté le recours de l'assuré, retenant, en substance, que la motivation des experts judiciaires n'était pas convaincante. Considérant finalement que le rapport du Dr E_____, selon lequel l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans

une activité adaptée, revêtait une pleine valeur probante, la chambre de céans a confirmé le calcul du degré d'invalidité de l'OAI, tout en soulignant qu'il conviendrait d'accorder une aide au placement à l'assuré.

Saisi d'un recours de l'assuré, le Tribunal fédéral l'a rejeté par arrêt du 24 mars 2016 confirmant ainsi la décision du 15 décembre 2010 et l'arrêt du 2 avril 2015 (9C_371/2015). Cela étant, dès lors que les diagnostics posés par le Dr E_____ en 2006 semblaient être de gravité moindre que ceux retenus par les experts du F_____ en 2013, il convenait de transmettre le dossier à l'OAI et l'inviter à examiner si les conditions du droit à une éventuelle rente d'invalidité étaient réalisées pour la période postérieure au 15 décembre 2010.

- C. a.** Suite au renvoi de la cause, l'OAI a ordonné une nouvelle expertise, qu'il a confiée à la doctoresse G_____, spécialiste FMH en neurologie, et au docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, médecins auprès du I_____ (ci-après : I_____).

Dans leur rapport d'expertise du 11 juillet 2017, les Drs G_____ et H_____ ont précisé, en préambule, que le dossier avait été analysé et résumé par un médecin ne participant pas aux examens et que leur rapport final avait été soumis, en dernière relecture, à un médecin n'ayant pas examiné l'assuré afin de juger de la clarté du texte et de la pertinence des conclusions. Ils ont ensuite retenu, après avoir examiné les pièces du dossier et l'assuré, les diagnostics suivants : cervicalgies chroniques avec brachialgies droites sur spondylose et spondylarthrose pluri-étagée C4-C5 et C5-C6 et C6-C7 avec canal cervical étroit, sans myélopathie et rétrécissements foraminaux C3-C4 et C4-C5 (M 47.82) dès 2000 ; cervicalgies chroniques et distorsion de la colonne cervicale de grade I depuis le 3 février 2000 (avec répercussion sur la capacité de travail) et spondylolisthésis L5-S1 de grade 1 (sans répercussion sur la capacité de travail).

Sur le plan professionnel, l'activité de facteur n'était plus exigible. En revanche, une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de situations en position fixe et prolongée de la tête, pas de mouvements répétitifs de la nuque et des membres supérieurs au-dessus du plan des omoplates, pas de port de charges de plus de 5 kg) était possible, depuis juin 2001, à raison de huit heures par jour, sans diminution de rendement, moyennant un poste de travail ergonomique.

b. Considérant que l'expertise précitée était convaincante, l'OAI a, par décision du 2 mai 2018, nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, aucune aggravation de son état de santé postérieurement au 15 décembre 2010 n'ayant été retenue, si bien que le degré d'invalidité de 31 % établi à l'époque était maintenu.

c. La chambre de céans, saisie du recours interjeté par l'assuré, l'a rejeté par arrêt du 30 avril 2019 (ATAS/381/2019), considérant en substance que l'expertise des Drs H_____ et G_____ pouvait se voir reconnaître une pleine valeur probante. En effet, elle n'avait pas de motifs de s'écarter de leurs conclusions, lesquels

confirmaient que le recourant continuait à disposer d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée après le 15 décembre 2010.

d. Dans son arrêt du 4 décembre 2019 (9C_413/2019), le Tribunal fédéral a partiellement admis le recours et annulé l'arrêt de la chambre de céans du 30 avril 2019 ainsi que la décision de l'OAI du 2 mai 2018. Il a renvoyé la cause à l'OAI pour qu'il procède aux démarches nécessaires pour que le nom ou les noms des médecins dont les Drs G_____ et H_____ s'étaient adjoints l'assistance soi(en)t communiqué(s) à l'assuré et que celui-ci puisse se prononcer sur un éventuel motif de récusation, puis qu'il rende une nouvelle décision sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité.

D. a. Suite au renvoi de la cause, l'OAI a interrogé le I_____, lequel a indiqué, en date du 21 janvier 2020, que le docteur J_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et la doctoresse K_____, spécialiste FMH en pneumologie, étaient les médecins dont les experts s'étaient adjoints l'assistance dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire du 11 juillet 2017.

b. L'OAI a alors invité l'assuré à lui faire savoir s'il entendait soulever ou non un motif de récusation à l'encontre de ces deux médecins impliqués dans la rédaction de l'expertise.

c. Le 14 février 2020, l'assuré a, sous la plume de son conseil, sollicité la récusation des médecins précités.

d. Par projet de décision du 28 février 2020, confirmé par décision du 15 février 2021, l'OAI a constaté que les motifs de récusation invoqués n'étaient pas de nature à être pris en considération. Par ailleurs, la valeur probante du rapport d'expertise du 11 juillet 2017 avait été confirmée par la chambre de céans et n'avait pas été remise en question sur le fond par le Tribunal fédéral, étant rappelé que le dossier lui avait été retourné uniquement pour examen des conditions du droit à une éventuelle rente pour la période postérieure au 15 décembre 2010. Or, l'instruction médicale n'avait montré aucune aggravation de l'état de santé de l'assuré pour la période concernée, de sorte que le degré d'invalidité de 31 % devait être maintenu, ce qui était toujours insuffisant pour ouvrir le droit à des prestations sous forme de rente.

E. a. Le 19 mars 2021, l'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours auprès de la chambre de céans, concluant, préalablement à la réalisation d'une expertise judiciaire, principalement, à l'annulation de la décision du 15 février 2021 ainsi qu'à l'octroi, au minimum, d'une demi-rente d'invalidité dès le 16 décembre 2010 et subsidiairement au renvoi de la cause pour nouveau calcul de la perte de gain.

À l'appui de son recours, l'assuré a, d'une part, maintenu ses motifs de récusation à l'égard du Dr J_____ et de la Dresse K_____, et d'autre part, contesté la valeur probante de leur rapport d'expertise et la comparaison des revenus effectuée par l'office intimé.

b. Dans sa réponse du 13 avril 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours, pour les mêmes motifs que ceux invoqués dans son projet de décision du 28 février 2020, confirmé par décision du 15 février 2021.

c. Par réplique du 7 mai 2021 et duplique du 31 mai 2021, le recourant, respectivement l'office intimé, ont intégralement persisté dans les arguments et conclusions de leurs précédentes écritures.

d. Par ordonnance du 22 juillet 2022 (ATAS/672/2022), la chambre de céans a considéré que l'expertise du I_____ du 11 juillet 2017 revêtait une pleine valeur probante et qu'il y avait lieu de retenir une capacité de travail entière dans une activité adaptée après le 15 décembre 2010 et ce jusqu'à la date de l'expertise précitée. En revanche, les rapports versés au dossier postérieurement à cette date montraient que l'état de santé du recourant s'était vraisemblablement aggravé, de sorte qu'une nouvelle expertise, comprenant les volets neurologique et orthopédique, s'imposait. Aussi, la chambre de céans a-t-elle nommé, pour expertise, la docteure L_____, médecin interne neurologue, la docteure M_____, cheffe de clinique superviseur au service de neurologie, le docteur N_____, orthopédiste, et le docteur O_____, superviseur au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, lesquels exercent au sein des P_____ (P_____).

e. Après avoir effectué des examens complémentaires et pris connaissance du dossier, les médecins précités ont établi leurs rapports respectifs en date des 20 octobre 2023 et 8 mars 2024.

Selon le rapport des experts en orthopédie, daté du 20 octobre 2023, les diagnostics étaient les suivants : myélopathie cervicale avec claudication médullaire cervicale sur canal cervical étroit avec atteinte dégénérative multi-étagée sur rétrécissements canalaire central et foraminaux multi-étagés, surtout entre C3-C4 et C6-C7 ainsi que névralgie d'Arnold (avec répercussion sur la capacité de travail) et d'antélisthésis L5-S1 de grade 1, rétrolisthésis L3-L4 et lésion calcifiée de 14 mm en sur-projection de la partie supérieure du champ pulmonaire droite (sans répercussion sur la capacité de travail). Les atteintes précitées entraînaient les limitations fonctionnelles suivantes : pas de position prolongée fixe de la tête, pas de mouvements répétitifs en flexion-extension et rotation de la nuque et des membres supérieurs et pas de port de charge de plus de 5 kg depuis le 3 mars 2000. Seule une activité n'impliquant aucun mouvement physiologique du cou était envisageable. Cela étant, même dans une telle activité, la capacité de travail était de 20% depuis 2017, compte tenu d'une diminution de rendement de 80%.

Pour leur part, les experts en neurologie ont retenu, dans leur rapport vraisemblablement daté du 8 mars 2023, les diagnostics de rétrécissement canalaire (FA82) cervical sur discarthrose étagée avec myélopathie cervicale (8B42) ; radiculopathie (8B93.0) cervicale dans le cadre de rétrécissements

neuroforaminaux sur discarthrose étagée et troubles neurocognitifs d'origine multifactorielle sur des douleurs chroniques, médicamenteuse, thymique et composante fonctionnelle (6D71) (avec répercussion sur la capacité de travail) et de trouble neurologique fonctionnel avec troubles sensitifs de l'hémicorps et hémiface droite (6B60) (sans répercussion sur la capacité de travail). Ces atteintes entraînaient les limitations fonctionnelles suivantes : pas de tâches nécessitant de porter des objets de plus de 5kg, changement de position de manière régulière afin de limiter au maximum une position fixe et prolongée de la tête, pas de mouvements répétitifs de la nuque et du membre supérieur droit, une seule tâche à la fois. S'agissant de la capacité de travail, les médecins des P_____ ont considéré, en se basant sur les constatations médicales et notamment sur l'expertise de 2017, qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles semblait raisonnablement exigible à cette date. Cela étant, en raison d'une aggravation clinique constatée le 30 mars 2023, aggravation dont la date exacte n'était pas évaluable mais très certainement progressive, la capacité de travail était désormais estimée à 20%, sous réserve d'une prise en charge chirurgicale.

Enfin, de l'appréciation consensuelle, il ressort que les quatre experts étaient d'accord quant à l'aggravation survenue au fil des années, expliquant encore qu'une intervention chirurgicale semblait indiquée, mais qu'il était probable qu'une reprise professionnelle reste compromise malgré ladite intervention.

f. Le 11 avril 2024, l'OAI s'est déterminé sur l'expertise précitée en se fondant sur un avis de son service médical régional (SMR) daté du 8 avril 2024, annexé et a considéré que les conclusions sur la capacité de travail prises par les experts étaient non probantes et devaient être écartées ou faire l'objet d'une étude plus fournie.

g. Par écriture du 30 avril 2024, le recourant a, pour sa part, conclu à ce qu'une pleine valeur probante soit accordée à l'expertise judiciaire, qui avait en particulier mis en évidence, par l'examen neurologique du 30 mars 2023, une aggravation très sensible de son état de santé. Cette aggravation devait conduire à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, compte tenu des limitations fonctionnelles retenues par les experts, entraînant une capacité de travail de 20% dans une activité adaptée, à tout le moins depuis la date de cet examen. Le recourant a ainsi persisté dans ses conclusions, concluant subsidiairement à l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} avril 2023.

h. Le 23 mai 2024, après avoir pris connaissance des déterminations de l'OAI du 11 avril 2024, le recourant a encore relevé que le SMR ne remettait pas médicalement en cause l'aggravation de son état de santé, mais critiquait sans aucun développement les limitations fonctionnelles et la baisse de rendement retenues par les experts. Il a relevé que le volet orthopédique concluait expressément à l'existence d'une claudication médullaire comme étant à l'origine de la baisse de rendement, les troubles neurogènes étant dynamiques et les symptômes survenant à l'effort, et la myélopathie étant en interaction avec la

claudication médullaire. Les volets orthopédique et neurologique s'accordaient par ailleurs consensuellement sur l'aggravation progressive de son état de santé depuis 2017, qui était objectivée depuis l'examen neurologique du 30 mars 2023. Pour le surplus, le recourant a persisté dans ses conclusions.

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

EN DROIT

1. La compétence de la chambre de céans et la recevabilité du recours ont été examinées dans l'ordonnance d'expertise du 22 juillet 2022 (ATAS/672/2022), de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir.

2. À titre liminaire, il y a lieu de circonscrire l'objet du litige.

2.1 L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaquée (ATF 131 V 164 consid. 2.1; 125 V 413 consid. 1b et 2). Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déférée en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 414 consid. 1A, 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

Par ailleurs, 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; ATF 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; ATF 130 V 130 consid. 2.1).

2.2 En l'espèce, le 23 juillet 2001, le recourant a saisi l'OAI d'une demande de prestations tendant au versement d'une rente. L'instruction de cette demande a nécessité la mise en œuvre de plusieurs expertises et le droit du recourant à une rente d'invalidité a fait l'objet de plusieurs décisions et recours.

2.2.1 Ainsi, en 2006, l'OAI a mandaté les Drs D_____, psychiatre, et E_____, chirurgien orthopédique, pour expertise. Se fondant sur leurs rapports, l'OAI a, par décision du 15 décembre 2010, nié le droit du recourant à une rente, la comparaison des revenus conduisant à un degré d'invalidité de 31%, insuffisant pour donner droit à une rente.

Par arrêt du 2 avril 2015 (ATAS/274/2015), la chambre de céans a rejeté le recours de l'assuré, ce qui a été confirmé par le Tribunal fédéral par arrêt du 24 mars 2016 (cause 9C_371/2015). Cependant, notre Haute Cour a transmis le dossier à l'OAI et l'a invité à examiner si les conditions du droit à une rente étaient réalisées pour la période postérieure au 15 décembre 2010.

2.2.2 Suite au renvoi de la cause, l'OAI a ordonné une nouvelle expertise, qu'il a confiée à la Dre G _____ et au Dr H _____, médecins auprès du I _____.

Considérant que le rapport des médecins précités établi le 11 juillet 2017 était convaincant, l'OAI a, par décision du 2 mai 2018, nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, aucune aggravation de son état de santé postérieurement au 15 décembre 2010 n'ayant été retenue, si bien que le degré d'invalidité de 31 % établi à l'époque était maintenu.

La décision de l'OAI a été confirmée par la chambre de céans dans son arrêt du 30 avril 2019 (ATAS/381/2019).

Cependant, dans son arrêt du 4 décembre 2019 (cause 9C_413/2019), le Tribunal fédéral a partiellement admis le recours et annulé l'arrêt de la chambre de céans du 30 avril 2019, ainsi que la décision de l'OAI du 2 mai 2018, les droits de participation du recourant n'ayant pas été respectés lors de la procédure de mise en œuvre de l'expertise administrative, dès lors que le nom des médecins ayant assisté les experts n'avait pas été transmis au recourant. Aussi, notre Haute Cour a-t-elle renvoyé la cause à l'OAI pour qu'il procède aux démarches nécessaires pour que le nom ou les noms des médecins dont les Drs G _____ et H _____ s'étaient adjoints l'assistance soi(en)t communiqué(s) au recourant et que celui-ci puisse se prononcer sur un éventuel motif de récusation, puis qu'il rende une nouvelle décision sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

Suite au renvoi de la cause, l'OAI a transmis les noms des médecins auxiliaires au recourant, qui a fait valoir des motifs de récusation. Ceux-ci ont été rejetés par l'OAI par décision du 15 février 2021, décision dans laquelle l'office en question a également nié le droit du recourant à une rente d'invalidité.

C'est contre cette décision du 15 février 2021 que l'assuré a interjeté recours par écriture du 19 mars 2021.

2.3 Eu égard à ce qui précède, le litige porte donc sur le droit du recourant à une rente d'invalidité postérieurement au 15 décembre 2010, plus particulièrement sur la question de savoir si son état de santé s'est aggravé entre le 16 décembre 2010 et le 14 février 2021, la chambre de céans devant examiner légalité de la décision entreprise du 15 février 2021 d'après l'état de fait existant au moment où dite décision a été rendue. Dans ce contexte, le recourant a sollicité la récusation de la Dre K _____ et du Dr J _____. Il a également contesté la valeur probante du rapport du I _____ du 11 juillet 2017. Enfin, il a requis à une nouvelle comparaison des revenus.

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 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 - LPGA - RS 830.1 et 4 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 - LAI - 831.20). 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).

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

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 des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

3.3 En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

4.

4.1 Lorsque la rente d'invalidité a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI ; RS 831.201] par analogie).

4.2 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 (cf. 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 ; ATF 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 ; ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b).

4.3 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 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

5.

5.1 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. 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).

5.2 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 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

5.3 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.

5.3.1 Selon l'art. 43 al. 1 phr. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin.

En matière d'assurance-invalidité, l'OAI peut notamment confier à un médecin expert indépendant la charge d'une expertise (art. 59 al. 3 LAI et 44 LPGA, dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2021).

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

5.3.2 En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis

n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). À noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

6.

6.1 Selon l'art. 44 LPGA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions.

La communication du nom de l'expert doit notamment permettre à l'assuré de reconnaître s'il s'agit d'une personne à l'encontre de laquelle il pourrait disposer d'un motif de récusation (ATF 146 V 9 consid. 4.2).

6.2 Les principes posés par la jurisprudence en relation avec l'art. 44 LPGA, tant sous l'angle des droits de participation de l'assuré que des exigences en matière de substitution de l'expert mandaté et de l'obligation de communiquer le nom des médecins mandatés préalablement à l'expertise, respectivement le droit de l'assuré de connaître ce nom, concerne la personne qui est chargée par l'assurance-invalidité (ci-après : AI) d'effectuer l'expertise. Cette obligation ne s'étend pas au nom du tiers qui assiste l'expert pour des activités annexes ne faisant pas partie des tâches fondamentales d'expertise. On ne saurait en revanche considérer comme un simple auxiliaire accomplissant une tâche secondaire le médecin chargé par l'expert d'établir l'anamnèse de base de la personne soumise à l'expertise, d'analyser et de résumer le dossier médical ou de relire le rapport pour vérifier la pertinence de ses conclusions. En conséquence, leur nom doit également être communiqué au préalable à l'assuré, conformément à l'art. 44 LPGA, et le non-respect de cette exigence constitue une violation de ses droits de participation et d'être entendu (ATF 146 V 9 consid. 4.2.3, 4.3.2 et 4.4).

6.3 La notion de « raisons pertinentes » au sens de l'art. 44 LPGA comprend d'une part les motifs de récusation prévus par la loi et d'autre part d'autres motifs pertinents, tels que le manque de compétence dans le domaine médical retenu ou encore un manque d'adéquation personnelle de l'expert (BÖHME, *Der medizinische Sachverständigenbeweis in der obligatorischen Unfallversicherung*, 2018, n° 508 p. 259). La notion de « raisons pertinentes » de l'art. 44 LPGA va

dès lors au-delà des motifs de récusation formels prévus par la loi (Anna BÖHME, op. cit, n° 507 p. 259).

Un expert passe ainsi pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à apporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF 132 V 93 consid. 7.1; 128 V 82 consid. 2a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_452/2020 du 7 octobre 2021 consid. 2.3.2).

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 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 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 126 V 319 consid. 5a).
8. Comme cela a été relevé ci-dessus sous consid. 2, le litige porte sur la question d'une aggravation de l'état de santé du recourant postérieurement au 10 décembre 2010.

Pour les besoins de l'instruction, deux expertises ont été réalisées. La première, que l'OAI a confiée au I_____, concerne la période du 10 décembre 2010 au 11 juillet 2017 (ci-dessous consid. 8.1.). La seconde, qui a été confiée par la chambre de céans aux médecins des P_____, concerne la période depuis le 11 juillet 2017 (ci-dessous consid. 8.2).

8.1 La période du 10 décembre 2010 au 11 juillet 2017 est donc visée par l'expertise confiée au I_____, dont la validité a été contestée à plusieurs reprises par le recourant, en dernier lieu dans son écriture du 19 mars 2021.

8.1.1 Dans ladite écriture, le recourant a tout d'abord estimé que le Dr J_____ et la Dre K_____ auraient dû être récusés pour les motifs suivants :

- ni le Dr J_____, ni la Dre K_____ n'étaient spécialisés dans les domaines sur lesquels a porté l'expertise ;
- la Dre K_____ avait exercé durant plusieurs années comme médecin cheffe du SMR ;

- et l'OAI n'avait pas cherché à éclaircir les liens pouvant unir le docteur Q_____, médecin expert en chirurgie orthopédique auprès du I_____ au docteur E_____, dont l'expertise avait, dans un premier temps, été jugée non probante par la chambre de céans dans son ATAS/1240/2012 du 12 octobre 2012.

Ces critiques ont été examinées par la chambre de céans dans son ordonnance d'expertise du 22 juillet 2022 (ATAS/672/2022), comme suit :

- Certes, le Dr J_____ et la Dresse K_____ n'étaient pas spécialistes FMH, ni en neurologie, ni en orthopédie. Ce qui importait toutefois, c'était que les Drs H_____ et G_____, qui s'étaient vus confier la mission d'examiner l'assuré, le fussent. Le Dr J_____ et la Dresse K_____ n'étaient par ailleurs intervenus que pour accomplir des tâches secondaires, soit répertorier et citer les pièces du dossier, relire et vérifier la cohérence du texte final, tâches qui ne nécessitaient pas de connaissances spécialisées dans les disciplines ayant fait l'objet d'un examen et qu'ils n'avaient eu aucun pouvoir décisionnaire (consid. 4.6).
- Ensuite, le fait que la Dre K_____ ait travaillé au sein du SMR ne permettait pas mettre en doute son impartialité pour ce seul motif, ce d'autant moins qu'elle n'était pas le médecin mandaté pour réaliser l'expertise (consid. 4.7).
- Enfin, c'était à juste titre que l'OAI n'avait pas approfondi la question d'éventuels liens entre le docteur E_____, dont l'expertise du avait dans un premier temps été jugée non probante par la chambre de céans (ATAS/1240/2012) et le Dr E_____, ce dernier n'étant pas intervenu dans l'expertise du I_____ (consid. 4.8).

Partant, pour la chambre de céans, aucune des causes de récusation soulevée par le recourant ne pouvait être retenue (cf. ATAS/672/2022 consid. 4.9).

8.1.2 Le recourant a en outre contesté la valeur probante du rapport du I_____.

Dans son ordonnance du 22 juillet 2022 (cf. ATAS/672/2022), la chambre de céans a tout d'abord retenu que le Tribunal fédéral ne s'était pas prononcé sur la question de la valeur probante de l'expertise du 11 juillet 2017, contrairement à ce qui avait été affirmé par l'OAI. Etant donné que par arrêt 9C_413/2019 du 4 décembre 2019, notre Haute Cour a annulé ATAS/381/2019 du 30 avril 2019, dans lequel la chambre de céans a admis la valeur probante de l'expertise précitée, il convenait de se prononcer à nouveau sur cette question (consid. 8.2).

La chambre de céans a donc rappelé la position qu'elle avait adoptée dans son arrêt du 30 avril 2019. Ainsi, elle y avait constaté que, du point de vue formel, les médecins du I_____ avaient pris connaissance du dossier, établi une anamnèse, recueilli les plaintes du recourant et relaté les résultats de leurs examens cliniques. Sur le fond, les Drs G_____ et H_____ avaient constaté que, sur le plan orthopédique, l'assuré présentait surtout des troubles dégénératifs pluri-étagés

avec un canal cervical étroit. La situation d'alors était stabilisée et les plaintes de l'assuré, quoique mal systématisées, étaient constantes et de description identique depuis environ 2001. Sur le plan neurologique, seules pouvaient être retenues une cervicalgie chronique simple depuis 2001 et une distorsion de la colonne cervicale de grade I selon l'échelle de la Québec Task Force à la suite de l'accident de 2005. La situation ne s'était toutefois pas aggravée depuis 2010 (consid. 8.3).

Eu égard à ce qui précède, la chambre de céans a donc considéré, dans son ordonnance du 22 juillet 2022, qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter des conclusions de l'arrêt du 30 avril 2019. Elle a donc confirmé la valeur probante de l'expertise du 11 juillet 2017 et a repris ses conclusions, à savoir que la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée était entière entre le 15 décembre 2010 et le 11 juillet 2017, date de l'expertise du I_____ (consid. 8.3).

8.2 Dans l'ordonnance précitée, la chambre de céans a également examiné la question si les pièces nouvelles versées au dossier depuis l'expertise permettaient de considérer que l'état de santé du recourant s'était aggravé.

Après avoir résumé ces nouvelles pièces, la chambre de céans a considéré que l'état de santé du recourant s'était vraisemblablement aggravé depuis l'expertise du 11 juillet 2017, raison pour laquelle elle a mandaté les Dres L_____ et M_____, neurologues, et les Drs N_____ et O_____, orthopédistes, pour expertise.

Il convient donc d'examiner la valeur probante des rapports établis par les médecins précités en date des 20 octobre 2023 et 8 mars 2024.

8.2.1 Préalablement, c'est le lieu de relever qu'avant d'examiner l'assuré, les médecins orthopédistes ont fait pratiquer des examens complémentaires soit, en date du 15 décembre 2022, un examen des potentiels évoqués somatosensoriels (PES), et le 6 janvier 2023, une IRM de la colonne cervicale ainsi qu'une EOS de la colonne totale en position debout. Ils ont ensuite examiné l'assuré le 11 janvier 2023. Le 27 février 2023, un examen des potentiels évoqués moteurs (PEM) a encore été demandé. L'assuré a ensuite été examiné, le 30 mars 2023, par les médecins neurologues. À leur demande, une IRM cérébrale neurocrâne et un complément d'IRM de la colonne cervicale ont été effectués en date des 9 mai, respectivement 9 août 2023. Un examen neuropsychologique a également été réalisé à une date non précisée.

Après avoir effectué les examens complémentaires précités, examiné l'assuré et pris connaissance du dossier, les experts ont ensuite établi leurs rapports respectifs en date des 20 octobre 2023 et 8 mars 2024.

Sur le plan formel, les rapports précités répondent aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Ils contiennent en effet le résumé du dossier, les indications subjectives du recourant, des observations cliniques ainsi qu'une discussion générale du cas. Les conclusions des médecins des P_____, qui

résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires et bien motivées.

8.2.2 Sur le fond, les experts neurologues ont retenu les diagnostics de rétrécissement canalaire (FA82) cervical sur discarthrose étagée avec myélopathie cervicale (8B42); radiculopathie (8B93.0) cervicale dans le cadre de rétrécissements neuroforaminaux sur discarthrose étagée et troubles neurocognitifs d'origine multifactorielle sur des douleurs chroniques, médicamenteuse, thymique et composante fonctionnelle (6D71) (avec répercussion sur la capacité de travail) et de trouble neurologique fonctionnel avec troubles sensitifs de l'hémicorps et hémiface droite (6B60) (sans répercussion sur la capacité de travail), étant précisés que les codes retenus sont ceux de la CIM-11.

Le rétrécissement cervical était sévère en C3-C4, d'autant plus qu'il était associé à des signes de souffrance médullaire, et moyen au reste de l'étage cervical. Les rétrécissements neuroforaminaux étaient de sévérité moyenne à sévère, avec une atteinte radiculaire à droite. L'atteinte cognitive et le trouble neurologique fonctionnel étaient légers.

Tant l'atteinte dégénérative de la colonne cervicale – provoquant une myélopathie compressive ayant un impact sur les fonctions motrices à destination des membres supérieur et inférieur droits – que les rétrécissements neuroforaminaux – engendrant une atteinte radiculaire objectivable à l'électroneuromyogramme – corroboraient l'atteinte motrice. L'atteinte sensitive en revanche ne retrouvait pas de substrat organique, notamment au niveau facial, la composante fonctionnelle restant probable. Les plaintes cognitives avaient, quant à elles, une origine mixte (probablement thymique et fonctionnelle) selon les constats du bilan neuropsychologique et de l'IRM cérébrale.

À la question de savoir si l'état de santé de l'expertisé s'était détérioré/amélioré depuis l'expertise du 15 décembre 2010, respectivement 11 juillet 2017, les experts neurologues ont penché en faveur d'une détérioration – objectivée à l'examen clinique pour des éléments non décrits auparavant – s'agissant d'une atteinte pyramidale sous la forme d'une hyperréflexie de l'hémicorps droit associé à des signes d'une atteinte périphérique du membre supérieur droit, avec fasciculations dans certains muscles et faiblesse associée.

Les experts ont également considéré que les limitations fonctionnelles étaient totales dans l'activité habituelle. Le recourant pouvait en revanche effectuer une activité lucrative limitée à ses capacités fonctionnelles, sous réserve des mesures médicales proposées au vu des constatations objectivées lors de l'expertise. L'activité devait tenir compte des douleurs provoquées par la station immobile sur le long terme et l'impossibilité d'effectuer des tâches nécessitant de porter des objets de plus de 5kg, surtout au vu de sa faiblesse actuelle, et devait permettre un changement de position de manière régulière pour éviter au maximum une

position fixe et prolongée de la tête, de même que de limiter les mouvements répétitifs de la nuque et du membre supérieur droit, et de permettre d'effectuer une seule tâche à la fois au vu de la fatigabilité et des difficultés de concentration.

La capacité de travail dans une activité adaptée s'était modifiée au cours du temps. Ainsi, en se référant aux constatations des précédents médecins et notamment de l'expertise de 2017, une activité adaptée semblait raisonnablement possible à cette période. Cependant, la capacité de travail actuelle était estimée à 20%, soit 2h/jour maximum, en raison d'une aggravation clinique constatée le 30 mars 2023, aggravation dont la date n'est pas évaluable, mais très certainement progressive. Néanmoins, une évaluation neurochirurgicale/orthopédique avec discussion d'une éventuelle décompression devait être envisagée au préalable, avec cas échéant une reprise de la physiothérapie ainsi que de la gestion de la douleur. À défaut, il existait un risque d'aggravation de la compression médullaire et radiculaire pouvant engendrer une péjoration neurologique et une tétraparésie et une atteinte sensitive avec impact majeure sur la capacité de travail, dans le pire des cas. Une nouvelle évaluation de la capacité de travail devrait ensuite être effectuée.

La reprise du travail restait toutefois réservée au vu de la situation psychosociale, de la chronicisation des symptômes, de l'absence de travail depuis plusieurs années ainsi que de l'aggravation neurologique avec des signes d'atteintes actives et chroniques potentiellement non réversibles. Il était enfin possible que l'évaluation neurochirurgicale/orthopédique avec discussion d'une éventuelle décompression, la reprise de la physiothérapie et de la gestion de la douleur, bénéficie uniquement à la qualité de vie de l'expertisé et non à son rendement professionnel.

8.2.3 Pour leur part, les experts en orthopédie ont retenu, dans leur rapport du 20 octobre 2023, les diagnostics de myélopathie cervicale avec claudication médullaire cervicale sur canal cervical étroit avec atteinte dégénérative multi-étagée sur rétrécissements canalaire central et foraminaux multi-étagés, surtout entre C3-C4 et C6-C7 ainsi que névralgie d'Arnold (avec répercussion sur la capacité de travail) et d'antélisthésis L5-S1 de grade 1, rétrolisthésis L3-L4 et lésion calcifiée de 14 mm en sur-projection de la partie supérieure du champ pulmonaire droite (sans répercussion sur la capacité de travail).

Les experts ont également donné quelques explications au sujet de la myélopathie cervicale dégénérative. Cette atteinte était définie par la présence d'une ou de plusieurs altérations dégénératives au niveau de la colonne cervicale (telles qu'une dégénérescence discale, spondylose cervicale, ossification du ligament longitudinal postérieur ou du ligament jaune) ayant comme conséquence une sténose du canal cervical, pouvant mener à une compression du cordon médullaire. Une telle compression pouvait avoir un retentissement clinique avec le développement d'une myélopathie. Les manifestations cliniques pouvaient débiter avec des douleurs au niveau cervical associées ou non à des douleurs

neurogènes irradiant aux quatre membres et pouvant évoluer vers la parésie, la perte de dextérité, les troubles sphinctériens et de l'équilibre. La subtilité du diagnostic de myélopathie cervicale avec claudication médullaire était son aspect dynamique avec un examen clinique quasiment dans la norme dans les stades précoces, mais une apparition des symptômes à l'effort, lors de la mobilisation de la tête et des mouvements répétitifs des membres supérieurs.

Le port de charges et les mouvements répétitifs de la tête et du cou déclenchaient et aggravaient les symptômes au niveau cervical et les douleurs irradiant vers le membre supérieur droit. De plus, le recourant présentait une perte de dextérité fine quand il s'agissait d'effectuer des mouvements répétitifs avec les mains.

L'évolution naturelle de la maladie exposait le recourant à une aggravation progressive depuis le début des symptômes en février 2000 et en l'absence de traitement spécifique de la myélopathie, la péjoration progressive était susceptible de conduire jusqu'à la tétraparésie ou tétraplégie.

Les atteintes diagnostiquées étaient graves. Elles correspondaient par ailleurs à un substrat organique objectivable. Ce qui était toutefois difficile à comprendre était la notion de claudication neurogène, laquelle était à l'origine du handicap. En effet, l'examen neurologique risquait d'être relativement dans la norme car le problème était dynamique et que les symptômes apparaissaient surtout à l'effort.

Les experts neurologues notaient une détérioration progressive de l'état de santé du recourant par rapport à 2017.

Les atteintes précitées entraînaient, par ailleurs, les limitations fonctionnelles suivantes : pas de position prolongée fixe de la tête, pas de mouvements répétitifs en flexion-extension et rotation de la nuque et des membres supérieurs et pas de port de charge de plus de 5 kg depuis le 3 mars 2000. Seule une activité n'impliquant aucun mouvement physiologique du cou était envisageable, à raison de 20% depuis 2017, compte tenu d'une diminution de rendement de 80%, l'activité habituelle de facteur n'étant, quant à elle, plus exigible.

Interrogé sur les avis du SMR et les rapports des médecins traitants établis après l'expertise du 11 juillet 2017, les experts orthopédistes ont expliqué que le diagnostic principal retenu jusqu'à 2023 ne tenait pas compte de la claudication médullaire sur le canal cervical étroit. Les diagnostics retenus par le passé étaient incomplets. *A posteriori*, après étude du bilan radiologique et électrophysiologique, il paraissait clair que ce diagnostic de claudication aurait pu être retenu plus tôt. La détermination de ce diagnostic demeurait néanmoins difficile et son délai long en raison de son aspect dynamique avec une évaluation clinique et des examens complémentaires pouvant s'avérer dans la norme lorsqu'ils étaient réalisés au repos.

8.2.4 Force est de constater que les explications circonstanciées des experts sont convaincantes.

Certes, les experts en orthopédie considèrent, *a posteriori*, que l'incapacité de travail était susceptible de remonter à 2017 déjà. Toutefois, cette date résulte vraisemblablement d'une erreur de plume. En effet, les experts ont noté une détérioration progressive de l'état de santé du recourant par rapport à 2017, en lien avec l'histoire naturelle de l'atteinte (point 5.1, expertise orthopédique p. 10). Ils ont également évoqué que le fil naturel de la maladie faisait qu'une aggravation progressive de la maladie était attendue et que celle-ci provoquait une diminution progressive de la capacité de travail du recourant tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Cela était d'ailleurs le cas du recourant, avec une diminution de sa capacité de travail depuis la dernière expertise de 2017 (point 3, expertise orthopédique p. 11).

En tout état, les quatre experts s'accordent à retenir une aggravation progressive au fil des années (ch. 13 expertise neurologique p. 16) sans préciser de date.

Dans de telles circonstances, la chambre de céans n'a d'autre choix que de retenir que ladite aggravation a été objectivée en date du 30 mars 2023 et que c'est donc cette date qui doit être retenue pour une éventuelle modification de la capacité de travail, toute autre date n'étant que pure spéculation.

Cette date est toutefois postérieure à la décision querellée du 15 février 2021, dont la légalité s'examine eu égard aux faits existant à cette période. Il s'agit donc d'un fait nouveau, sortant du cadre du présent litige.

Par conséquent, les considérations de l'OAI quant à la cohérence de l'appréciation de la capacité de travail faite par les experts n'ont pas à être examinées dans la présente cause.

Cela étant, comme cela a été le cas, notamment dans l'arrêt 9C_371/2015 du 2 avril 2015, la cause doit être renvoyée à l'OAI pour que celui-ci se prononce dans une nouvelle décision sur l'aggravation constatée le 30 mars 2023, étant constaté que le recours du 19 mars 2021 et la réplique du 7 mai 2021 doivent être considérés comme des nouvelles demandes.

9. Le recourant conteste également la comparaison des revenus, considérant que plusieurs éléments auraient dû être mis à jour. De son côté, l'office intimé invoque l'autorité de chose jugée, la chambre de céans ayant conclu, dans son ATAS/381/2019 du 30 avril 2019, que « le degré d'invalidité du recourant ne s'étant pas modifié dans une mesure ouvrant le droit aux prestations après décembre 2010, la décision de l'intimé doit être confirmée ».

9.1 La décision ou la décision sur opposition porte en principe sur un ou plusieurs rapport(s) juridique(s) (par exemple, sur le droit de la personne assurée à une prestation d'assurance déterminée, telle qu'une indemnité journalière, une rente ou une indemnité pour atteinte à l'intégrité, des cotisations à verser par la personne assurée ou son employeur ou une obligation de restituer des prestations indûment versées). Le dispositif de la décision règle le rapport juridique comme tel (par exemple, l'Office de l'assurance-invalidité alloue une rente entière

d'invalidité d'un montant mensuel de x CHF pour une période déterminée, puis une demie rente d'invalidité d'un montant mensuel de y CHF). La motivation de la décision se rapporte à l'ensemble des éléments de fait et de droit qui conduisent à ce dispositif (incapacité de travail, capacité résiduelle de travail, revenu hypothétique sans invalidité, revenu d'invalidité, taux d'invalidité, gain assuré, etc.). Chacun de ces éléments constitue l'un des aspects de la motivation, dont dépend finalement le dispositif de la décision. En d'autres termes, la décision règle des droits et obligations, non des éléments de motivation (MÉTRAL, in Commentaire romand de la LPGA, 2018, n° 11 ad Art. 56 et les références).

Selon la jurisprudence, l'autorité de la chose jugée (formelle et matérielle) de décisions portant sur des prestations durables d'assurance sociale, soit notamment des rentes de l'assurance-invalidité, n'est en principe pas limitée dans le temps. Pour autant que la situation de fait ne soit plus susceptible d'évoluer au moment de la décision, cette autorité s'étend aussi bien aux conditions du droit à la prestation qu'aux facteurs qui en fixent l'étendue. Sous réserve d'une révision procédurale (art. 53 al. 1 LPGA) ou d'une reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), lesdits éléments ne peuvent pas être remis en question et réexaminés à tout moment, sauf si la loi prévoit expressément une autre réglementation (comme c'est le cas en matière de prestations complémentaires; ATF 128 V 39). Ces principes valent également dans le cadre d'une procédure de révision au sens de l'art. 17 LPGA ou de nouvelle demande. En revanche, la survenance d'une atteinte à la santé totalement différente de celle qui prévalait au moment du refus de la première demande de prestations et propre, par sa nature et sa gravité, à causer une incapacité de travail de 40 % au moins en moyenne sur une année a, compte tenu de l'absence de connexité matérielle avec la situation de fait prévalant au moment du refus de la première demande de prestations, pour effet de créer un nouveau cas d'assurance (ATF 136 V 369 consid. 3.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_294/2013 du 20 août 2013 consid. 4.1 et les références, in SVR 2013 IV n° 45 p. 138 ; voir également MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 2014, n. 138 ad art. 4 LAI).

9.2 Toute modification des circonstances factuelles ne constitue pas un motif de révision. Aux termes de la loi, la modification doit être « notable » (« erheblich »), c'est-à-dire qu'elle doit être susceptible de conduire à une évaluation différente du taux d'invalidité dans une mesure qui influence le droit à la rente d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.5, arrêt du Tribunal fédéral 9C_223/2011 consid. 3.2). Dans l'assurance-invalidité, tout changement de l'état de fait qui conduit à un taux d'invalidité justifiant l'application d'un échelon différent (inférieur ou supérieur) de rente (cf. art. 28 al. 2 LAI) est en principe considéré comme notable ; une faible modification du degré d'invalidité (de 2 %) peut dès lors conduire à une révision si elle entraîne le passage à un échelon autre que celui établi initialement (p. ex. une baisse de 41 % à 39 %). Toutefois, le changement en cause doit avoir trait aux circonstances (personnelles ou économiques) liées spécifiquement à la

personne assurée ; une modification peu importante des données statistiques sur lesquelles se fonde le ou les revenus déterminants devant être comparés pour évaluer le taux d'invalidité ne conduit pas à une révision de la rente d'invalidité, même si elle entraîne le passage à un échelon de rente différent (ATF 133 V 545). Cela vaut aussi lorsqu'il existe un motif particulier pour la révision (p. ex. cessation de l'activité lucrative), mais que le changement du taux d'invalidité est dû uniquement à une modification mineure du revenu statistique déterminant (arrêt du Tribunal fédéral 9C_8/2010 du 19 mars 2010).

Lorsque la comparaison des états de fait déterminants dans le temps met en évidence une modification des circonstances pertinentes, le droit à la rente doit être examiné à nouveau sous tous ses aspects factuels et juridiques (« *allseitige Prüfung* »), sans que des évaluations antérieures ne revêtent un caractère obligatoire. Il n'est pas nécessaire que ce soit l'élément de fait qui s'est modifié qui conduise à fixer différemment le droit à la rente ; selon la jurisprudence, il suffit qu'à la suite de la modification d'une circonstance, un autre élément déterminant résultant de l'examen complet du droit à la prestation entraîne une augmentation, une diminution ou une suppression de la rente (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_378/2014 du 21 octobre 2014 consid. 4.2). Par exemple, en présence d'un changement de l'état de santé de la personne assurée, une modification (hypothétique) de la répartition du champ des activités lucrative et habituelle conduisant à un autre degré d'invalidité est prise en considération pour évaluer le droit aux prestations. En dépit de cette formulation large du motif de révision, celle-ci ne saurait être effectuée à l'occasion de n'importe quel changement factuel chez la personne assurée ; il faut que la modification de fait soit telle qu'elle serait susceptible de se répercuter de manière notable, du point de vue juridique, sur le droit aux prestations en cours (arrêt du Tribunal fédéral 9C_195/2017 consid. 4.3.2). A défaut, la révision pourrait être envisagée sans condition et la rente modifiée à n'importe quel moment, ce qui ne correspond pas à l'institution de la révision telle que prévue à l'art. 17 (MOSER-SZELESS, in Commentaire romand de la LPGA, 2018, m° 27 ad Art. 17).

À l'inverse, si aucune modification notable de l'état de fait n'a pu être établie selon la vraisemblance prépondérante, il n'y a pas lieu d'effectuer un examen du droit à la rente sous tous ses aspects factuels et juridiques et d'évaluer à nouveau le degré d'invalidité en conséquence ; la situation juridique prévalant jusqu'alors est maintenue – le droit à la prestation reste inchangé – conformément au principe de la charge matérielle de la preuve (par exemple arrêt du Tribunal fédéral 9C_779/2015 du 4 mai 2016, consid. 5.5).

L'arrêt du Tribunal fédéral 9C_759/2019 du 31 juillet 2020 constitue un cas d'application de ce qui précède. Dans cet arrêt, notre Haute Cour a considéré que le spectre légèrement modifié des limitations fonctionnelles subies par l'assurée par rapport à la situation qui prévalait auparavant, ne constituait pas une modification motivant une révision. En effet, la nature de l'activité adaptée encore

exigible aux limitations fonctionnelles serait inchangée. Une telle activité ferait toujours partie des activités simples et répétitives telles que prises en compte dans les statistiques salariales de l'ESS et dont peu d'entre elles s'accomplissent à genoux, accroupi ou entraînent des déplacements répétés dans les escaliers. La capacité de gain (théorique) de l'assurée n'en serait dès lors pas modifiée ni, en conséquence, le degré d'invalidité. A défaut d'une modification notable, le taux d'invalidité n'avait pas à être fixé à nouveau en prenant en compte le critère de l'âge de l'intimée (consid. 5.2).

10. En l'espèce, le recourant considère que l'office intimé aurait quoi qu'il en soit dû procéder à une nouvelle comparaison des revenus. En effet, tout d'abord, des limitations fonctionnelles supplémentaires étaient venues s'ajouter aux précédentes limitations retenues, de sorte qu'un abattement de 25% devait désormais être appliqué. Par ailleurs, une nouvelle convention collective de travail relative de la Poste avait été adoptée en 2016 de sorte qu'il n'était pas exclu que son salaire aurait connu une augmentation plus importante que la simple indexation. Enfin, le salaire sans invalidité de CHF 66'310.- ne correspondait pas au salaire ressortant des fiches de salaire, d'un montant annuel brut de CHF 69'795.-.

Comme cela ressort de ce qui précède, seule une modification notable de la situation justifie une nouvelle comparaison des revenus. Or, par modification notable, il faut entendre une modification qui a des répercussions sur le degré d'invalidité.

Force est toutefois de constater que le spectre légèrement modifié des limitations fonctionnelles retenues par les experts du I_____ ne constitue pas une modification suffisamment notable. En effet, la nature de l'activité adaptée encore exigible resterait inchangée, dès lors qu'une telle activité ferait toujours partie des activités simples et répétitives telles que prises en compte dans les statistiques salariales de l'ESS et dont peu d'entre elles s'exercent avec mouvements répétitifs des membres supérieurs surtout au-dessus du plan des omoplates à droite. Ainsi, la capacité de gain (théorique) du recourant n'en serait dès lors pas modifiée ni, en conséquence, le degré d'invalidité. À défaut d'une modification notable des faits, le taux d'invalidité n'avait pas à être fixé à nouveau en actualisant les revenus avec et sans invalidité (voir pour un cas similaire, l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_759/2019 du 31 juillet 2020).

Par ailleurs, et en tout état, le recourant a admis avoir perçu un revenu sans invalidité de CHF 66'300.- (cf. recours du 1^{er} février 2011 p. 4 §11 « selon la décision attaquée, [le recourant] pourrait réaliser, sans son invalidité, un revenu de CHF 66'310.- par année, ce qui n'est pas contesté » et ATAS/274/2015 du 2 avril 2015 ch. 52 « par ailleurs, le salaire sans invalidité de CHF 66'310.- par an en 2011 'n'était pas contesté' »). Il n'y aurait dès lors quoi qu'il en soit pas lieu de s'écarter de ce montant pour le revenu sans invalidité. De plus, un abattement de 20% a déjà été appliqué au revenu avec invalidité retenu par l'OAI et vu le peu de

modifications dans les limitations fonctionnelles, il n'y aurait pas de raison de modifier ce pourcentage.

Partant, au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de revoir la comparaison des revenus.

- 11.** Partant, la chambre de céans n'a d'autre choix que de confirmer la décision de l'OAI du 15 février 2021, la capacité de travail du recourant étant, à cette date, entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, lesquelles n'ont connu que peu de modifications.

En revanche, il est établi qu'il y a eu aggravation progressive de l'état de santé du recourant, aggravation qui a été objectivée au début de l'année 2023, lors des examens pratiqués dans le cadre de l'expertise judiciaire.

Aussi, la cause sera-t-elle renvoyée à l'OAI pour examen du droit à la rente postérieurement dès mars 2023 et nouvelle décision, étant relevé que si l'office précité persiste à considérer que les conclusions des experts judiciaires sur la capacité de travail ne sont pas convaincantes, faute d'être suffisamment motivées comme il l'a relevé dans ses observations du 11 avril 2024, il lui appartient de demander des précisions aux médecins des P_____, comme il l'a lui-même suggéré. Il ne saurait simplement se fonder sur l'avis du SMR du 8 avril 2024 et s'écarter, sans instruction complémentaire, des conclusions de l'expertise judiciaire pour confirmer un degré d'invalidité de 31%.

- 12.** Le recours est rejeté.

La cause est toutefois renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision sur la question de l'aggravation objectivée en 2023, après éventuelle instruction complémentaire.

Le recourant, qui succombe, supporte l'émolument de procédure de CHF 200.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renvoie la cause à l'OAI pour éventuelle instruction complémentaire au sens des considérants et pour nouvelle décision.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
5. 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

Pascale HUGI

Fabienne MICHON RIEBEN

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