

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1425/2024

ATAS/224/2025

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 1<sup>er</sup> avril 2025**

**Chambre 2**

En la cause

A \_\_\_\_\_  
représenté par Me Élodie SPAHNI

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Blaise PAGAN, Président ; Maria Esther SPEDALIERO et Yves  
MABILLARD, Juges assesseurs**

---

---

**EN FAIT**

**A. a.** A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré, l'intéressé ou le recourant), né en 1978, marié et père de trois enfants nés respectivement en 2011, 2013 et 2022, ressortissant d'un État membre de l'Union européenne et titulaire en Suisse d'autorisation d'établissement (permis C UE/AELE), est domicilié dans le canton de Genève depuis 1987, où il a travaillé en tant que magasinier-cariste, en dernier lieu à 100% depuis octobre 2005, pour une entreprise de transport de marchandises et colis, déménagement et logistique d'entreposage (ci-après : l'employeur).

**b.** En raison de lombosciatalgies (S1) du côté gauche, accompagnées de « déficits moteurs algiques », l'assuré a consulté, dès le 15 septembre 2017, les urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG).

Le 12 décembre 2017, il a été opéré aux HUG d'une hernie discale L5-S1 gauche, en conflit avec la racine S1 gauche (séquestrectomie et microdissectomie L5-S1 par abord interlaminaire gauche) par les docteurs B\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_, spécialistes en neurochirurgie. L'assuré s'est vu prescrire par les HUG un arrêt de travail à 100% pour cause de maladie, du 12 décembre 2017 au 31 janvier 2018.

**c.** Le 19 mars 2018, l'assuré a été licencié, avec effet au 30 juin 2018, par l'employeur, qui a précisé avoir tenu compte du délai de protection en cas de maladie de 180 jours.

**B. a.** Le 5 février 2018, l'assuré a déposé auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI, l'office ou l'intimé) une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), mesures professionnelles et/ou rente, en raison de la hernie discale L5-S1 gauche déficitaire dont il souffrait depuis le 15 septembre 2017.

**b.** L'OAI a obtenu copie d'un rapport de consultation daté du 23 mars 2018 et rédigé par le Dr B\_\_\_\_\_, diagnostiquant une microdissectomie L5-S1 gauche, le 12 décembre 2017, compliquée par une brèche durement, ainsi que des lombosciatiques gauches persistantes, faisant état d'une rechute relativement rapide des symptômes après l'intervention de microdissectomie réalisée en décembre 2017, et préconisant une cure de cortisone, ainsi que la réalisation d'une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) lombaire.

**c.** À la demande de l'office, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin généraliste traitant, a complété un rapport le 25 octobre 2018, dans lequel il a confirmé le diagnostic de hernie discale L5-S1 opérée. La capacité de travail était nulle, depuis le 12 décembre 2017, dans tout « travail de force ». En revanche, il jugeait ladite capacité de travail entière (100%) dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient des lombalgies, donc afférentes au dos, et une réadaptation lui paraissait envisageable dans l'immédiat. Le Dr D\_\_\_\_\_ a qualifié le pronostic de « bon, mais très long 1-2 ans ».

---

Le Dr D\_\_\_\_\_ a joint copie d'un rapport établi le 11 juillet 2018 par les docteurs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_, de la consultation ambulatoire de la douleur des HUG, relatant en substance que l'assuré souffrait de lomboradiculgies L5-S1 à gauche, non soulagées par le traitement actuel et qui limitaient ses activités professionnelles, respectivement ses loisirs. Le score de Beck (14/63) était compatible avec un épisode dépressif léger et le score de sévérité de l'insomnie (16/28) avec une insomnie clinique modérée, le sommeil étant perturbé par les douleurs et parfois limité à deux heures par nuit. L'assuré avait été encouragé à reprendre progressivement le fitness, la piscine, la marche sur tapis et le rameur, afin de renforcer sa musculature paravertébrale et abdominale, de réduire ses douleurs et de prévenir la récurrence de problèmes dorso-lombaires. Une consultation avait été organisée pour discuter l'opportunité d'un suivi par le biais du programme « ProMIDos ».

**d.** Le 22 novembre 2018, l'OAI a reçu copie d'une expertise réalisée le 26 août 2018 à la demande de l'assurance perte de gain par la docteure G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, médecine physique et rééducation. La Dre G\_\_\_\_\_ y a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombosciatalgies S1 persistantes à gauche, ainsi que de « status post-opératoire de séquestrectomie et microdiscectomie du disque L5-S1 le 12 décembre 2017 avec persistance d'un résidu herniaire, fibrose autour de la racine S1 gauche à son niveau récessal, et aspect dégénératif MODIC I sur les plateaux adjacents de L5 et S1 ». Selon cette experte, c'était la problématique de lombosciatique qui limitait fonctionnellement l'assuré. L'intéressé ne participait que très peu aux tâches ménagères et se déplaçait autour de son domicile pour amener ses enfants au parc. Malgré tout, il avait pu partir en voiture en Espagne pour les vacances, la conduite ayant été assumée par sa femme. L'assuré décrivait des douleurs plutôt mécaniques, exacerbées lors de mouvements et de positions statiques. Il avait été instauré un traitement par Prégabaline et par patchs de Fentanyl (analgésique opioïde), ayant permis de réduire les douleurs (de l'ordre de 30% à 40%). À l'examen, il avait été constaté une raideur du rachis lombaire, un Schober, ainsi que des contractures importantes du carré des lombes à gauche. La marche n'était en revanche pas altérée et l'intéressé pouvait se vêtir/se dévêtir. Il existait une importante kinésiophobie et l'expertisé n'avait pas eu de rééducation post-opératoire digne de ce nom. La Dre G\_\_\_\_\_ estimait que, dans la profession antérieure de magasinier-cariste, la capacité de travail était nulle ; en effet, cette profession était contraignante, avant tout en raison du maintien de positions statiques, et elle nécessitait la manutention de marchandises, mais également l'utilisation d'un élévateur en position debout sur une plateforme sensible aux vibrations, ainsi que l'utilisation d'un « clark » (chariot élévateur) sans amortisseurs, en position assise pendant plusieurs heures ; en outre, les transbordements de marchandises étaient parfois effectués manuellement, ce qui impliquait des contraintes mécaniques. Dans une activité adaptée, la Dre G\_\_\_\_\_ jugeait la capacité de travail nulle « pour l'instant », précisant que

l'amélioration constatée demeurait insuffisante, vu la persistance d'une importante raideur lombaire et d'une kinésiophobie. Elle a suggéré une prise en charge par un physiothérapeute spécialisé dans les cas « post-opérateurs lombaires », ainsi que l'introduction d'un traitement de Dexaméthasone. Le pronostic d'amélioration était bon pour la problématique de la lombosciatalgie, dans un horizon de trois à six mois.

**e.** Selon un avis du 14 février 2019, le docteur H\_\_\_\_\_, du service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), au vu notamment de l'évaluation effectuée par le Dr D\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 25 octobre 2018), la capacité de travail de l'assuré était nulle, depuis le 15 septembre 2017, dans l'ancienne profession de magasinier-cariste, mais entière dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles d'épargne lombaire (changement des positions assise et debout à la demande, pas de port de charges supérieures à 5 kg, ni travail de force, ni de positions penchées en avant ou en porte-à-faux), ceci depuis le mois de mars 2018 (c'est-à-dire six mois après l'opération).

**f.** Le 15 février 2019, l'OAI a transmis à l'assuré un préavis (projet) de décision de refus de rente et de mesures professionnelles, fondé sur une capacité de travail entière, dès le mois de mars 2018, dans toute activité adaptée à l'état de santé, ainsi que sur un degré d'invalidité de 0%.

**g.** Par pli du 7 mars 2019, l'assuré a formé opposition contre ce préavis, arguant qu'en mars 2018, il n'était pas remis de son opération et demeurait donc incapable de travailler à 100% (quelle que soit la profession considérée), qu'en outre, la perspective de reprendre une activité professionnelle dans son ancien domaine lui paraissait « plus qu'incertaine » et que, sur la base des échanges qu'il avait eus avec une « conseillère » de l'OAI, il avait pensé pouvoir bénéficier de mesures de réinsertion.

À l'appui de son opposition, l'assuré a joint un rapport du 4 mars 2019 du Dr D\_\_\_\_\_. Celui-ci affirmait que son patient lui paraissait avoir droit à des mesures professionnelles, raison pour laquelle il invitait l'office à revoir sa position. En effet, l'assuré avait subi un échec opératoire ayant brisé sa carrière professionnelle, souffrait quotidiennement depuis lors et devait prendre de puissants médicaments (dont de la cortisone), ce qui avait modifié profondément sa morphologie ainsi que ses aptitudes physiques et psychologiques. À son sens, c'était le rôle de l'OAI de prendre les mesures adaptées pour un assuré qui avait été opéré de manière précipitée et pour des résultats « plus que négatifs ».

**h.** Dans un courriel adressé le 1<sup>er</sup> avril 2019 à la conseillère en réadaptation professionnelle de l'OAI, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué qu'à son sens, l'assuré ne pourrait exercer une activité adaptée qu'à 50% et avec un rendement diminué compte tenu du fait qu'il ne pouvait pas rester assis longtemps ni porter des charges, de sorte qu'il « [relevait] d'une rente à 50% ».

**i.** Invité par le SMR à préciser quelle aggravation de l'état de santé justifiait son évaluation désormais différente de la capacité de travail (chiffrée initialement à 100% dans le rapport du 25 octobre 2018, puis à 50% dans le courriel du 1<sup>er</sup> avril 2019), respectivement s'il retenait une erreur d'indication opératoire, le Dr D\_\_\_\_\_ a répondu, le 10 mai 2019, que suite à son opération en « semi-urgence » (microdiscectomie L5-S1) le 12 décembre 2017 pour une hernie discale L5-S1 gauche et une sciatalgie S1 gauche, l'assuré avait « mal évolué » en post-opératoire, développant un MODIC I (L5-S1), des douleurs résiduelles (évaluées à 7/10), ainsi que des limitations fonctionnelles majeures. Les traitements entrepris jusqu'ici (infiltration, physiothérapie, anti-inflammatoires) s'étaient soldés par un échec et par une prise de poids de plus de 10 kg. En revanche, il n'y avait pas d'erreur médicale ou chirurgicale. Le Dr D\_\_\_\_\_ maintenait que l'assuré ne pourrait plus exercer un métier impliquant des mobilisations, ce qui excluait tout travail physique. Par ailleurs, les possibilités de reconversion lui paraissaient très limitées, étant donné que l'assuré ne pouvait pas travailler plus de 15 minutes en position assise. Selon lui, il convenait d'accorder à l'assuré une rente d'au moins 50%, l'autre 50% étant destiné à un travail « occupationnel » où le rendement serait réduit ; « ainsi, il [n'était] pas exclu qu'on arrive à un 70% (rente entière), mais le maintien d'une activité 50% [était] essentiel ».

Était annexé un rapport de consultation spécialisée du rachis du service de rhumatologie des HUG réalisée le 13 septembre 2018 par le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne générale, médecin adjoint agrégé, et le docteur J\_\_\_\_\_, médecin interne, qui posaient le diagnostic de lombalgies communes chroniques et faisaient des propositions de traitements.

**j.** À la demande formulée le 28 mai 2019 par le SMR selon lequel « il [était] manifeste que l'état de santé de l'assuré [n'était] pas stabilisé », le Dr D\_\_\_\_\_ a complété un nouveau rapport le 1<sup>er</sup> juillet 2019 (date aussi de sa dernière consultation), dans lequel il a fait état d'une « lente aggravation des symptômes » et d'une capacité de travail nulle dans l'activité antérieure de magasinier, ainsi que « dans une autre activité adaptée telle que » (préimprimé) « selon profession » (écrit à la main).

**k.** À la demande formulée le 18 octobre 2019 par le SMR qui estimait manquer d'informations sur les atteintes lombaires et leurs éventuelles répercussions sur la capacité de travail, l'OAI a ordonné un « examen clinique rhumatologique » de l'assuré auprès du docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation ainsi que rhumatologie, médecin auprès du SMR.

Dans son rapport du 4 février 2020, consécutif à un entretien et examen clinique effectué le 21 janvier 2020, le Dr K\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de « lombalgies chroniques, avec un déficit de réflexes et de sensibilité, dans un contexte de status post cure de hernie discale L5-S1. M54.5 » (diagnostic principal), ainsi que de « remaniement des plateaux

inflammatoires de type MODIC en L5-S1 » et de « fibrose périradiculaire postopératoire en L5-S1, récessale [gauche] » (diagnostics associés). À l'issue de son examen clinique (auquel s'ajoutaient l'énoncé des documents du dossier et l'anamnèse), le Dr K\_\_\_\_\_ a conclu que, dès le 25 octobre 2018 (date du rapport du Dr D\_\_\_\_\_), une activité adaptée lui paraissait exigible à raison de 2 x 3 heures par jour, « permettant à l'assuré d'avoir une pause plus importante à midi et une diminution de 20% de rendement en relation avec le syndrome rachidien retenu et la composante inflammatoire » ; il en résultait une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes, pour le rachis lombaire : pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de port de charges répété au-delà de 5 kg, occasionnel jusqu'à 10 kg, pas de station assise ou debout prolongée au-delà de 45 minutes. Pas de marche sans s'arrêter au-delà du kilomètre, pas de montée-descente d'escaliers. Par rapport à l'expertise réalisée par la Dre G\_\_\_\_\_ en août 2018, le Dr K\_\_\_\_\_ estimait que l'état de santé s'était amélioré, vu notamment l'absence (désormais) de sciatgie irritative gauche, d'une contracture du carré des lombes à gauche, et la force (désormais) normale lors de la flexion plantaire de la cheville gauche. Le pronostic était bon au niveau neurologique et moyen quant à l'évolution des troubles dégénératifs du rachis lombaire bas. En cas d'octroi de rente, la situation devrait être révisée dans deux ans.

**l.** Dans une brève note datée du 23 mars 2020, le Dr D\_\_\_\_\_ a, estimé l'incapacité de travail à 80%, « le 20% restant ayant un caractère occupationnel ».

Était joint un « bilan multidisciplinaire ProMIDos » du 11 mars 2020, émanant du service de rhumatologie des HUG et signé « pour l'équipe ProMIDos » par le Dr I\_\_\_\_\_. Il y était retenu les diagnostics d'état dépressif sévère et de « lombalgies communes chroniques, contexte de MODIC I dans le contexte d'une discectomie ». Des « tests de force normés » avaient tous mis en évidence des résultats inférieurs aux scores attendus et certains d'entre eux n'avaient pas pu être terminés. Toujours selon ledit rapport, les lombalgies chroniques post-discectomie que présentait l'assuré étaient très invalidantes, et un bilan avait mis en évidence l'intrication de « nombreux facteurs de chronicité » ainsi qu'un état dépressif trop intense pour envisager une prise en charge multidisciplinaire, telle que celle proposée par « ProMIDos ». Le docteur L\_\_\_\_\_, psychiatre, avait proposé une prise en charge intensive dans un centre spécialisé (CAPPI). Par ailleurs, les médecins des HUG jugeaient qu'au vu de l'importance et de l'intrication de sévères problématiques somatiques et psychiatriques, il leur paraissait peu probable qu'une amélioration clinique suffisante pour retrouver une capacité professionnelle ait lieu dans les 12 à 18 mois à venir.

**m.** À la suite d'une demande d'expertise psychiatrique formulée le 27 avril 2020 par le SMR, l'OAI a mandaté le docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, en vue de réaliser cette expertise. Dans son rapport

du 15 octobre 2020 signé avec la psychologue FSP N\_\_\_\_\_, le Dr M\_\_\_\_\_, qui avait eu un entretien le 23 juin 2020 avec l'expertisé, a retenu les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif léger et de personnalité à traits anxieux. Sur la base de son appréciation du cas, l'expert a estimé que la symptomatologie dépressive n'était pas significative ou incapacitante et que, partant, l'assuré était capable, sous l'angle psychiatrique, de travailler à raison de 8 heures par jour, sans diminution de performance. L'expert a précisé que les troubles psychiques n'étaient pas au premier plan, de sorte que l'incapacité de travail et (l'éventuelle) activité adaptée devaient être appréciées à l'aune des limitations fonctionnelles d'ordre somatique.

**n.** Par avis du Dr H\_\_\_\_\_ du 27 octobre 2020, le SMR s'est rallié aux conclusions du Dr M\_\_\_\_\_, relevant que, sur la base de l'expertise, on pouvait considérer que l'intéressé n'avait présenté qu'un épisode anxio-dépressif réactionnel et non durable, entre les mois de mars et juin 2020. Il fallait donc s'en tenir aux conclusions du Dr K\_\_\_\_\_, dont il ressortait une capacité de travail nulle dans la profession antérieure, mais de 60%, dès le 25 octobre 2018, dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

**o.** Dans un « rapport de surveillance – MOP » daté du 15 avril 2021, la conseillère en réadaptation de l'OAI a indiqué que, lors d'un entretien avec l'assuré, il avait été évoqué les domaines de la mécanique et de l'informatique ; l'assuré avait consulté des cours de formation en informatique dans différentes écoles genevoises, qui l'intéressaient beaucoup, mais il restait à déterminer si ses bases scolaires étaient suffisantes pour réussir dans ce genre de formation. Un poste de logisticien paraissait également envisageable, dans un domaine léger. Comme l'assuré n'avait pas pu se déterminer sur le choix d'une formation, il lui avait été proposé une mesure d'orientation professionnelle ayant pour objectif d'affiner et tester ces pistes, de manière à ce qu'il puisse se décider pour un projet professionnel futur « sous forme d'un reclassement ».

Par communication du même 15 avril 2021, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'il lui accordait une mesure d'orientation professionnelle de trois mois dès le 19 avril 2021 auprès des Établissements publics pour l'intégration (ci-après : les EPI).

Invité par l'avocate de l'assuré (constituée à fin mars 2021) à différer la date de début du stage (dans la mesure où l'assuré devait s'occuper seul de ses enfants le mercredi et durant les vacances scolaires), la conseillère en réadaptation de l'OAI a répondu, par courriel du 27 avril 2021, que la mesure se déroulerait finalement du 3 mai au 2 juillet 2021 (deux mois au lieu de trois), à un taux de 60% et avec une dispense pour les mercredis.

**p.** Dans un courriel adressé à l'OAI le 8 juin 2021, une maître de réadaptation auprès des EPI, a fait part de son « inquiétude » quant à l'élaboration d'une piste professionnelle, à l'issue des cinq semaines d'observation effectuées auprès des

EPI. En effet, bien que l'assuré relatait une amélioration de son moral depuis le début de la mesure, il déplorait également d'intenses douleurs, qui l'empêchaient de maintenir durablement les positions assise et debout. L'alternance très fréquente des positions (toutes les 15 minutes, malgré un bureau et une chaise ergonomiques) altérait le rythme de travail et entraînait des problèmes de concentration, respectivement une lenteur dans l'apprentissage. Même dans le cadre d'une formation en école, l'assuré ne paraissait pas en mesure de rester assis pendant une journée ordinaire de formation (demi-journée ou journée entière). Dans le cadre des entretiens individuels, l'alternance des positions était même plus fréquente (toutes les 7 à 10 minutes) et la position debout était la mieux supportée. L'assuré avait pris rendez-vous avec son médecin traitant en raison de névralgies, résistantes aux antalgiques.

**q.** Dans un bref rapport du 21 juin 2021, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué qu'en dépit d'un horaire réduit, l'assuré, qui effectuait son stage d'orientation professionnelle à 60%, se plaignait de lombalgies « constantes et invalidantes », exacerbées aussi bien en position assise prolongée que lors des mouvements de tous les jours. Le médecin a ajouté que ces douleurs seraient responsables d'insomnies et de céphalées de tension ou de migraines. Il avait encouragé son patient à terminer son stage pour permettre d'évaluer au mieux sa capacité résiduelle de travail. Il en concluait qu'à la lumière des déclarations de son patient, la meilleure option lui semblait être une rente couplée à un travail occupationnel.

**r.** Dans un rapport du 29 juillet 2021 signé par la maître susmentionnée et un autre maître de réadaptation, les EPI ont conclu qu'au vu du déroulement de la mesure d'orientation professionnelle (présence de 18 heures par semaine, changements de positions toutes les 15 minutes, interruptions répétées des activités jusqu'à 15 minutes par heure, tonus particulièrement bas, fatigabilité, concentration très discontinue), il n'avait pas été possible d'affiner les pistes professionnelles de la mécanique et de l'informatique. Les EPI estimaient que les capacités d'apprentissage de l'assuré devaient lui permettre d'aborder une formation pratique avec des éléments théoriques, mais que celles-ci n'étaient actuellement pas mobilisables. Ils préconisaient d'investiguer le domaine administratif (planification logistique), mais « pour autant que les difficultés physiques et de concentration observées se stabilisent ». En accord avec l'OAI, l'assuré était sorti des effectifs des EPI au terme de la mesure, le 2 juillet 2021.

**s.** Dans un « rapport final – MOP » daté du 10 août 2021 la conseillère en réadaptation de l'OAI a exposé que, même si la mesure effectuée aux EPI avait été entravée par des interruptions répétées, en raison d'une recherche de positions antalgiques, il en était également ressorti de nombreux points « positifs et exploitables » dans l'économie. D'après ladite conseillère, le bref rapport du 21 juin 2021 du Dr D\_\_\_\_\_ ne contenait pas d'éléments objectivants permettant de s'écarter de l'avis exprimé par le SMR sur la base des rapports des Drs K\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_. L'assuré pouvait prétendre à un poste dans le domaine

---

administratif ou logistique (comprenant des tâches de planification, accueil, préparation de commande, facturation, livraison et conseils clients) ; il s'agissait là d'un domaine adapté, réaliste et réalisable sur le marché ordinaire de l'emploi, dans lequel l'intéressé pouvait travailler à un taux de 75% avec une baisse de rendement de 20%.

**t.** Le 16 août 2021, dans un document intitulé « détermination du degré d'invalidité » la conseillère en réadaptation de l'office a effectué une comparaison des revenus sans et avec invalidité.

**u.** Par décision du 3 novembre 2021, l'OAI a accordé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> septembre 2018 au 31 janvier 2019, puis un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> février 2019 (plus les rentes pour les deux enfants). L'assuré avait en effet présenté une totale incapacité de travail et de gain dès le 15 septembre 2017, de sorte qu'à l'issue du délai de carence d'un an, en septembre 2018, son degré d'invalidité était de 100%. Par la suite, dès le 25 octobre 2018, l'assuré avait recouvré une capacité de travail de 75%, avec une diminution de rendement de 20%, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, pour laquelle il avait été formé, grâce aux mesures de réadaptation. Compte tenu d'une réduction – ou abattement – supplémentaire de 15% par rapport au salaire d'invalidé (*cf.* document « détermination du degré d'invalidité »), la comparaison des gains mettait en évidence un degré d'invalidité de 41%, ce qui entraînait le passage à un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> février 2019, trois mois après l'amélioration de l'état de santé.

**C. a.** Par l'entremise de son conseil, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans) d'un recours le 6 décembre 2021 (enregistré sous le n° de cause A/4138/2021). Il a conclu principalement à l'annulation de la décision du 3 novembre 2021 en tant qu'elle ne lui accordait qu'un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> février 2019, et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> septembre 2018 (et au-delà du 31 janvier 2019), subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire et à l'octroi, « dès que son état de santé le [permettrait] », de mesures d'ordre professionnel, notamment d'un reclassement. Plus subsidiairement encore, il a requis le renvoi de la cause à l'office pour instruction complémentaire.

**b.** Dans sa réponse du 27 janvier 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours, puis le recourant a répliqué le 24 mars 2022, persistant dans les conclusions de son recours.

**c.** Par arrêt du 22 novembre 2022, la chambre des assurances sociales a admis partiellement le recours, a annulé la décision du 3 novembre 2021 en tant qu'elle réduisait (à un quart de rente), dès le 1<sup>er</sup> février 2019, la rente entière d'invalidité allouée au recourant (étant rappelé incidemment que le droit à une rente entière avait déjà été reconnu par l'office pour la période courant du 1<sup>er</sup> septembre 2018

au 31 janvier 2019), et a renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, puis nouvelle décision, dans le sens des considérants (dispositif). Plus précisément, la cause était renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire, à charge pour celui-ci de mettre en œuvre une expertise en rhumatologie auprès d'un expert indépendant. À l'issue de cette instruction, l'intimé rendrait une nouvelle décision statuant sur le droit à une rente d'invalidité pour la période courant depuis le 1<sup>er</sup> février 2019 (consid. 18).

En effet, dans la mesure où des doutes subsistaient quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance – le SMR –, il se justifiait de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il mette en œuvre une expertise médicale indépendante. Dans ce contexte, il conviendrait notamment que l'OAI invite l'expert à se déterminer sur les conclusions du Dr K\_\_\_\_\_, d'une part, et sur celles des EPI, du Dr D\_\_\_\_\_ et du service de rhumatologie des HUG, d'autre part, et sur le type d'activité adaptée que le recourant serait le cas échéant à même d'exécuter, en précisant à quel taux et depuis quelle date (consid. 16.5).

Si l'expertise confirmait l'existence d'une capacité résiduelle de travail exploitable, il appartiendrait à l'office de déterminer quelles (nouvelles) mesures d'ordre professionnel mettre en œuvre (consid. 18). À cet égard, à l'issue du stage aux EPI, la mesure d'orientation professionnelle n'avait pas atteint son but et, dans ces conditions, l'intimé n'était pas en droit de mettre un terme aux mesures de réadaptation. Par conséquent, si l'expertise rhumatologique à venir confirmait l'existence d'une capacité résiduelle de travail exploitable, il appartiendrait à l'intimé de reprendre les mesures de réadaptation (éventuellement en accordant au recourant une nouvelle mesure d'orientation professionnelle, puis un reclassement), de façon à ce que l'intéressé puisse obtenir une ou plusieurs cibles professionnelles exploitables (consid. 17.4).

- D.** a. Dans le cadre de l'instruction complémentaire mise en œuvre par l'OAI à la suite de cet arrêt, une expertise rhumatologique a été réalisée par le docteur O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et expert médical SIM, qui a eu un entretien avec l'expertisé et un examen clinique le 29 juin 2023 et a rendu son rapport d'expertise le 6 octobre 2023. Cet expert a posé le diagnostic, ayant une incidence sur la capacité de travail, de lombalgies chroniques, avec un déficit de réflexes et de sensibilité, dans un contexte de status post cure de hernie discale et d'atteinte axonale séquellaire de la racine S1 gauche d'importance moyenne, ainsi que le diagnostic, sans incidence sur la capacité de travail, de déchirure du ménisque interne du genou gauche, problème actuellement peu symptomatique et pouvant si nécessaire être traité par un traitement médical ou chirurgical. Dans l'activité habituelle, la capacité de travail était nulle depuis le 15 septembre 2017, de manière permanente et définitive. Les limitations fonctionnelles étaient : pas de mouvements répétés de flexion-extension ni rotation du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de port de charges répété au-delà de 5 kg,

occasionnel jusqu'à 10 kg, pas de station assise ou debout prolongée au-delà de 1h00, pas de marche sans s'arrêter au-delà du kilomètre, pas de montée-descente d'escaliers, ni d'échelles, ni d'échafaudages. L'état de santé s'était stabilisé à partir de mars 2019. Dans une activité adaptée, la capacité de travail de l'assuré avait été de 100% (« taux global ») dès le 4 mars 2019, mais s'était dégradée progressivement jusqu'à un plancher de 60% comme évalué par le SMR le 21 janvier 2020. Ce taux était « uniquement motivé par le déconditionnement professionnel et physique qui [découlait] de la longue période d'inactivité ». À partir dudit 21 janvier 2020, parfois remplacé par le 24 janvier 2020, ce taux de 60% devait être considéré comme « stabilisé chez un assuré qui [maintenait] une vie sociale et familiale normale et [pouvait] partir en vacances en supportant un long voyage en voiture », respectivement était « stable jusqu'à ce jour et pour le futur d'un point de vue médico-asséculo-logique, en écartant les facteurs non médicaux ». « Si l'assuré [suivait] des mesures de réentraînement à l'effort de manière motivée, et [trouvait] la motivation pour participer à un programme de physiothérapie active de manière assidue et qu'il [améliorait] son activité physique de base en suivant les recommandations de l'OMS [Organisation mondiale de la santé] de manière adaptée à son état de santé, ce taux de 60% devrait progressivement s'améliorer ».

Dans ce rapport d'expertise était résumé un rapport du 13 juin 2022 du docteur P\_\_\_\_\_, radiologue FMH, à la suite d'une IRM de la colonne lombo-sacrée réalisée le même jour, qui concluait à un « statut post-opératoire L5-S1 gauche avec épaississement d'allure séquellaire de la racine S1, sans récurrence de hernie discale visible ; transformation des modifications œdémateuses de type MODIC I visibles sur l'examen précédent du 20 mars 2018 en modifications séquellaires, graisseuses, de type MODIC II ». En outre, l'expert rhumatologue citait ainsi la conclusion d'un rapport d'IRM du genou gauche du 20 juin 2022 : « Déchirure horizontale du ménisque médial, de la corne postérieure au segment moyen avec volumineux kyste para méniscal de 4,5 x 2,4 x 0,9 cm. Petite déchirure horizontale du ménisque latéral. Intégrité des revêtements chondraux et des structures ligamentaires ».

Était annexé au rapport d'expertise un rapport du 21 août 2023 du docteur Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, qui, à la demande de l'expert rhumatologue, avait vu l'assuré le 21 août 2023. Selon ledit neurologue, les « éléments, cliniques (aréflexie achilléenne, discrète atrophie du mollet gauche, hypoesthésie du pied de territoire S1, fasciculation et crampes du mollet) et à l'ENMG (NDR : électroneuromyographie) (activité volontaire modérément diminuée dans les muscles jumeaux interne et externe gauches) [traduisaient] une atteinte radiculaire S1 gauche, séquellaire, sans élément pour une atteinte aiguë » ; « sans pouvoir la quantifier précisément, on [pouvait] estimer l'atteinte axonale de la racine S1 comme moyennement importante ».

**b.** Dans un rapport du 16 octobre 2023, le SMR, par le docteur R\_\_\_\_\_, a fait siennes les conclusions de l'expert O\_\_\_\_\_ et a conclu à une capacité de travail exigible, dans une activité adaptée, de 0% dès le 15 septembre 2019, de 100% à partir du 4 mars 2019 et de 60% depuis le 24 janvier 2020. Le réentraînement à l'effort de manière motivée, le programme de physiothérapie active de manière assidue et l'amélioration de l'activité physique de base, préconisés par l'expert rhumatologue, étaient des « mesures recommandées mais non exigibles ». Sous la question « En cas d'octroi de prestations, révision suggérée sur le plan médical », était répondu « Sans objet ».

**c.** Dans un document « mandat de réadaptation » rédigé le 6 décembre 2023, la responsable de l'équipe réadaptation de l'office – pas la même personne que la conseillère en réadaptation professionnelle mentionnée plus haut – a, « après évaluation de la situation », considéré que les conclusions du service de réadaptation de 2021 étaient toujours d'actualité. Partant, des mesures d'ordre professionnel n'apparaissaient effectivement ni nécessaires ni de nature à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de gain de l'intéressé.

**d.** Le 13 décembre 2023, dans un document intitulé « détermination du degré d'invalidité » ladite responsable a effectué une comparaison des revenus sans et avec invalidité, en 2019 (perte de gain de 1.18%) ainsi qu'en 2020 (perte de gain de 45.04%), et, le lendemain 14 décembre 2023, un collaborateur de la division gestion de l'OAI a réactualisé la perte de gain en 2024, la portant à 39.99%, le tout compte tenu notamment d'une réduction supplémentaire – ou abattement – de 10% par rapport au salaire d'invalidé.

**e.** Par projet de décision du 15 décembre 2023, envoyé le 20 décembre suivant, l'OAI a envisagé de reconnaître à l'intéressé le droit à une rente entière d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 100%, à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2018, soit une année après le début (15 septembre 2017) d'une incapacité de travail durable de 100% dans toutes activités, et jusqu'au 30 juin 2019, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé le 4 mars 2019, puis, après une absence de droit aux prestations vu le degré d'invalidité de 1%, le droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mai 2020, soit trois mois après l'aggravation de l'état de santé le 24 janvier 2020, fondé sur un degré d'invalidité de 45%. En outre, des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, ni nécessaires, pour les mêmes motifs que ceux exposés par la responsable de l'équipe réadaptation de l'office dans son document « mandat de réadaptation » du 6 décembre 2023.

**f.** À la suite d'une prolongation de délai accordée par l'office jusqu'au 15 février 2024, l'assuré a, par son avocate, formé opposition le 23 février 2024 contre ledit projet de décision – dont le même contenu de la motivation avait été envoyé le 15 février 2024 à la caisse de compensation compétente –, étant précisé qu'à teneur d'un courrier de l'OAI à l'intéressé du même 15 février 2024 se référant au projet de décision du 15 décembre 2023, la procédure d'audition était

terminée et la caisse de compensation compétente allait procéder au calcul de rente et lui « [ferait] parvenir une décision sujette à recours ainsi que des informations sur l'obligation de renseigner ». L'intéressé a conclu, à titre principal, à l'octroi d'une rente entière jusqu'à tout le moins la fin de l'année 2021, une capacité de travail dans une activité adaptée ne pouvant lui être imputée à hauteur de 60% qu'à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022 au plus tôt (date d'une réelle amélioration), à titre subsidiaire, à des mesures d'instruction complémentaires, avec *a minima* des questions à poser au Dr D\_\_\_\_\_. Par ailleurs, il a à nouveau sollicité des mesures d'ordre professionnel, notamment un reclassement dans le nouveau domaine professionnel retenu et la prise en charge des frais de formation nécessaires pour lui permettre de se reconverter professionnellement.

**g.** Par lettre du 28 février 2024, reçue le 4 mars 2024, l'OAI a rappelé qu'une seconde prolongation au 23 février 2024 (demandée par l'intéressé le 14 février 2024) avait été refusée par le courrier de l'office du 15 février 2024, et a précisé, en fin de lettre : « Au vu de notre refus de prolongation du délai, nous avons envoyé la motivation à la Caisse de compensation pour qu'elle effectue la notification de la décision. À réception de la décision de la caisse de compensation vous aurez la possibilité de recourir dans les 30 jours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice ».

**h.** Par décisions des 5 mars et 25 mars 2024, l'AI a indiqué les montants dus à l'assuré (y compris les rentes pour les trois enfants), à savoir, selon la motivation, une rente entière du 1<sup>er</sup> septembre 2018 au 30 juin 2019, sur la base d'un degré d'invalidité de 100%, et un quart de rente à partir du 1<sup>er</sup> mai 2020, sur la base d'un degré d'invalidité de 45%, sous réserve des indemnités journalières perçues. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.

- E. a.** Par acte du 22 avril 2024, l'assuré, toujours représenté par son conseil, a, auprès de la chambre de céans, interjeté recours contre la décision de l'OAI « du 5 mars 2024 ». Il a conclu à l'annulation de cette décision, en ce qu'elle ne lui octroyait aucune rente entre le 1<sup>er</sup> juillet 2019 et le 30 avril 2020 et un quart de rente seulement à partir du 1<sup>er</sup> mai 2020, et, cela fait, à l'octroi d'une rente entière jusqu'au 31 mars 2023, puis d'un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> avril 2023, de même qu'à l'octroi de mesures d'ordre professionnel, « visant à lui permettre de déterminer une cible professionnelle exploitable et d'acquérir des connaissances et compétences nécessaires pour se reconverter dans ce nouveau domaine professionnel ».

Était produit, comme seule pièce nouvelle depuis le prononcé des décisions des 5 et 25 mars 2024, un bref rapport du 22 mars 2024 du Dr D\_\_\_\_\_, qui affirmait que la capacité de travail du recourant était nulle et écrivait que, récemment, celui-ci avait perdu une trentaine de kg et était très dépressif, « les procédures en cours [l'affectant] de manière très importante au niveau psychologique et [accentuant] ses problèmes somatiques ».

**b.** Par réponse du 22 mai 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours et a joint un avis signé la veille par le Dr R\_\_\_\_\_, du SMR, confirmant ses conclusions du 16 octobre 2023.

**c.** Le 23 mai 2024, le recourant a transmis à la chambre des assurances sociales la décision du 25 mars 2024, reçue selon lui « ultérieurement ».

**d.** Par réplique du 28 juin 2024, il a persisté dans les conclusions de son recours.

**e.** Le 26 novembre 2024 s'est tenue devant la chambre de céans une audience de comparution personnelle des parties et d'enquêtes, avec l'audition en qualité de témoin du Dr D\_\_\_\_\_, audience dont le contenu sera repris en tant que de besoin dans la partie en droit ci-après comme d'autres éléments du dossier qui n'auraient pas été cités dans la présente partie en fait.

À l'issue de l'audience, et avec l'accord des parties, la cause a été gardée à juger.

## **EN DROIT**

### **1.**

**1.1** Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales 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).

Comme déjà admis dans l'ATAS/1022/2022 du 22 novembre 2022 (consid. 1), sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

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

**1.3** Pour ce qui est des questions de l'acte attaqué et du respect du délai de recours, la situation entre l'envoi du projet de décision du 15 décembre 2023 et l'envoi du recours le 22 avril 2024 a été relativement confuse.

Néanmoins, en audience, les parties se sont accordées sur le fait que la décision attaquée est constituée par la motivation envoyée – le 15 février 2024 – à la caisse de compensation et transmise en annexe de celle-ci avec le calcul de la rente figurant dans les décisions des 5 mars et 25 mars 2024, la date de la décision querellée étant d'après elles celle du 25 mars 2024.

Quand bien même l'opposition du 23 février 2024 semble tardive, les décisions objet du présent litige sont bien celles des 5 mars et 25 mars 2024, la première ayant été reçue le 7 mars 2024 par le conseil de l'assuré.

Ainsi, interjeté dans la forme et le délai – de trente jours – prévus par la loi compte tenu de la férie de Pâques et du report du terme du délai le dimanche 21 avril 2024 au lundi 22 avril suivant, le recours est en tout état de cause recevable (*cf.* art. 38 al. 3 et 4 let. a ainsi que 56 ss LPGA ; art. 62 ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

2. Le litige porte sur le bien-fondé des décisions de 5 et 25 mars 2024 selon leur motivation du 15 février 2024, en tant que la rente entière d'invalidité accordée au recourant est supprimée entre le 1<sup>er</sup> juillet 2019 et le 30 avril 2020 puis réduite à un quart de rente seulement à partir du 1<sup>er</sup> mai 2020, l'intéressé concluant à l'octroi d'une rente entière jusqu'au 31 mars 2023, puis d'un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> avril 2023. Le litige porte également sur le droit du recourant à de nouvelles mesures d'ordre professionnel (après celles mises en œuvre du 3 mai au 2 juillet 2021 auprès des EPI).

De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (*cf.* ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

3. Le 1<sup>er</sup> 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.

Comme énoncé dans l'ATAS/1022/2022 précité (consid. 4), les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur (antérieur au 1<sup>er</sup> janvier 2022).

4. Au regard des problématiques du présent cas, il convient dans un premier temps d'examiner les questions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain et d'invalidité du recourant, ainsi que de leur évolution dans le temps.

**4.1** En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, 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.

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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1, tel qu'en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2021,

la version antérieure indiquant « dans son domaine d'activité » plutôt que « qui entre en considération »). 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<sup>er</sup> janvier 2008).

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

Conformément à l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

**4.2** En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

Selon 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.

**4.3** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

**4.4** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les

données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

**4.4.1** 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 LPG), 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).

**4.4.2** Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

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 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (*cf.* ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables qui ont été ignorés dans le cadre de l'*expertise* et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

**4.5** Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer ; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b ; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_486/2022 du 17 août 2023 consid. 6.5 et la référence). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations y compris d'ordre médical qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_87/2022 du 8 juillet 2022 consid. 6.2.1 et les références). Au regard de la collaboration, étroite,

réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (*cf.* ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge – conformément au principe de la libre appréciation des preuves – de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1 ; 9C\_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, *in* SVR 2011 IV n° 6 p. 17 ; 9C\_833/2007 du 4 juillet 2008, *in* Plädoyer 2009/1 p. 70 ; I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, *in* Plädoyer 2004/3 p. 64).

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

Chez les assurés actifs – comme la recourante l'est reconnue par l'intimé –, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. 8 al. 1 et art. 16 LPG).

D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'AI le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'AI, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 consid. 4b et les arrêts cités). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente qu'à celui des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPG). La loi prévoit néanmoins des mesures professionnelles (ou de réadaptation).

**4.7** 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 135 V 39 consid. 6.1 ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

**4.8** Enfin, selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'AI accorde – comme ici – une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références ; VSI 2001 p. 157 consid. 2).

**4.8.1** L'art. 17 al. 1 LPGA – dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 – dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

L'art. 88a al. 1 RAI – intitulé « modification du droit » – précise quant à lui que, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

**4.8.2** Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3 ; 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 112 V 371 consid. 2b ; 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral I 406/05 du 13 juillet 2006

---

consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Dans le domaine de l'AI, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable (phr. 1 de l'art. 88a al. 1 RAI) ; on attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (phr. 2 de la disposition ; arrêt du Tribunal fédéral I 666/81 du 30 mars 1983 consid. 3, *in* RCC 1984 p. 137 s.). En règle générale, pour examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration de la capacité de gain peut être considérée comme durable (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_32/2015 du 10 septembre 2015 consid. 4.1). L'OAI doit réduire ou supprimer la rente avec effet à la fin du mois au cours duquel le délai de trois mois a expiré (voir arrêt du Tribunal fédéral 9C\_900/2013 du 8 avril 2014 consid. 6.5 dans le même sens).

**4.8.3** Selon les règles générales du droit des assurances sociales, l'assureur doit établir les faits pertinents. En vertu du principe inquisitoire énoncé à l'art. 43 al. 1 LPGa, il est tenu de procéder d'office aux investigations nécessaires et de recueillir les renseignements requis, les renseignements fournis oralement devant être consignés par écrit. En principe, il incombe à l'assureur de prouver une modification importante du degré d'invalidité lorsqu'il veut réduire ou supprimer une rente (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_481/2013 du 7 novembre 2013 consid. 3.1 non publié *in* : ATF 139 V 585). Si une modification des faits déterminante pour le droit aux prestations n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante, la situation juridique qui prévalait jusqu'alors est maintenue conformément au principe du fardeau matériel de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_481/2013 du 7 novembre 2013 consid. 2.4 et les références ; pour un cas d'application : *cf.* notamment arrêt du Tribunal fédéral 9C\_333/2015 du 17 juillet 2015 consid. 3.2).

## 5.

**5.1** En l'espèce, sur le plan formel, le rapport d'expertise établi le 6 octobre 2023 par le Dr O\_\_\_\_\_ répond à tout le moins à plusieurs exigences posées par la jurisprudence pour qu'on puisse lui accorder une pleine valeur probante. En effet, cette expertise rhumatologique a été conduite par un médecin spécialisé dans le domaine concerné – rhumatologie –, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier. L'expert a personnellement eu un entretien avec le recourant préalablement à l'établissement de son rapport d'expertise, et il a consigné les renseignements anamnestiques pertinents, recueilli les plaintes de l'assuré et résumé ses propres constatations. Il a en outre énoncé les diagnostics retenus – celui ayant une incidence sur la capacité de travail étant les lombalgies chroniques, avec un déficit de réflexes et de

sensibilité, dans un contexte de status post cure de hernie discale et d'atteinte axonale séquellaire de la racine S1 gauche d'importance moyenne – et il a répondu de manière motivée aux questions posées.

Selon les écritures du recourant, cette expertise ne satisfait pas les conditions jurisprudentielles qui auraient permis de lui reconnaître une pleine valeur probante, au motif notamment qu'elle reposerait sur une anamnèse incomplète.

**5.2** Pour ce qui est de la capacité de travail en tant que telle au moment de l'entretien et examen clinique le 29 juin 2023 (qui a duré 2h15), les constatations, appréciations et conclusions de l'expert O\_\_\_\_\_ – qui correspondent pour l'essentiel à celles du Dr K\_\_\_\_\_, du SMR, plus de trois ans auparavant (4 février 2020) – ne sont pas contestées par l'assuré.

En effet, dans son acte de recours (ch. 118 et 119 p. 26), l'intéressé allègue que son état de santé *a priori* commencé à s'améliorer de manière durable et stable à partir de 2022, ayant en effet dès cette période pu diminuer la fréquence de ses consultations médicales et les traitements antalgiques, et il admet disposer dès le 1<sup>er</sup> janvier 2023 (« début durable de cette amélioration ») d'une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée.

En revanche, l'assuré est en désaccord avec les conclusions de l'expert rhumatologue, pour toutes les périodes litigieuses, donc y compris au 29 juin-6 octobre 2023, concernant les limitations fonctionnelles, celles retenues par cet expert étant du reste d'après lui « plus légères » que celles reconnues par le SMR (Dr K\_\_\_\_\_) et les EPI.

**5.3** Il n'est pas contesté par les parties que la capacité de travail de l'intéressé a été nulle dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée dès le 15 septembre 2017 et jusqu'à début mars 2019 à tout le moins, leurs avis divergeant pour la période commençant le 4 mars 2019.

Au demeurant, vu en particulier les conclusions du rapport d'expertise du 26 août 2018 de la Dre G\_\_\_\_\_ retenant une capacité de travail nulle dans une activité adaptée « pour l'instant » mais un « pronostic d'amélioration » « grand dans les 3 à 6 mois », l'existence d'une incapacité totale de travail dans une activité jusqu'à fin février 2019 à tout le moins n'est pas contestable.

**5.4** S'agissant de l'évolution de la capacité de travail entre le 4 mars 2019 et le 31 décembre 2022, de même que des limitations fonctionnelles pour toutes les périodes dès le 4 mars 2019, il sied de relever ce qui suit.

**5.4.1** Selon l'expert O\_\_\_\_\_ – suivi par le SMR et l'OAI –, dans une activité adaptée, la capacité de travail de l'assuré a été de 100% (« taux global ») dès le 4 mars 2019, mais s'est dégradée progressivement jusqu'à un plancher de 60% comme évalué par le SMR le 21 janvier 2020.

De l'avis de l'expert, concernant l'évolution de la capacité de travail, « la capacité de travail de l'assuré est restée nulle dans toute activité du [15 septembre 2017] au

[4 mars 2019] ce qui est validé par les avis du Dr D\_\_\_\_\_ et de la Dre G\_\_\_\_\_ qui ont physiquement pu examiner [l'intéressé] pendant cette période. Ensuite le Dr D\_\_\_\_\_ l'évaluait à 100% dans une activité adaptée dès le [4 mars 2019]. Depuis, le manque de motivation à des mesures de reconversion ont péjoré la capacité de travail de l'assuré selon le Dr D\_\_\_\_\_, mais ce n'est donc pas un motif médical qui peut être retenu du point de vue de la médecine des assurances. Il existe par contre un déconditionnement global qui provoque une baisse de la capacité de travail qui s'établit à 60% dès la date de l'examen du SMR du [21 janvier 2020]. Ce taux de 60% est uniquement motivé par le déconditionnement professionnel et physique qui découle de la longue période d'inactivité. Il doit être considéré comme stabilisé chez un assuré qui maintient une vie sociale et familiale normale et peut partir en vacances en supportant un long voyage en voiture » (p. 53).

Ainsi, toujours d'après l'expert O\_\_\_\_\_, à partir dudit 21 janvier 2020 – parfois remplacé par l'expert par le 24 janvier 2020 –, ce taux de 60% est « stable jusqu'à ce jour et pour le futur d'un point de vue médico-asséculo-logique, en écartant les facteurs non médicaux » ; « si l'assuré suit des mesures de réentraînement à l'effort de manière motivée, et trouve la motivation pour participer à un programme de physiothérapie active de manière assidue et qu'il améliore son activité physique de base en suivant les recommandations de l'OMS de manière adaptée à son état de santé, ce taux de 60% devrait progressivement s'améliorer » (p. 54-55).

**5.4.2** Dans son rapport d'expertise, sous « Informations éventuelles fournies par des tiers (y c. médecins traitants) », le Dr O\_\_\_\_\_ rapporte ce qui suit : « Nous nous sommes entretenus par téléphones avec le Dr D\_\_\_\_\_ le [6 octobre 2023]. Dr D\_\_\_\_\_ nous apprend que [l'expertisé] vit actuellement (octobre 2023) une situation de séparation probable d'avec son épouse, et que probablement dans ce contexte il a perdu 12 kg. Du point de vue ostéoarticulaire Dr D\_\_\_\_\_ nous apprend qu'il n'a revu [l'assuré] qu'à une ou deux reprises en 2022 et 2023, notamment pour des céphalées. A la connaissance du Dr D\_\_\_\_\_ l'intéressé n'a pas été intégré dans un programme de physiothérapie active type ProMIDos. Au début de sa maladie il avait dû lui prescrire un traitement antalgique important, mais depuis 2022 la situation s'est améliorée, comme le montre la faible fréquence en 2022 et 2023 des consultations et l'absence de demande de soins par [le patient]. Dr D\_\_\_\_\_ cite le fait que par exemple [l'expertisé] n'a jamais eu besoin ni demandé à être évalué par un spécialiste de la douleur. J'ai également demandé au Dr D\_\_\_\_\_ s'il y avait une raison médicale objective motivant la diminution progressive de la capacité de travail de [l'assuré] dans ses rapports à l'OAI (pour rappel le Dr D\_\_\_\_\_ évaluait la capacité de travail à 100% dans une activité adaptée en mars 2019, puis à 50% en avril 2019, puis à 0% dans toute activité en juillet 2019). Dr D\_\_\_\_\_ m'explique qu'il s'agit plutôt d'une évaluation globale qui incluait aussi la motivation de [l'intéressé], qu'il juge

comme faible, et que selon son évaluation globale les chances de succès d'une reprise d'une activité professionnelle lui paraissant faibles, il l'évaluait globalement à zéro pourcent, en incluant donc le contexte psycho-social, sans toutefois pouvoir apporter des faits médicaux objectifs nouveaux capables d'expliquer la diminution de son évaluation de la capacité de travail [du patient]. En résumé médicalement pour le Dr D\_\_\_\_\_, la situation médicale était stable entre son évaluation de mars 2019 et juillet 2019, mais le contexte psycho-social et la motivation ne permettaient plus d'espérer une reprise du travail même dans une activité adaptée pour le Dr D\_\_\_\_\_, raison pour laquelle il l'estimait à zéro pourcent en juillet 2019 » (p. 44).

Cela étant, le Dr D\_\_\_\_\_, entendu en qualité de témoin, déclare ce qui suit en audience : « Sur question du Président, je vois régulièrement [le recourant]. Au début de sa maladie en 2017 je le voyais toutes les deux semaines, mais à partir de 2020-2021, tous les deux ou trois mois. [À la ligne] Il ne me semble pas que j'ai lu l'expertise du Dr O\_\_\_\_\_. [À la ligne] Il m'est montré la p. 44 du rapport de l'expert O\_\_\_\_\_, qui rapporte mes propos lors d'un entretien téléphonique. Son contenu correspond dans son essence à ce que j'ai dit. [À la ligne] S'agissant de l'évolution de l'état de santé de mon patient, le suivi après l'opération de 2017 a été bien mené mais n'a pas donné les résultats escomptés. Un premier choc pour lui a été l'arrêt des prestations pertes de gain (en janvier 2020), ensuite il y a eu l'échec d'une tentative de réinsertion professionnelle avant le stage aux EPI (nous avons évoqué des stages de remise à niveau, en logistique, horlogerie, pharmacie). [La conseillère en réadaptation professionnelle] de l'OAI, que je ne connais pas, avait proposé cela. Je n'ai pas reçu le rapport des EPI. Mon patient a vécu dans la souffrance physique et psychologique en raison de ses limitations et douleurs jour et nuit, ainsi qu'en raison de son éloignement de son milieu professionnel depuis plusieurs années, ne pouvant s'occuper que de ses enfants comme seul quotidien. Très sensible il a mal vécu cette situation, et il y a eu une usure émotionnelle et physique. [À la ligne] Au 25 octobre 2018, lorsque j'ai attesté d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée, c'était de ma part sur la base d'une projection optimiste du cas et selon ce que je voyais d'habitude dans ce type de situation, et pour un jeune patient. Cela ne s'est pas confirmé. Des complications anatomiques, en particulier la fibrose de la racine L5 et un MODIC 2 qu'il a développé à la suite de l'opération, ont contribué à la lenteur de la récupération. Au 10 mai 2019, la capacité de travail de 50% attestée témoignait d'un espoir de récupération partiel ou total. Au 23 mars 2020 avec la capacité de 20% attestée par moi, nous étions très déçus de l'absence d'amélioration. [À la ligne] Je continuerai aujourd'hui à attester une capacité de travail de 20% dans une activité adaptée. [À la ligne] [L'assuré] a toujours suivi de manière conforme mes traitements et ceux des autres médecins qui lui ont été prescrits. [À la ligne] Je ne pense pas que la physiothérapie puisse encore aujourd'hui servir à quelque chose. [À la ligne] Concernant sa motivation à retrouver un travail, je pense que c'est un patient qui est dans l'expectative et attende qu'on lui fasse des

propositions. Le connaissant qu'il serait d'accord de suivre des mesures professionnelles, même si c'est assez tard actuellement. [À la ligne] Concernant mon rapport du 22 mars 2024, il a eu différentes périodes de pertes de poids en raison d'événements difficiles. En 2023, en raison d'un problème de divorce il a perdu 12 kg et a continué à en perdre. En 2023, il était à nouveau en dépression mais je n'ai pas été actif dans le domaine psychiatrique et je n'ai pas eu un suivi psychiatrique serré. [À la ligne] Concernant les céphalées le docteur S\_\_\_\_\_ en a parlé en 2021. [À la ligne] Sur question de Me SPAHNI, après la fin des infiltrations, on peut estimer que l'état de santé de mon patient est stabilisé depuis début 2020. [À la ligne] Les capacités de travail que j'ai attestées à fin 2018, en 2019 et en début 2020 étaient des projections, sans garantie. [À la ligne] Des mesures de réadaptation seraient à proposer par l'AI ».

On doit ainsi interpréter les propos tenus par le Dr D\_\_\_\_\_ lors de l'entretien téléphonique du 6 octobre 2023 avec l'expert O\_\_\_\_\_ ainsi qu'en audience de la manière qui suit : le contexte psycho-social et une faible motivation de la part du patient ont joué un rôle défavorable à une reprise de travail et à une augmentation du taux de capacité de travail dans une activité adaptée, mais ces facteurs défavorables n'ont pas à eux seuls entravé une amélioration sous l'angle de la capacité de travail ; ont également constitué des entraves des complications anatomiques, en particulier la fibrose de la racine L5 et un MODIC 2, auxquelles se sont ajoutés le trouble dépressif léger et la personnalité à traits anxieux (cf. rapport d'expertise du Dr M\_\_\_\_\_, ainsi que rapports de la consultation ambulatoire de la douleur des HUG et du service de rhumatologie des HUG).

Cette interprétation des propos du Dr D\_\_\_\_\_ n'est pas incompatible avec les déclarations faites par le recourant en audience, lors de laquelle il fait en particulier état de ce qui suit (avant l'audition du Dr D\_\_\_\_\_): « Sur question du Président qui me demande de manière générale mon évolution de santé depuis septembre 2017, les crampes à ma jambe gauche, d'où est partie ma hernie discale, sont toujours là, elles sont toujours là en permanence, je n'ai plus de sensibilité aux quatre doigts à part le pouce sur mon pied gauche. Cela m'oblige donc à toujours bouger, y compris la nuit et y compris pendant mon stage d'orientation professionnelle. Il n'y a ni amélioration ni péjoration sur ce point. Je suis allé à la demande de l'expert O\_\_\_\_\_ chez le neurologue Q\_\_\_\_\_ l'été 2023, qui m'a dit que ces crampes allaient durer toute la vie. En outre, là où j'ai été opéré en 2017 dans le dos j'ai des décharges qui vont vers le haut, jusqu'à la tête. Cela me cause des douleurs et des migraines qui entravent ma concentration, ce qui m'a gêné pendant mon stage d'orientation professionnelle. Sur ce point également, il n'y a ni amélioration ni péjoration. [À la ligne] J'ai lu l'expertise rhumatologique du docteur O\_\_\_\_\_. Je n'ai pas de remarques spécifiques à faire. [À la ligne] Je souhaite travailler à nouveau et avoir une vie sociale. Concernant un emploi je ne sais pas quel pourrait être son taux, vu mes limitations. Avant mon opération de 2017, j'étais un gros travailleur, avec parfois 15 heures par jour (heures

---

supplémentaires) mon seul point de comparaison est le stage qui ne s'est pas très bien passé. Il m'est donc difficile de me projeter dans l'avenir. [À la ligne] Le Président relève que l'expert O\_\_\_\_\_ propose à la fin de son rapport un programme de physiothérapie active adapté tel que le programme "ProMIDos" ainsi que des activités physiques. J'ai fait de la physiothérapie traditionnelle et en piscine, chaque fois 2 x 10 séances, avant l'expertise du Dr O\_\_\_\_\_. Aucun de ces types de physiothérapie ne m'a apporté aucun bénéfice. [À la ligne] Au plan psychique, c'est compliqué, je suis sous antidépresseurs, y compris pour m'aider à dormir (Valdoxan 25mg et Zolpidem 10mg). Après l'été 2023 mon état psychique s'est dégradé, j'ai perdu 20 kg. [À la ligne] Sur question de l'OAI, au plan rhumatologique je ne prends que du Dafalgan (en tout cas 1g par jour). J'ai dû arrêter les autres médicaments car ils entraînaient des flux gastriques. [À la ligne] Mon médecin traitant ne m'a pas prescrit de physiothérapie après l'expertise O\_\_\_\_\_. En effet, les séances de physiothérapie me font plus de mal que de bien à cause des douleurs et ne m'apportent aucun avantage ».

**5.4.3** Cela étant, concernant le taux de 100% de capacité de travail dans une activité adaptée entre le 4 mars 2019 et le 20 janvier 2020 retenu par le Dr O\_\_\_\_\_, et comme le fait valoir le recourant, cette appréciation apparaît critiquable.

En effet, le passage d'une capacité de travail nulle dans toute activité à une capacité entière dans une activité adaptée au 4 mars 2019 est déduit pour une part du rapport établi par le Dr D\_\_\_\_\_ à cette même date et pour une autre part du pronostic émis par la Dre G\_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise du 26 août 2018 (cf. rapport d'expertise du Dr O\_\_\_\_\_ p. 51).

Certes, dans son rapport du 25 octobre 2018, le Dr D\_\_\_\_\_ confirme le diagnostic de hernie discale L5-S1 opérée. La capacité de travail est nulle, depuis le 12 décembre 2017, dans tout « travail de force ». En revanche, le médecin généraliste traitant juge ladite capacité de travail entière (100%) dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles sont des lombalgies, donc afférentes au dos, et une réadaptation lui paraissait envisageable dans l'immédiat. Le pronostic est « bon, mais très long 1-2 ans ».

Quant au rapport du 4 mars 2019 du Dr D\_\_\_\_\_ – qui est une lettre adressée à l'intéressé mais destinée à l'office –, il a le contenu suivant : « J'ai bien suivi le cas de [l'assuré] depuis son intervention en décembre 2017. Je découvre ce jour votre courrier du 15 février (NDR : le projet de décision de l'OAI du 15 février 2019) qui m'interpelle fortement, et dans lequel il y a probablement plusieurs erreurs ou omissions : [À la ligne] Le [SMR] reconnaît une incapacité de travail à 100% dans son domaine d'activité habituel dès le 15 septembre 2017. [À la ligne] Pour reprendre les termes de la lettre, son état de santé lui permet de travailler à 100% dans une activité adaptée. [À la ligne] Paradoxalement, vous refusez de prendre les mesures nécessaires de type réadaptation afin de lui trouver une activité adaptée à son état de santé. [...] [À la ligne] Je pense donc que les

mesures professionnelles sont un droit pour ce patient, Je pense également qu'il y a une atteinte majeure à son intégrité physique, et qu'il est de votre devoir de prendre les mesures adaptées et efficaces à un patient qui à mon avis a été opéré de manière précipitée et dont les résultats sont plus que négatifs ».

Dans ce rapport du 4 mars 2019, le Dr D\_\_\_\_\_ mentionne ainsi une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée comme étant la conclusion de l'intimé et non sa propre appréciation, qui est critiquée par rapport à celle de l'office.

Or l'expert O\_\_\_\_\_ comprend les avis du médecin généraliste traitant du premier semestre 2019 de la manière suivante : « Le [4 mars 2019] son médecin traitant le Dr D\_\_\_\_\_ confirme que son patient ne peut plus travailler dans son ancienne activité mais retient une capacité de travail entière dans une activité adaptée moyennant des mesures de réadaptation. Le [1<sup>er</sup> avril 2019] le Dr D\_\_\_\_\_ revient sur son avis précédent et conclut maintenant que [l'expertisé] ne pourra travailler qu'à 50% avec une diminution du rendement dans une activité adaptée » (haut de p. 46).

Il s'agit là d'une lecture erronée des écrits du Dr D\_\_\_\_\_, dont l'avis du 1<sup>er</sup> avril 2019 ne saurait être considéré comme différent de celui du 4 mars 2019, vu la proximité temporelle. Si l'expert O\_\_\_\_\_ voulait entièrement suivre les avis du médecin généraliste traitant, on ne verrait pas pourquoi ce passage à une capacité de travail entière dans une activité adaptée n'aurait pas été plutôt fixé à la date du rapport de celui-ci du 25 octobre 2018.

Il est vrai que selon le rapport d'expertise du 26 août 2018 de la Dre G\_\_\_\_\_ à l'intention de l'assurance perte de gain (p. 15- 16), si la capacité de travail est nulle dans une activité adaptée « pour l'instant », « le pronostic d'amélioration est grand dans les 3 à 6 mois pour la problématique de la lombosciatalgie. S'accrocher à la rééducation physique, réassurance, vaincre la kinésiophobie » (NDR : peur exagérée d'accomplir certains mouvements).

Il s'agit cependant seulement d'un pronostic, et l'amélioration prévue est subordonnée par la Dre G\_\_\_\_\_ à « une prise en charge physiothérapeutique auprès d'une personne compétente pour les cas post opératoires lombaires » de même qu'à des changements en matière de médication (*cf.* p. 16 du rapport d'expertise de cette rhumatologue).

Or de telles mesures physiothérapeutiques et médicales n'ont pas été mises en œuvre de manière complète après le rapport d'expertise de cette rhumatologue, et, quoi qu'il en soit, une amélioration n'a pas eu lieu dans la mesure envisagée par l'experte G\_\_\_\_\_.

L'incapacité de travail constitue une notion juridique indéterminée de la loi (art. 6 LPGA). L'évaluation médicale ne constitue pas une décision définitive sur les conséquences des atteintes à la santé constatées. Elle doit au contraire être appréciée par les autorités d'application du droit dans le cadre des dispositions légales (ATF 140 V 193 consid. 3.1 et 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral

---

9C\_128/2018 du 17 juillet 2018 consid. 2.2). Étant donné que la définition légale de la capacité de travail n'est pas purement médicale, il peut se présenter des constellations dans lesquelles il faut s'écarter de l'incapacité de travail constatée dans l'expertise médicale, sans que celle-ci perde sa valeur probante (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_128/2018 précité consid. 2.2 ; 8C\_842/2011 consid. 4.2.2, *in* SVR 2013 IV n° 9 p. 21 ; *cf.* aussi ATF 130 V 352 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_651/2014 du 23 décembre 2014 consid. 5.1).

Tel est le cas dans les présentes circonstances. En effet, l'augmentation du taux de capacité de l'expertisé à 100% dans une activité adaptée entre le 4 mars 2019 et le 20 janvier 2020 selon l'expert O\_\_\_\_\_ ne repose pas sur des fondements d'ordre médical objectifs convaincants, et un changement (amélioration) notable des circonstances, au sens des art. 17 LPGA et 88a al. 1 RAI, ne peut pas être retenu à partir dudit 4 mars 2019 sous forme d'un taux de capacité de travail dans une activité adaptée supérieur à 60%, par rapport au taux de 0% admis pour la période allant du 15 septembre 2017 à début mars 2019.

Au demeurant, on voit mal en quoi la capacité de travail aurait été meilleure entre le 4 mars 2019 et le 20 janvier 2020 par rapport à ce qu'a constaté et considéré le Dr K\_\_\_\_\_ à la suite de son examen clinique du 21 janvier 2020.

En conséquence, la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée s'est élevée à pas plus que 60% (incapacité de travail pas inférieure à 40%) dès mars 2019.

**5.4.4** Toutefois, les questions d'une éventuelle exigibilité de séances de physiothérapie et d'autres mesures pour augmenter la capacité de travail, de même que des effets d'un éventuel déconditionnement, pourraient se poser en particulier dès la période commençant le 4 mars 2019.

En effet, pour la période commençant le 21 janvier 2020 à tout le moins, l'expert O\_\_\_\_\_ retient une insuffisance des mesures de réentraînement à l'effort, de physiothérapie et d'activité physique entreprises jusqu'alors, tout en admettant un taux d'incapacité de travail de 40% (capacité de travail de 60%) dans une activité adaptée depuis lors (*cf.* p. 54-55 *a contrario*).

Concernant ladite question d'exigibilité de séances de physiothérapie et d'autres mesures, dans le rapport du 13 septembre 2018 de consultation spécialisée du rachis, le service de rhumatologie des HUG (Drs I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_) pose le diagnostic de lombalgies communes chroniques, relève que le patient a très mal supporté la « physiothérapie effectuée en post-opératoire avec exercices actifs » et a arrêté ce traitement après quatre séances au profit de massages essentiellement (*cf.* aussi rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 10 mai 2019), et lui prescrit des séances de physiothérapie, lesquelles sont également prescrites avec aussi des AINS par le Dr D\_\_\_\_\_ selon son rapport du 1<sup>er</sup> juillet 2019.

Dans son rapport du 4 février 2020 à la suite de l'examen clinique du 21 janvier 2020, le Dr K\_\_\_\_\_, du SMR, rapporte ce qui suit (p. 5 et 11) :

l'assuré a commencé à faire de la physiothérapie environ six mois après l'opération et il a eu trois bons de physiothérapie émis par le Dr D\_\_\_\_\_ ; il a ainsi effectué des séances de physiothérapie à sec à proximité puis auprès de Cressy Santé, sans amélioration des douleurs ; au 21 janvier 2020, il venait de commencer des séances de physiothérapie en piscine, lors desquelles il se sentait mieux mais après lesquelles les douleurs revenaient. Selon le Dr K\_\_\_\_\_, il s'agit d'un traitement standard de physiothérapie, et « la prise en charge dans un groupe de rééducation du rachis n'est pas exigible au sens de l'AI car l'amélioration n'est pas quantifiable en taux de [capacité de travail] ».

Pour la période commençant le 21 janvier 2021, le « bilan multidisciplinaire ProMIDos » du 11 mars 2020, émanant du service de rhumatologie des HUG et signé « pour l'équipe ProMIDos » par le Dr I\_\_\_\_\_, retient les diagnostics d'état dépressif sévère et de « lombalgies communes chroniques, contexte de MODIC I dans le contexte d'une discectomie ». Toujours selon ledit rapport, les lombalgies chroniques post-discectomie que présente l'assuré sont très invalidantes, et un bilan a mis en évidence l'intrication de « nombreux facteurs de chronicité » ainsi qu'un état dépressif trop intense pour envisager une prise en charge multidisciplinaire, telle que celle proposée par « ProMIDos ». Le Dr L\_\_\_\_\_, psychiatre, a proposé une prise en charge intensive dans un centre spécialisé (CAPPI). Par ailleurs, au vu de l'importance et de l'intrication de sévères problématiques somatiques et psychiatriques, il paraît peu probable aux auteurs du rapport qu'une amélioration clinique suffisante pour retrouver une capacité professionnelle ait lieu dans les 12 à 18 mois à venir.

Comme exposé dans l'ATAS/1022/2022 précité (consid. 15), ce rapport médical n'est pas incompatible avec le caractère ni grave ni durable, et sans répercussion sur la capacité de travail, des diagnostics de trouble dépressif léger ainsi que de personnalité à traits anxieux retenus le 15 octobre 2020 par l'expert M\_\_\_\_\_, selon lequel l'expertisé a pu présenter un état dépressif réactionnel en mars 2020 (au moment où le « bilan multidisciplinaire ProMIDos » a été établi), alors qu'au moment de son entretien avec l'expert-psychiatre en juin 2020, le trouble dépressif était tout au plus de gravité légère (*cf.* p. 22 et 32 du rapport d'expertise). Au demeurant, même des troubles psychiques peu graves ont pu avoir une influence négative sur la motivation de l'intéressé à une certaine période.

Au surplus, d'après ses déclarations en audience, le recourant a effectué « de la physiothérapie traditionnelle et en piscine, chaque fois 2 x 10 séances », avant l'expertise du Dr O\_\_\_\_\_, mais aucun de ces types de physiothérapie ne lui a apporté un bénéfice, ce qui apparaît cohérent avec ce qu'a rapporté le Dr K\_\_\_\_\_ sur ces points.

Enfin, à teneur du rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> juillet 2019, la compliance du patient était optimale et il y avait une concordance entre les plaintes et l'examen

clinique. Une compliance constante a été confirmée en audience par ledit médecin.

Dans ces conditions, la reconnaissance d'une incapacité de travail dans une activité adaptée de 40% (capacité de travail de 60%) dès le 4 mars 2019 n'est pas exclue par le nombre limité des séances de physiothérapie ainsi que des activités physiques accomplies par l'intéressé, ni d'ailleurs par l'existence d'un déconditionnement.

**5.4.5** Par ailleurs, pour ce qui est de la capacité de travail, le rapport du 29 juillet 2021 des EPI est pris en considération dans le rapport d'expertise du Dr O\_\_\_\_\_.

À teneur de ce rapport des EPI (p. 2), la mesure d'orientation professionnelle (art. 15 LAI) confiée aux EPI aurait dû, selon le mandat initial de l'OAI, se dérouler à 60% (24 heures de présence). Toutefois, compte tenu des difficultés de garde d'enfants, la conseillère en réadaptation de l'office a accepté que l'assuré effectue un horaire hebdomadaire de 18 heures (lundi matin et vendredi après-midi animation, mardi et jeudi atelier), puis que la mesure soit raccourcie à huit semaines, à savoir du 3 mai au 2 juillet 2021. Partant, le fait que la mesure ne consistait qu'en 18 heures par semaine n'était pas lié à des motifs médicaux, mais à des motifs ayant trait à l'organisation familiale.

Selon ledit rapport des EPI (p. 5 à 7), concernant les « Eléments significatifs des capacités physiques – Référence : exigences du circuit économique ordinaire », le recourant alternait régulièrement les positions assise et debout, c'est-à-dire toutes les 15 minutes, et les alternances de position étaient caractérisées par des arrêts fréquents et durant plusieurs minutes, en moyenne 15 minutes par heure, l'intéressé étant constamment à la recherche de positions antalgiques. La position privilégiée était la position debout, mais l'assuré devait s'asseoir après 15 minutes. Une fois assis et malgré la chaise ergonomique mise à sa disposition, l'intéressé déplaçait régulièrement sa jambe gauche entre la position allongée et la position pliée, et il devait se relever après 15 minutes. Les positions debout statique (à cause de la fatigue) et penchée (en raison des douleurs) n'étaient pas maintenues au-delà de 15 minutes. La position « debout dynamique » était difficilement maintenue de manière durable, et les déplacements au sein de l'atelier étaient réalisés lentement, avec une légère boiterie, et l'intéressé s'asseyait rapidement. Quant à la mobilité des membres supérieurs, elle ne permettait que des activités de type bureautique (assis face à un bureau), alors que les activités exigeant du travail en hauteur (bras au-dessus de l'horizontale) et du travail de force ou en amplitude mettaient rapidement l'assuré en difficulté avec, selon ses propos, des douleurs au niveau des lombaires. S'agissant de la gestuelle du recourant (droitier), elle était suffisamment développée pour réaliser la plupart des activités demandant une amplitude moyenne ; cependant, la gestuelle fine donnait lieu à des imprécisions (tremblements lors d'activités de soudure, etc.), tandis que la prise en main de machines et d'outils (cutter, graveuse, fer à souder,

---

etc.) s'était faite progressivement et avec peu d'aisance. D'une manière générale, dans les activités manuelles, la difficulté du recourant à maintenir la position de travail (nombreux arrêts et alternances) l'empêchait de progresser dans l'activité, provoquant progressivement un état de tension, des gestes moins précis et, fréquemment, un arrêt de l'activité. Les EPI qualifiaient le tonus de « faible » et le rythme de travail de « lent », précisant que les temps de réalisation étaient supérieurs de plus de 50% à ce qui était attendu, quelles que soient les activités proposées et sans progression au fil de la journée de travail ; les activités sérielles étaient réalisées dans des temps pratiquement trois fois supérieurs par rapport aux exigences ; les temps de réalisation étaient fortement rallongés par le fait que l'intéressé devait alterner les positions toutes les 15 minutes et s'arrêter de travailler en moyenne 15 minutes par heure. Le rythme de travail demeurait bas toute la journée, et le recourant, cherchant des positions antalgiques, se fatiguait au fil des heures, ce qui se traduisait par des « traits tirés » et des signes de crispation, de sorte que sa résistance avait été jugée « faible ». Par ailleurs, l'intéressé était capable de manipuler des petites pièces et de percevoir les différences ; il expliquait en outre avoir des fourmillements et peu de sensibilité au niveau des orteils du pied gauche, ce qui représentait d'après lui une gêne au quotidien. Enfin, sous les « Eléments significatifs des capacités d'apprentissage – Référence : exigences du circuit économique ordinaire » (p. 8-9) sont notés par les EPI des points globalement positifs.

Par comparaison avec ces observations des EPI, le Dr O\_\_\_\_\_ énonce les limitations fonctionnelles suivantes : pas de mouvements répétés de flexion-extension ni rotation du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de port de charges répété au-delà de 5 kg, occasionnel jusqu'à 10 kg, pas de station assise ou debout prolongée au-delà de 1h00, pas de marche sans s'arrêter au-delà du kilomètre, pas de montée-descente d'escaliers, ni d'échelles, ni d'échafaudages. Selon le Dr K\_\_\_\_\_ (SMR), les limitations fonctionnelles sont les suivantes, pour le rachis lombaire : pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de port de charges répété au-delà de 5 kg, occasionnel jusqu'à 10 kg, pas de station assise ou debout prolongée au-delà de 45 minutes, pas de marche sans s'arrêter au-delà du kilomètre, pas de montée-descente d'escaliers. Il n'y a pas de différences substantielles concernant les limitations fonctionnelles entre l'expert O\_\_\_\_\_ et le Dr K\_\_\_\_\_ (SMR), si ce n'est, points non déterminants, la nécessité d'un changement de position après 60 minutes (1h00) selon le premier – appréciation effectuée après l'amélioration au 1<sup>er</sup> janvier 2023 telle qu'admise par l'intéressé lui-même –, 45 minutes d'après le second – dont l'appréciation ici est pertinente pour la période commençant en mars 2019. À cela s'ajoute l'utilité d'une pause suffisante à midi selon le Dr K\_\_\_\_\_, qui ne semble pas expressément retenue par le Dr O\_\_\_\_\_, mais qui était souhaitable dans la mesure du possible à tout le moins à l'époque du rapport du Dr K\_\_\_\_\_.

Il est au surplus relevé que, lors de l'audience devant la chambre de céans, le recourant s'est levé pendant plusieurs minutes toutes les 25 minutes en moyenne.

S'agissant du rapport des EPI, on peut déduire des temps de réalisation supérieurs de plus de 50% à ce qui était attendu, quelles que soient les activités proposées, que l'incapacité de travail se situerait entre 50% et 70% dans ce qu'a montré l'intéressé dans le cadre de la mesure auprès des EPI, et les limitations fonctionnelles dont font état ces derniers sont plus importantes que celles retenues par le Dr K\_\_\_\_\_ (SMR) et l'expert O\_\_\_\_\_, en ce sens essentiellement que les alternances de positions (assise et debout) selon les EPI sont nettement plus fréquentes, soit toutes les 15 minutes, au lieu de toutes les 45 ou 60 minutes.

De leur côté, les arrêts de travail pour la recherche d'une position antalgique durant en moyenne 15 minutes par heure de même que la baisse de tonus se développant au fil de la journée en lien avec ces arrêts de travail et avec les changements fréquents de positions, plus la fatigabilité et la concentration discontinue, tels que relevés par les EPI, se recourent partiellement avec la réduction de 25% de la capacité de travail et la diminution de rendement de 20%, soit le 40% d'incapacité de travail au total reconnu par les Drs K\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ (au lieu du taux 50% à 70% environ ressortant du rapport des EPI).

Le fait de changer de positions (assise et debout) toutes les 15 minutes apparaît, sous l'angle du taux de capacité de travail, inclus dans les 15 minutes d'arrêt de travail par heure en moyenne, et n'aurait en réalité un impact sur la capacité de travail que parce qu'il occasionnerait une limitation fonctionnelle plus importante que si les changements de positions n'avaient lieu que toutes les 45 ou 60 minutes.

Sous l'angle de la limitation fonctionnelle, tandis que lors de l'entretien et examen clinique de 38 minutes du 21 janvier 2020 devant le Dr K\_\_\_\_\_, l'assuré s'est levé trois fois, soit après 6, puis 5 et enfin 11 minutes (p. 6 du rapport du SMR), les « observations relatives au comportement et à l'apparence extérieure » faites par l'expert O\_\_\_\_\_ montrent, durant l'entretien et examen clinique du 29 juin 2023, des changements de positions assise ou debout d'au moins toutes les 15 minutes en moyenne, parfois plus fréquents et parfois moins (p. 41-42). Toutefois, sous « Evaluation de la cohérence et de la plausibilité », l'expert relève : « En situation d'observation (stage aux EPI, examen rhumatologique, expertises) [l'expertisé] change de position toutes les 20 à 30 minutes. Dans sa vie privée, il se dit capable d'aller au cinéma avec un ami, et de faire des trajets en voiture avec des pauses toutes les 2h. Il n'y a pas d'explication cohérente ou plausible sur le plan médical ostéo-articulaire qui pourrait expliquer pourquoi dans les activités de loisirs [l'assuré] arrive à rester assis plus d'une heure, alors que dans une situation d'examen médical ou lors d'un stage d'orientation professionnelle il manifeste le besoin de se lever plusieurs fois par heure » (p. 50). Le recourant rétorque ce qui suit (recours, ch. 92 et 93 p. 23) : au cinéma, ce qui est très rare, il se met généralement au fond de la salle et change très régulièrement de position comme

dans toutes ses activités de la vie courante ; la seule exception est sa voiture, un monospace qui dispose d'un siège adapté qui lui permet de trouver des positions raisonnablement confortables, sans avoir besoin de se lever aussi fréquemment, ce dont il a déjà fait part à l'experte G\_\_\_\_\_ (cf. p. 7 du rapport d'expertise de cette dernière) ainsi qu'au service de rhumatologie qui note que « le patient ne tient aucune position plus de 15-30 minutes » et « n'est jamais confortable sauf dans sa voiture où il rapporte la possibilité de rester assis sans limitation » (p. 2 du « bilan multidisciplinaire ProMIDos » du 11 mars 2020). Cela étant, si les explications de l'intéressé concernant le cinéma paraissent crédibles, on ne voit pas en quoi le siège d'un monospace lui permettrait de rester beaucoup plus longtemps assis qu'un bureau et une chaise ergonomiques.

La chambre des assurances sociales a considéré, dans l'ATAS/1022/2022 précité (consid. 16.3), qu'on ne saurait, dans le cas d'espèce, écarter d'emblée (et sans complément d'instruction) les observations des EPI au motif que celles-ci seraient largement influencées par des éléments purement subjectifs liés à la personne de l'assuré. En effet, à teneur dudit arrêt, dans le cas particulier, les constatations issues de la mesure d'orientation professionnelle ne semblent pas s'expliquer par un défaut de motivation : les EPI ne constatent aucun manque d'engagement, puisqu'ils soulignent dans leur rapport (cf. p. 10) que le recourant a témoigné de son « envie de collaborer pour optimiser les résultats de la mesure », mesure dans laquelle il s'est par ailleurs « engagé avec sérieux », ponctualité et en manifestant « de l'intérêt à intégrer la mesure pour lui permettre de s'autotester [...] » ; l'assuré a fait preuve de curiosité, aussi bien lors des exercices proposés en atelier que lors des animations de groupe, lors desquelles il a même proposé son aide, en jouant le rôle de traducteur ou de « scribe ».

Néanmoins, conformément à la jurisprudence citée plus haut, les appréciations motivées de l'expert O\_\_\_\_\_, qui confirment en grande partie celles du Dr K\_\_\_\_\_ (SMR), priment, pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré ainsi que ses limitations fonctionnelles, sur les observations des EPI, lesquelles sont susceptibles d'avoir été influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'intéressé pendant la mesure d'orientation et donc d'ordre non strictement médical. Au demeurant, les EPI, s'ils admettent une motivation bonne dans l'ensemble, précisent néanmoins que la motivation du recourant n'a été ni entière ni constante, puisqu'ils relèvent qu'il « a fait de son mieux pour maintenir une motivation constante, mais il a aussi été confronté à des phases de découragement liées à la difficulté de se projeter dans le futur d'un point de vue professionnel ». Au surplus, la prééminence des appréciations de l'expert rhumatologue sont d'autant plus justifiées au regard de la kinésiophobie dont a fait état l'experte G\_\_\_\_\_ et du contexte psycho-social défavorable dont le Dr D\_\_\_\_\_ a admis l'existence lors de son entretien téléphonique du 6 octobre 2023 avec l'expert rhumatologue.

**5.4.6** De surcroît, les taux d'incapacité de travail indiqués par le médecin généraliste traitant, le Dr D\_\_\_\_\_, apparaissent avoir fluctué de manière importante et insuffisamment motivée au cours du temps – passage d'une capacité de travail dans une activité adaptée d'un taux de 100% au 25 octobre 2018 à 50% avec réduction de rendement au 10 mai 2019, puis à 0% au 1<sup>er</sup> juillet 2019, enfin à 20% à partir du 23 mars 2020 –, ce sans que la « lente aggravation des symptômes » indiquée le 1<sup>er</sup> juillet 2019 soit confirmée d'un point de vue somatique.

En outre, les fondements sur la base desquels le médecin généraliste traitant a fixé les taux de capacité de travail – « des projections, sans garantie », optimistes ou pessimistes, en fonction en particulier de sa propre expérience dans ce type de situation ainsi que du contexte psycho-social et de la motivation de l'assuré, et sans prise en compte de ce qui pouvait raisonnablement être attendu du patient – sont insuffisamment rigoureux, au regard notamment de l'art. 6 LPGA.

Dès lors, ni le Dr D\_\_\_\_\_ ni même l'assuré ne présentent des éléments concrets et précis, notamment sous forme de rapports médicaux, concernant les effets des atteintes à la santé de l'intéressé, y compris les séquelles de l'opération de sa hernie discale avec des crampes à la jambe gauche et des décharges dans le dos, susceptibles de remettre en cause les constatations, appréciations et conclusions de l'expert O\_\_\_\_\_ (qui confirme en grande partie celles du Dr K\_\_\_\_\_).

**5.5** En définitive, au vu des considérants qui précèdent, il faut retenir, dans l'activité habituelle de magasinier-cariste, une capacité de travail nulle depuis le 15 septembre 2017, et, dans une activité adaptée, une capacité de travail de 0% dès le 15 septembre 2017 et jusqu'à mars 2019, puis de 60% à partir du 1<sup>er</sup> avril 2019 (mois commençant juste après le 4 mars 2019).

Une activité adaptée, dès le 4 mars/1<sup>er</sup> avril 2019, doit respecter les limitations fonctionnelles suivantes : pas de mouvements répétés de flexion-extension ni rotation du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de port de charges répété au-delà de 5 kg, occasionnel jusqu'à 10 kg, pas de station assise ou debout prolongée au-delà de 45 (jusqu'à fin 2022), respectivement 60 minutes (dès début 2023), pas de marche sans s'arrêter au-delà du kilomètre, pas de montée-descente d'escaliers, ni d'échelles, ni d'échafaudages.

**5.6** Pour le surplus, le recourant ne conteste pas la comparaison, pour l'année 2020, des revenus sans invalidité (salaire de l'employeur de CHF 58'630.- en 2017 réactualisé à CHF 59'907.-) et avec invalidité (salaire statistique de CHF 60'974.- sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ci-après : ESS] 2020, tableau TA1\_tirage\_skill\_level, pour le niveau de compétence 1 [« tâches physiques et manuelles simples »] pour les hommes dans le domaine des « transports et entreposage » [lignes 49-53], réduit au 60%, avec ensuite un abattement de 10%, soit finalement CHF 32'926.-), effectuée le 13 décembre 2023 par la division réadaptation de l'OAI et retenue par la décision

querellée, parvenant à une perte de gain de 45.04% (plus en faveur de l'assuré que celle de 39.99% calculée le lendemain 14 décembre 2023 pour 2024 et tenant compte du niveau de compétence 1 pour « tous les domaines confondus »). Ce degré d'invalidité de 45% (arrondi ; cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2) est supérieur au minimum de 40% requis pour l'octroi d'un quart de rente (cf. art. 28 al. 2 LAI).

Au demeurant, si l'on comparait les revenus sans et avec invalidité en 2018, année de la naissance du droit à la rente (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1 et les références), pour le niveau de compétence 1 [« tâches physiques et manuelles simples »] pour les hommes dans le domaine des « transports et entreposage » [lignes 49-53] selon le tableau TA1\_tirage\_skill\_level de l'ESS 2018, le salaire mensuel brut se monterait à CHF 5'171.- pour 40 heures par semaines, contre CHF 4'874.- en 2020, ce qui, après notamment un ajustement en fonction de la moyenne des heures travaillées en Suisse de 41.7 heures, donnerait un revenu d'invalidité d'environ CHF 34'932.-, un peu plus élevé que celui de 2020, d'où une perte de gain d'au moins 40%, suffisante pour un droit à un quart de rente.

**5.7** En conséquence, l'intéressé a droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> septembre 2018 (cf. art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI) au 30 juin 2019 (soit trois mois après l'amélioration, en vertu de l'art. 88a al. 1 RAI) – déjà admis par l'intimé –, puis à un quart de rente à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2019.

- 6.** Se pose ensuite la question des mesures professionnelles, vu la capacité de travail restante de 60% dans une activité adaptée.

**6.1** Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPG) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation présuppose qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivie par l'AI, et cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en rapport avec la personne de l'assuré. En effet, une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle

est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée. Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_846/2018 du 29 novembre 2019 consid. 5.1 et les références), sans qu'il soit nécessaire de recourir à la procédure préalable de mise en demeure prévue par l'art. 21 al. 4 LPG (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_480/2018 du 26 novembre 2018 consid. 7.3 et les références ; 9C\_59/2017 du 21 juin 2017 consid. 3.3 et les références), une telle procédure préalable n'étant requise que si une mesure de réadaptation a été commencée et qu'il est question de l'interrompre (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C\_783/2015 du 7 avril 2016 consid. 4.8.2 et les références). L'absence de capacité subjective de l'assuré doit toutefois être établie au degré de la vraisemblance prépondérante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_667/2015 du 6 septembre 2016 consid. 5.3 et les références).

Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a ; VSI 1997 p. 85 consid. 1).

Se pose en premier lieu la question de savoir si l'assuré est invalide ou menacé d'une invalidité permanente (*cf.* art. 28 al. 1 LAI). On rappellera qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_385/2009 du 13 octobre 2009). Il faut également relever que si une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_500/2020 du 1<sup>er</sup> mars 2021 consid. 2 et les références), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C\_464/2009 du 31 mai 2010).

**6.2** En vertu de l'art. 15 LAI – dans sa version en vigueur avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022 –, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle.

Les objectifs de cette mesure sont que grâce au soutien qui leur est offert à travers l'orientation professionnelle, les personnes assurées identifient des formations qui correspondent à leur âge, leur niveau de développement, leurs aptitudes et leurs intérêts, et qu'elles sont en mesure de suivre. Sont concernées les personnes assurées sur le point de suivre une formation professionnelle ou limitées dans le

choix professionnel en raison de leur invalidité et ayant par conséquent besoin d'une orientation professionnelle spécialisée (Office fédéral des assurances sociales [OFAS], Circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle de l'AI [CMRPr], valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022, ch. 10.1).

Le Tribunal fédéral a rappelé que l'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession. L'art. 15 LAI suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer un tel choix, mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles ne sont pas suffisantes pour choisir une profession adaptée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_882/2008 du 29 octobre 2009 consid. 5.1 et les références).

**6.3** Conformément à l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2).

À teneur de l'art. 6 RAI, sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain (al. 1). Sont également considérées comme un reclassement les mesures de formation aboutissant à une formation plus qualifiante que celle dont dispose l'assuré, à condition qu'elles soient nécessaires pour maintenir ou améliorer sa capacité de gain (al. 1bis).

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. La notion d'équivalence approximative entre l'activité antérieure et l'activité envisagée ne se réfère pas en premier lieu au niveau de formation en tant que tel, mais aux perspectives de gain après la réadaptation (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_644/2008 du 12 décembre 2008 consid. 3). En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. Pour statuer sur le droit à la prise en charge d'une nouvelle formation professionnelle, on notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sont en principe pas

déterminantes, mais bien plutôt le coût des mesures envisagées et leurs chances de succès, étant précisé que le but de la réadaptation n'est pas de financer la meilleure formation possible pour la personne concernée, mais de lui offrir une possibilité de gain à peu près équivalente à celle dont elle disposait sans invalidité (cf. VSI 2002 p. 109 consid. 2a ; RJJ 1998 p. 281 consid. 1b, RCC 1988 p. 266 consid. 1 et les références). Cela étant, si en l'absence d'une nécessité dictée par l'invalidité, une personne assurée opte pour une formation qui va au-delà du seuil d'équivalence, l'AI peut octroyer des contributions correspondant au droit à des prestations pour une mesure de reclassement équivalente (substitution de la prestation ; VSI 2002 p. 109 consid. 2b et les références).

**6.4** Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI (mesure d'aide au placement) – dans sa version antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022 –, l'assuré présentant une incapacité de travail (art. 6 LPG) et susceptible d'être réadapté a droit : à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié (let. a) ; à un conseil suivi afin de conserver un emploi (let. b ; al. 1). L'office AI procède à un examen sommaire du cas et met en œuvre ces mesures sans délai si les conditions sont remplies (al. 2).

Selon la jurisprudence, les raisons de santé pour lesquelles l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi approprié entrent dans la notion d'invalidité propre à l'aide au placement si l'atteinte à la santé occasionne des difficultés dans la recherche d'un emploi au sens large (ATF 116 V 80 consid. 6a). Tel est le cas par exemple si, en raison de sa surdité ou de son manque de mobilité, l'assuré ne peut avoir un entretien d'embauche ou est dans l'incapacité d'expliquer à un employeur potentiel ses possibilités réelles et ses limites (par ex. les activités qu'il peut encore exécuter en dépit de son atteinte visuelle), de sorte qu'il n'aura aucune chance d'obtenir l'emploi souhaité (arrêt du Tribunal fédéral I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c *in* VSI 2003 p. 274 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_859/2010 du 9 août 2011 consid. 2.2).

Lorsque la capacité de travail est limitée uniquement du fait que seules des activités légères peuvent être exigées de l'assuré, il faut qu'il soit entravé de manière spécifique par l'atteinte à la santé dans la faculté de rechercher un emploi (arrêt du Tribunal fédéral I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c, *in* VSI 2003 p. 274), principe dont la jurisprudence a admis qu'il demeurerait valable également après l'entrée en vigueur de la 4<sup>ème</sup> et de la 5<sup>ème</sup> révision de l'AI (arrêt du Tribunal fédéral I 427/05 du 24 mars 2006, *in* SVR 2006 IV Nr. 45 p. 162 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_416/2009 du 1<sup>er</sup> mars 2010 consid. 5.2).

## 7.

**7.1** Dans le cas présent, il ressort des indications fournies par l'assuré dans sa demande AI ainsi que dans son *curriculum vitae* (CV) qu'il n'a pas suivi de formation, quelle qu'elle soit, au-delà du cycle d'orientation dans le canton de Genève. Néanmoins, à teneur du « rapport final – MOP » du 10 août 2021, le recourant dispose aussi du « permis clark », pour la conduite de chariots

élevateurs ; toujours selon ce rapport, « sans formation professionnelle, [il] a fait des démarches de VAE [validation des acquis d'expérience] pour l'obtention d'un CFC [certificat fédéral de capacité] de magasinier/logistique avec l'OFPC [office pour l'orientation, la formation professionnelle et continue] en 2020, mais a dû renoncer à la validation, en raison des examens pratiques avec un clark, impossible à effectuer au niveau médical actuellement ».

La langue maternelle initiale de l'intéressé est le portugais et sa deuxième langue parlée le français, et il a des connaissances en espagnol (parlé).

Ses seules expériences professionnelles sont celles de magasinier de 2001 à 2004 auprès d'un magasin d'électroménager et celle de magasinier-cariste dès 2005 au service de l'employeur, où il a effectivement travaillé jusqu'avant le début de son incapacité de travail le 15 septembre 2017.

**7.2** Pour ce qui est des observations effectuées par la division réadaptation de l'intimé, ladite division indique, dans le « rapport de surveillance – MOP » du 15 avril 2021, que, lors d'un entretien avec l'assuré, il a été élaboré avec lui ses affinités professionnelles et intérêts dans les domaines de la mécanique et de l'informatique ; en effet, un poste de logisticien serait également possible, dans un domaine léger ; l'assuré a « consulté les cours de formation informatique dans différentes écoles sur Genève, dans le domaine du 'helpdesk' ou comme ingénieur réseau, qui l'ont attiré beaucoup », mais il restait à déterminer si ses bases scolaires étaient suffisantes pour réussir dans ce genre de formation. Comme l'intéressé n'a pas pu se déterminer sur le choix d'une formation en particulier, il lui a été proposé une mesure d'orientation professionnelle auprès des EPI ayant pour objectif d'affiner et tester ces pistes, « avec l'objectif de mieux pouvoir se décider pour un projet professionnel futur, sous forme d'un reclassement art. 17 LAI ».

Dans le cadre de la mesure d'orientation professionnelle (art. 15 LAI) au sein des EPI du 10 mai au 2 juillet 2021, comme indiqué dans le rapport des EPI du 29 juillet 2021 (p. 9 ; sous « Connaissances générales »), à la suite d'exercices en atelier, le recourant dispose des compétences élémentaires en informatique (Word et Excel). Plus précisément, « l'assuré possède la connaissance des menus des logiciels de bureautique (Word et Excel), il a été capable de mettre en forme un texte, d'évoluer progressivement dans Excel et de faire de la saisie. Néanmoins, les fonctionnalités plus complexes des logiciels ont demandé une prise en main plus laborieuse. La lenteur dans la progression des exercices est due tout particulièrement aux limitations relatives (arrêts répétés des activités entraînant une concentration/attention discontinue) ». En outre, « les connaissances en arithmétique sont inférieures au CFC. Les opérations de base sont connues et maîtrisées (avec plusieurs chiffres et avec des nombres décimaux). Les pourcentages, les transformations de mesure et les proportions sont acquis. En revanche, les fractions et les équations ne sont pas maîtrisées. La géométrie nécessite des rafraichissements ». Par ailleurs, l'intéressé « possède un

permis de conduire des véhicules légers qu'il emploie rarement ». Enfin, d'une manière générale, les maîtres de réadaptation des EPI considère que « l'assuré possède la capacité d'assimiler de nouvelles compétences tant au niveau pratique que théorique ».

Toujours selon ledit rapport des EPI, le recourant a montré une envie de collaborer afin d'optimiser les résultats de la mesure, laquelle a été suivie sur la base d'un horaire réduit, en accord avec l'OAI (en raison de difficultés d'organisation familiale). Il a manifesté son intérêt à intégrer la mesure pour lui permettre de s'autotester. Toutefois, les ruptures répétées d'activités l'ont très souvent empêché de se concentrer sur les tâches en cours, ce qui a influencé sa proactivité pour rechercher des pistes professionnelles. La recherche permanente de positions antalgiques et les interruptions répétées des activités ont considérablement perturbé sa capacité d'adaptation. En revanche, le recourant saisissait rapidement les enjeux du contexte dans lequel il évoluait. S'agissant des pistes professionnelles envisagées, l'assuré a eu besoin d'être guidé dans l'élaboration d'un dossier de candidature ou de recherches pour le projet professionnel ; une fois que la demande était claire et bien comprise, il faisait ce qui lui était demandé dans des délais raisonnables ; il n'hésitait pas à demander s'il avait des questions ou un besoin de précisions. Les EPI ont écarté aussi bien les emplois du domaine primaire que ceux du domaine secondaire (notamment les métiers de la mécanique tels qu'opérateur CNC), en raison des limitations physiques du recourant. Dans le domaine tertiaire, « orientation à tester », les métiers du domaine administratif, voire du domaine de la planification logistique, semblaient être à sa portée, moyennant une formation complémentaire ainsi qu'une remise à niveau en informatique (outils informatiques de base Word et Excel). Toutefois, les observations faites durant la mesure n'ont pas permis de concrétiser ce type de projet (par un stage en entreprise et/ou une formation). Les EPI concluent qu'au vu du déroulement de la mesure d'orientation professionnelle (présence 18 heures par semaine, changements de positions toutes les 15 minutes, interruptions répétées des activités jusqu'à 15 minutes par heure, tonus particulièrement bas, fatigabilité et concentration discontinue), il n'a pas été possible d'affiner les pistes professionnelles de la mécanique et de l'informatique. Les EPI estiment que les capacités d'apprentissage de l'assuré devraient lui permettre d'aborder une formation pratique avec des éléments théoriques, mais que celles-ci ne sont actuellement pas mobilisables. Le domaine administratif (planification logistique) serait à investiguer, pour autant que les difficultés physiques et de concentration se stabilisent. En accord avec l'OAI, l'assuré est sorti des effectifs des EPI au terme de la mesure, le 2 juillet 2021.

Dans le « rapport final – MOP » du 10 août 2021 la division réadaptation de l'OAI conclut que, même si la mesure effectuée aux EPI a été entravée par des interruptions répétées, en raison d'une recherche de positions antalgiques et d'un manque de tonus, il est constaté que « les points positifs et exploitables dans un

---

domaine professionnel en économie normale sont nombreux et relevant » (*sic*). Toujours d'après ce rapport final, le bref rapport du 21 juin 2021 du Dr D\_\_\_\_\_ ne contient pas d'éléments objectivants permettant de s'écarter des conclusions du SMR du 27 octobre 2020 sur la base des rapports des Drs K\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_. L'assuré peut prétendre à un poste dans le domaine administratif ou logistique (comprenant des tâches de planification, accueil, préparation de commande, facturation, livraison et conseils clients) ; il agit là d'un domaine adapté, réaliste et réalisable sur le marché de l'emploi ordinaire, dans lequel l'intéressé peut travailler à un taux de 75% avec une baisse de rendement de 20%.

À la fin de l'ATAS/1022/2022 précité (consid. 17.4), après examen des rapports MOP et des EPI susmentionnés et dans la mesure où le recourant a requis l'octroi de nouvelles mesures d'ordre professionnel (dont une mesure de reclassement) « lorsque son état de santé le permettra », la chambre des assurances sociales considère ce qui suit : « Force est ainsi d'admettre qu'à l'issue du stage aux EPI, la mesure d'orientation professionnelle n'avait pas atteint son but et que, dans ces conditions, l'intimé n'était pas en droit de mettre un terme aux mesures de réadaptation. Par conséquent, si l'expertise rhumatologique à venir confirme l'existence d'une capacité résiduelle de travail exploitable, il appartiendra à l'intimé de reprendre les mesures de réadaptation (éventuellement en accordant au recourant une nouvelle mesure d'orientation professionnelle, puis un reclassement), de façon à ce que le recourant puisse obtenir une ou plusieurs cibles professionnelles exploitables ». En conclusion (consid. 18), « si l'expertise [en rhumatologie à réaliser] confirme l'existence d'une capacité résiduelle de travail exploitable, il appartiendra à l'intimé de déterminer quelles (nouvelles) mesures d'ordre professionnel mettre en œuvre ».

Cependant, malgré le taux de capacité de 60% dans une activité adaptée retenu par l'expert O\_\_\_\_\_, la division – ou équipe – réadaptation de l'office, dans le document « mandat de réadaptation » du 6 décembre 2023, considère, « après évaluation de la situation », que « les conclusions du service de réadaptation de 2021 sont toujours d'actualité » et que, « partant, des mesures d'ordre professionnel n'apparaissent effectivement ni nécessaires ni de nature à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de gain de l'intéressé ».

Enfin, en audience, le recourant déclare : « Sur question de l'OAI, je n'ai pas effectué de démarches de moi-même pour trouver un emploi ni contacté l'assurance-chômage. Cette absence de démarche était due au fait que je ne pouvais pas travailler dans une autre branche sans l'aide de reconversion de l'AI ».

**7.3** Par rapport à ce qui a été demandé par la chambre de céans dans l'ATAS/1022/2022 précité (consid. 17.4 et 18), la dernière détermination, du 6 décembre 2023, de la division – ou équipe – réadaptation de l'office repose sur un examen et une motivation très insuffisants. C'est en outre à juste titre que l'intéressé fait valoir dans son recours qu'« en refusant de mettre en œuvre une quelconque mesure d'ordre professionnel, alors même que la situation

professionnelle du recourant n'avait pas changé et qu'il avait réitéré une nouvelle fois son souhait de pouvoir bénéficier de ces mesures, [l'office] est passé outre les considérants clairs de l'arrêt de renvoi du 22 novembre 2022 ».

Dans sa réponse au recours, l'OAI se contente pour l'essentiel d'énoncer qu'une nouvelle mesure d'orientation professionnelle (art. 15 LAI) ou un reclassement (art. 17 LAI) seraient en l'occurrence des mesures professionnelles « ni simples, ni adéquates » et qu'« elles ne permettraient pas de réduire le dommage ». Certes, en audience, la représentante de l'office déclare : « (...) l'expert O\_\_\_\_\_ retient que l'état de santé s'est stabilisé depuis mars 2019, a pris en compte le rapport des EPI et considère que le domaine tertiaire correspond aux limitations fonctionnelles actuelles. Des mesures professionnelles supplémentaires ne se justifient pas pour déterminer une cible professionnelle exploitable, car les limitations fonctionnelles retenues sont compatibles avec une activité dans l'administratif ou la logistique. Nous maintenons donc nos conclusions, y compris celle en refus d'un reclassement ». Mais ces déclarations ne motivent pas le refus d'un reclassement.

Un renvoi de la cause à l'intimé concernant les seules mesures professionnelles serait toutefois ici problématique sous l'angle de l'économie de procédure, de sorte qu'il convient de trancher au fond, ci-après, la question des mesures professionnelles.

**7.4** On ne voit pas ce qu'une nouvelle mesure d'orientation professionnelle (art. 15 LAI) pourrait apporter en plus par rapport au contenu du rapport des EPI du 29 juillet 2021. Dans son recours, l'assuré conclut à une nouvelle mesure d'orientation professionnelle, alors que, dans son opposition du 23 février 2024 au projet de décision, il semblait ne pas contester le bien-fondé du domaine administratif (planification logistique) comme domaine cible pour une réadaptation et sollicitait, à cette fin et au titre de reclassement, une formation complémentaire dans ledit domaine avec à tout le moins une remise à niveau dans les outils informatiques de base. En audience, l'avocate du recourant relève que ce dernier n'a toujours pas pu bénéficier d'une formation complémentaire pour « une activité dans l'administratif ou la logistique », confirmant ainsi la justification de ce domaine. Ainsi, un domaine cible pertinent – domaine administratif (planification logistique) – étant déterminé, une nouvelle mesure d'orientation professionnelle ne saurait se justifier.

En revanche, l'octroi d'une mesure de reclassement (art. 17 LAI) apparaît fondé. En effet, les limitations fonctionnelles retenues plus haut entraveraient de manière relativement importante l'exercice d'activités manuelles. En outre, compte tenu du taux d'incapacité de travail de 40%, ainsi que du fait que le recourant ne dispose actuellement pas des connaissances suffisantes pour un emploi dans le domaine cible entrant en considération, de type tertiaire et requérant des compétences autres que celles strictement manuelles, un reclassement, à tout le moins sous forme d'une formation professionnelle complémentaire (*cf.* notamment art. 6

RAI), notamment en informatique de base, est nécessaire pour obtenir un emploi, quand bien même une telle formation serait plus qualifiante par rapport aux activités professionnelles que l'intéressé a exercées par le passé. Au regard des circonstances, cette mesure de reclassement présente les chances de succès permettant d'escompter le maintien ou l'amélioration de la capacité de gain (cf. art. 17 al. 1 LAI) du recourant, qui est motivé pour une telle mesure.

8. Vu ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision querellée sera réformée en ce sens que le recourant a droit à un quart de rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2019 (et pas seulement dès le 1<sup>er</sup> mai 2020), ainsi qu'à une mesure de reclassement, à tout le moins sous forme d'une formation professionnelle complémentaire, et la cause sera renvoyée à l'intimé pour la mise en œuvre d'une telle mesure.

Dans le cadre de la mesure de reclassement, le recourant devra faire preuve de motivation.

9. Le recourant, représenté par une avocate, a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 3'000.- (art. 61 let. g 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. 1bis 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. Réforme les décisions rendues les 5 et 25 mars 2024 par l'intimé en ce sens qu'après la rente entière d'invalidité due du 1<sup>er</sup> septembre 2018 au 30 juin 2019, le recourant a droit à un quart de rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2019, ainsi qu'à une mesure de reclassement au sens des considérants.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour la mise en œuvre de la mesure de reclassement.
5. Alloue au recourant une indemnité de dépens de CHF 3'000.-, à la charge de l'intimé.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Christine RAVIER

Blaise PAGAN

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