

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2503/2022

ATAS/727/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 30 septembre 2025

Chambre 6

En la cause

A _____

recourant

représenté par Me Suzette CHEVALIER, avocate

contre

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

intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, présidente.

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1976, originaire de Bosnie, marié le 25 mars 2013, père de trois enfants de deux précédentes relations, est entré en Suisse en 2013. Son épouse, née le _____ 1973, entrée en Suisse en 1993, naturalisée suisse, est au bénéfice d'une rente entière d'invalidité.
- b.** Il a exercé une activité d'agriculteur et de maçon en Bosnie et n'a pas travaillé depuis son entrée en Suisse. Il est aidé par l'Hospice général depuis le 1^{er} septembre 2020.
- B.** **a.** Le 28 mars 2017, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité.
- b.** Le 16 juin 2017, le docteur B_____, spécialiste en médecine interne, a indiqué à l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) que l'assuré ne présentait aucune maladie somatique mais des problèmes d'ordre psychologique.
- c.** Par décision du 7 février 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) ayant estimé le 18 juin 2018 qu'il ne pouvait retenir d'atteinte incapacitante et que l'assuré avait l'obligation de fournir les indications concernant son état de santé.
- d.** Le 16 décembre 2019, le docteur C_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a écrit à l'OAI que l'assuré, qu'il suivait depuis le 14 janvier 2016, présentait un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, un état de stress post-traumatique (ESPT ou PTSD) et des expériences et guerre avec blessures, totalement incapacitantes.
- e.** Le 24 février 2020, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, mentionnant une incapacité de travail totale depuis janvier 2016.
- f.** Le 2 juillet 2020, le Dr B_____ a attesté d'une péjoration de l'état de santé de l'assuré depuis fin 2018, du point de vue somatique.
- g.** Le 7 juillet 2020, le SMR a retenu qu'une aggravation de l'état de santé était plausible.
- h.** Le 2 octobre 2020, le Dr C_____ a rendu un rapport médical, confirmant ses précédents diagnostics et une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de paysan depuis janvier 2016 et, en l'état actuel, nulle dans toute activité ; l'assuré présentait les limitations fonctionnelles de ralentissement psychomoteur, troubles de la concentration, de l'attention, absence de capacités de l'adaptation avec faible résistance et tolérance au stress même mineur, trouble de la personnalité impulsive dans le cadre du PTSD avec le risque de passage à l'acte hétéroagressif si débordé.
- i.** Le 6 octobre 2020, le Dr B_____ a rempli un rapport médical AI, attestant de diagnostics d'état anxio-dépressif, de lombalgie récidivante, de capsulite

calcifiante de la hanche gauche, de déchirure quasi complète du ligament talo-fibulaire antérieur de la cheville droite et de troubles sensitifs de la main gauche avec paresthésie, totalement incapacitants.

j. À la demande de l'OAI, le SMR a rendu le 26 janvier 2022 un rapport d'expertise bidisciplinaire (rhumato-psychiatrique - docteurs D_____, spécialiste en médecine physique et rééducation, rhumatologie, et E_____, spécialiste en psychiatrie), suite à un examen de l'assuré du 13 décembre 2021. Il a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de modifications durables de la personnalité après un stress post-traumatique (F62.1), d'état de stress post-traumatique (F43.1), de lombopyalgies gauches non déficitaires dans un contexte de protrusion discale L5-S1 et de troubles dégénératifs postérieurs de même étage (M54.5).

L'assuré était, du point de vue rhumatologique, en incapacité de travail totale dans une activité de maçon et une activité contraignante pour le rachis lombaire depuis le 8 juin 2020, date de l'IRM lombaire mettant en évidence des troubles dégénératifs modérés lombaires bas et en capacité de travail totale dans une activité adaptée depuis le 8 juin 2020. Du point de vue psychiatrique, l'assuré était en incapacité de travail de 30% depuis 2005, en raison d'une fatigabilité ; l'assuré était moins fatigable le matin et il était préférable de privilégier des horaires matinaux. Cette capacité de travail devait prévoir des possibilités de récupération en raison d'une faible résistance au stress, de labilité émotionnelle avec troubles de l'attention et de la concentration.

k. Le 1^{er} février 2022, l'OAI a retenu un statut d'actif en faveur de l'assuré

l. Le 20 avril 2022, l'OAI a fixé le degré d'invalidité de l'assuré, en 2005, à 33,5%, soit un revenu de valide et d'invalidé évalué sur la même base (ESS 2004) pour un taux de travail exigible de 70%, avec une déduction de 5%.

m. Par projet de décision du 28 avril 2022, l'OAI a rejeté la demande de prestations, en constatant que le degré d'invalidité de 34% n'ouvrait pas de droit à une rente d'invalidité.

n. Le 31 mai 2022, l'assuré a contesté sa capacité de travail et son revenu d'invalidé, en faisant valoir qu'il pouvait, au mieux, travailler 4 heures par jour, de sorte que son degré d'invalidité était de 58,6%. Il a communiqué :

- un rapport du Dr C_____ du 30 mai 2022, selon lequel il était d'accord avec les diagnostics posés par le SMR mais pas avec une capacité de travail de 70%, l'assuré pouvant travailler au plus à 50% ;
- un rapport du Dr B_____ du 31 mai 2022, attestant d'une capacité de travail de 50% pour une activité très adaptée.

o. Le 8 juin 2022, le SMR a estimé que les Drs B_____ et C_____ n'apportaient aucun élément nouveau.

p. Par décision du 9 juin 2022, l'OAI a rejeté la demande de prestations, en constatant que le degré d'invalidité était de 34%.

- C.** **a.** Le 5 août 2022, l'assuré, représenté par une avocate, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée, en concluant, principalement, à son annulation et à l'octroi d'une « rente d'invalidité de 50% » dès le 8 juin 2020 et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour des mesures de réadaptation et nouvelle décision.

On ne comprenait pas comment la capacité de 70% avait été fixée ni quelle activité adaptée était possible. Il a communiqué un rapport du Dr C_____ du 8 juillet 2022, selon lequel une activité à un taux de 70% était théorique sur le marché du travail en Suisse et une incapacité de travail d'au moins 50% devait être retenue ; il souhaitait une observation dans un atelier professionnel de l'OAI.

b. Le 5 septembre 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours.

c. Le 27 septembre 2022, l'assuré a répliqué, en relevant qu'une capacité de travail de 70% l'obligeait à travailler l'après-midi, alors que le SMR avait souligné qu'il était préférable de privilégier des horaires matinaux ; le SMR ne pouvait pas dire que la situation n'avait pas évolué depuis 2005 ; le SMR avait lui-même estimé qu'un spécialiste en réadaptation devait examiner quel métier était possible.

d. Le 17 octobre 2022, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

e. Le 6 décembre 2022, la chambre de céans a ordonné une expertise judiciaire confiée aux docteurs F_____ et G_____, spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, en relevant ce qui suit : il existait un doute sur le bien-fondé de l'incapacité de travail de 30% retenue par le SMR, dès lors que, d'une part, le Dr C_____ faisait état, du point de vue psychique, de limitations fonctionnelles ayant un impact plus important sur la capacité de travail que ce que le SMR avait retenu, d'autre part, le SMR lui-même estimait que la fatigabilité du recourant nécessitait une activité exercée de préférence les matins, alors que le taux d'activité de 70% qu'il retenait impliquait une présence plus importante sur le lieu de travail. Dans ces conditions, une instruction médicale complémentaire se justifiait.

f. Le 4 juillet 2023, les experts ont rendu leur rapport suite à un examen de l'assuré du 17 mars 2023 et posé les diagnostics de trouble de stress post-traumatique complexe, apparu vraisemblablement en 1995 et d'épisode dépressif grave, sans symptômes psychotiques, établi en janvier 2016. Le recourant présentait une incapacité de travail totale depuis 2020, soit à la date du rapport du Dr C_____ du 2 octobre 2020.

g. Le 13 juillet 2023, le SMR a relevé que les experts n'avaient pas décrit le traitement (fréquence - psychotrope et dosage sanguin), qu'ils n'avaient pas

spécifié si l'état de santé s'était aggravé depuis l'expertise du Dr E_____ (le recourant pouvant alors sortir seul), qu'ils n'avaient pas dit si le fait de partir dans son pays en vacances était compatible avec un stress post-traumatique sévère, ni si le *status* clinique qui s'était aggravé depuis l'expertise du Dr E_____, témoignait d'une aggravation de l'état de santé.

h. Le 19 juillet 2023, le recourant a conclu, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité de 50% dès le 2 septembre 2017 et totale dès le 1^{er} janvier 2020, subsidiairement, à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 24 août 2020.

i. Le 6 septembre 2023, l'OAI a estimé que les experts devaient répondre aux questions soulevées par le SMR.

j. À la demande de la chambre de céans, le Dr G_____ a rendu un rapport d'expertise complémentaire le 18 octobre 2023.

Le début de l'incapacité de travail totale pouvait raisonnablement être daté du 2 octobre 2020, date du rapport du Dr C_____. Le fait de retourner dans son pays d'origine, lieu du traumatisme, n'était pas incompatible avec un état de stress post-traumatique. L'état de santé mentale de l'assuré s'était dégradé par l'écllosion d'un trouble dépressif, liée au PTST qui s'était cristallisé. Les rapports du Dr C_____ évoquaient déjà un état dépressif de l'assuré dès le début de la prise en charge. L'évaluation actuelle démontrait un épisode dépressif indéniable. Tenant compte de la position du Dr E_____, qui n'avait pas tenu compte de l'état dépressif, cela renforçait le constat d'une aggravation de l'état mental de l'assuré. Le traitement suivi par l'assuré était insuffisant et devrait être complété par une approche pluridisciplinaire de type semi-résidentiel.

k. Le 14 novembre 2023, le recourant a observé que ses enfants étaient arrivés en Suisse en 2016 et que, depuis, il s'était rendu très rarement en Bosnie et toujours accompagné. Il a conclu, principalement, à la révision de la décision de l'OAI du 7 septembre 2018 dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité de 50% dès le 2 septembre 2017 et de 100% dès le 2 octobre 2020 et à l'annulation de la décision du 9 juin 2022, subsidiairement à l'annulation de cette dernière et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 2 octobre 2020.

l. Le 14 novembre 2023, le SMR a notamment relevé que l'expert ne motivait pas suffisamment pourquoi il retenait une incapacité de travail de 100% depuis octobre 2020, ni pourquoi il s'éloignait de l'appréciation du Dr E_____. Il a maintenu sa précédente appréciation.

m. Le 14 novembre 2023, l'OAI a relevé que l'expert admettait une aggravation de l'état de santé après l'expertise du Dr E_____, tout en retenant une incapacité de travail antérieurement, sur la base des avis du Dr C_____, lesquels avaient évolué dans le temps et considéraient l'atteinte comme préexistante à l'arrivée de l'assuré en Suisse. Les incohérences de l'expertise ne permettaient pas de lui reconnaître une valeur probante.

n. Le 12 février 2024, la chambre de céans a entendu en audience le Dr G_____. Celui-ci a précisé que l'incapacité de travail totale de l'assuré était présente depuis le début du suivi par le Dr C_____, en 2016. L'état dépressif existait déjà au moment de l'examen par le Dr E_____, même s'il avait pu être de moindre intensité à cette période ; la dépression était cependant déjà incapacitante. Il avait, sur la base des déclarations du recourant, faites également à l'expert E_____, interprété différemment celles-ci, sur la base d'autres éléments tels que le faciès fixe et apeuré du recourant ou des phrases non terminées, et a relevé que le recourant se surestimait.

o. Le 16 février 2024, le SMR a estimé que l'expert judiciaire n'avait pas rendu plausible les incapacités de travail et les diagnostics qu'il retenait.

p. Le 4 mars 2024, l'OAI a maintenu sa position, en considérant que l'appréciation de l'expert G_____ n'était pas probante.

q. Le 11 mars 2024, le recourant a estimé que l'expertise judiciaire était, au contraire, probante.

r. Par arrêt du 2 avril 2024, la chambre de céans a admis partiellement le recours, annulé la décision litigieuse et dit que le recourant avait droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} août 2020, en se fondant sur l'expertise judiciaire du Dr G_____ et l'audition de celui-ci le 12 février 2024.

s. Par arrêt du 4 juillet 2025 (9C_282/2024), le Tribunal fédéral a admis le recours interjeté par l'OAI, annulé l'arrêt précité et renvoyé la cause à la chambre de céans afin qu'elle complète l'instruction (sous l'angle psychiatrique) et rende une nouvelle décision. Il a considéré ce qui suit : étant donné ce qui précède, il apparaît que le rapport d'expertise judiciaire contient des éléments contradictoires quant à la date de la survenance des atteintes à la santé, l'incapacité de travail qui en découlait et les motifs qui ont amené le Dr G_____ à s'écarter de la capacité de travail de 50 % attestée par le Dr C_____. L'expertise, à la lumière du complément et de l'audition de l'expert, ne permet pas non plus d'expliquer de manière cohérente et convaincante une aggravation de la situation médicale de l'intimé postérieurement à la décision du 7 septembre 2018 qui constatait l'absence d'atteinte invalidante à la santé lors de son prononcé. Par conséquent, un complément d'instruction sur le plan médical (sous l'angle psychiatrique) est nécessaire, de sorte que la cause doit être renvoyée au tribunal cantonal pour ce faire et pour nouvelle décision. Dans ce cadre, compte tenu des indices clairs au dossier médical dans le sens de la survenance d'atteintes à la santé psychique bien avant l'arrivée de l'intimé en Suisse, il lui appartiendra de se pencher sur la réalisation des conditions d'assurance au sens de l'art. 6 al. 2 LAI.

t. Les 21 et 26 août 2025, les parties ont communiqué, à la demande de la chambre de céans, les noms d'experts psychiatres. L'OAI a requis l'ajout d'une question à la mission d'expertise du 6 décembre 2022.

u. Le 17 septembre 2025 la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une surexpertise judiciaire au docteur H_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et leur a imparti un délai pour se déterminer.

v. Le 24 septembre 2025, le recourant a récusé le Dr H_____, au motif qu'il s'agissait d'un expert proposé par l'intimé dès lors que celui-ci connaissait bien les experts médicaux et leurs propensions à être plus ou moins rigides dans leur estimation en faveur ou en défaveur des assurés.

w. Le 25 septembre 2025, l'OAI a indiqué qu'il n'avait pas d'observation complémentaire au mandat d'expertise.

EN DROIT

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

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

- 2.

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

Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (*cf.* art. 82a LPGA a contrario).

2.2 Le 1^{er} janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est, en principe, celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence). En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité naitrait antérieurement à 2022, de sorte que les dispositions légales seront citées dans leur ancienne teneur.

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

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

4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'appréciation de sa capacité de travail.

5.

5.1 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

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

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

5.2 Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, après avoir nié le droit à une prestation (*cf.* art. 87 al. 3 RAI), l'examen matériel doit être effectué de manière analogue à celui d'un cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 141 V 585 consid. 5.3 et les références ; *cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_12/2023 du 22 août 2023 consid. 3.2). Elle doit donc traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue (examen « *allseitig* »). Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés, le degré d'invalidité doit ainsi être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9 consid. 6.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_498/2023 du 11 décembre 2023 consid. 5.1 et les références).

5.3 L'art. 17 al. 1 LPGA 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.

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. 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 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 343 consid. 3.5.2).

6.

6.1 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).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

6.2 Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de

travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2 ; 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

6.3 Dans un arrêt de principe du 2 décembre 2019 (ATF 145 V 361), le Tribunal fédéral, à la lumière de l'ATF 141 V 281, a notamment posé une délimitation, entre l'examen (libre), par les autorités chargées de l'application du droit, de l'admission d'une incapacité de travail par l'expert psychiatre, d'une part, et une appréciation juridique parallèle inadmissible, d'autre part.

Selon le Tribunal fédéral, dans tous les cas, l'administration et, en cas de recours, le juge, doivent examiner si et dans quelle mesure les experts ont suffisamment et de manière compréhensible étayé leur évaluation de l'incapacité de travail, en tenant compte des indicateurs pertinents (questions de preuve). À cette fin, les experts doivent établir un lien avec la partie précédente de l'expertise médico-psychiatrique (avec extraits du dossier, anamnèse, constatations, diagnostics, etc.), c'est-à-dire qu'ils doivent se référer en détails aux résultats médico-psychiatriques des examens et explorations cliniques menés dans les règles de l'art qui relèvent de leur compétence. Le médecin doit donc exposer de manière détaillée les raisons

médico-psychiatriques pour lesquelles les éléments constatés sont susceptibles de restreindre la capacité fonctionnelle et les ressources psychiques en termes qualitatifs, quantitatifs et temporels (ATF 143 V 418 consid. 6). À titre d'exemple, dans le cadre de troubles dépressifs récurrents de degrés légers à modérés qui sont souvent au premier plan dans l'examen de l'invalidité au sens de l'AI, cela signifie qu'il ne suffit pas que l'expert psychiatre déduise directement de l'épisode dépressif diagnostiqué une incapacité de travail, quel qu'en soit le degré ; il doit bien plutôt démontrer si et dans quelle mesure les constatations qu'il a faites (tristesse, désespoir, manque de dynamisme, fatigue, troubles de la concentration et de l'attention, diminution de la capacité d'adaptation, etc.), limitent la capacité de travail, en tenant compte - à des fins de comparaison, de contrôle et de plausibilité - des autres activités personnelles, familiales et sociales de la personne requérant une rente. Si les experts s'acquittent de cette tâche de manière convaincante, en tenant compte des éléments de preuve établis par l'ATF 141 V 281, l'évaluation des répercussions de l'atteinte psychique sera également valable du point de vue des organes chargés de l'application du droit, que ce soit l'administration ou le juge. À défaut, il se justifie, juridiquement, de s'en écarter (ATF 145 V 361 consid. 4.3 et la référence).

6.4 Lorsque l'administration ou le juge, au terme de son appréciation des preuves, parvient à la conclusion que le rapport d'expertise évalue la capacité de travail en fonction des critères de médecine des assurances établis dans l'ATF 141 V 281 et qu'il satisfait en outre aux exigences générales en matière de preuves (ATF 134 V 231 consid. 5.1), il a force probante et ses conclusions sur la capacité de travail doivent être suivies par les organes d'application de la loi. Une appréciation juridique parallèle libre en fonction de la grille d'évaluation normative et structurée ne doit pas être entreprise (*cf.* ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_213/2020 du 19 mai 2020 consid. 4.3 et les références).

En fin de compte, la question décisive est toujours celle des répercussions fonctionnelles d'un trouble. La preuve d'une incapacité de travail de longue durée et significative liée à l'état de santé ne peut être considérée comme rapportée que si, dans le cadre d'un examen global, les éléments de preuve pertinents donnent une image cohérente de l'existence de limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation invalidante de la capacité de travail n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_423/2019 du 7 février 2020 consid. 3.2.2 et les références).

7.

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

d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). 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 incapable de travailler. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui - en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part -, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

7.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (*cf.* art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

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

7.3 Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin,

une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

7.4 Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

7.5 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).

7.6 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 n. 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 ayant 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 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

8. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
9. Au vu de l'arrêt du Tribunal fédéral du 4 juillet 2025, il convient d'ordonner une surexpertise judiciaire, laquelle sera confiée au Dr H_____.

9.1 À la demande de l'intimé, une question 10.5 a été ajoutée à la mission d'expertise.

Une question 4.1.2 sera ajoutée pour répondre aux exigences de l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_282/2024 du 4 juillet 2025.

9.2 Le recourant récuse le Dr H_____, au motif qu'il a été désigné par l'intimé, en insinuant qu'il serait, de ce fait, défavorable aux assurés.

9.2.1 L'art. 29 al. 1 Cst. prévoit que toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable. S'agissant de l'impartialité et de l'indépendance requises d'un expert, cette disposition assure une protection équivalente à celle de l'art. 30 al. 1 Cst. (ATF 127 I 196 consid. 2b ; arrêts du Tribunal fédéral 4A_352/2017 du 31 janvier 2018 consid. 4.1 ; 5A_981/2015 du 12 avril 2016 consid. 3.2.1), qui en la matière a la même portée que l'art. 6 par. 1 CEDH (ATF 129 V 196 consid. 4.1 ; 128 V 82 consid. 2a ; 127 I 196 consid. 2b).

Cette garantie permet au plaideur d'exiger la récusation d'un juge - respectivement d'un expert judiciaire - dont la situation ou le comportement est de nature à faire naître un doute sur son impartialité; elle tend notamment à éviter que des circonstances extérieures à la cause ne puissent influencer le jugement en faveur ou au détriment d'une partie. Elle n'impose pas la récusation seulement lorsqu'une prévention effective est établie, car une disposition interne de sa part ne peut guère être prouvée; il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle. Seules des circonstances constatées objectivement doivent être prises en considération; les impressions purement individuelles d'une des parties au procès ne sont pas décisives (ATF 116 Ia 135 consid. 2 ; cf. ég. ATF 144 I 159 consid. 4.3 ; 142 III 732 consid. 4.2.2 ; 142 III 521 consid. 3.1.1 ; 140 III 221 consid. 4.1 ; 140 I 240 consid. 2.2 ; 138 I 1 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_645/2024 du 10 mars 2025

consid. 3.1). L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF 148 V 225 consid. 3.4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_358/2022 du 12 avril 2023 consid. 4.2.3 et 4.2.4).

9.2.2 En l'occurrence, la demande récusation du Dr H_____ sera rejetée, le recourant ne faisant valoir aucun motif valable de récusation. Le seul fait d'être cité par l'intimé n'est en effet pas suffisant pour faire douter de l'impartialité du Dr H_____, ce d'autant que le recourant propose le Dr I_____, qui exerce comme expert auprès du CEMED SA ou un autre expert de ce centre et que celui-ci est également mandaté par l'intimé. De surcroît, on constate à cet égard que durant l'année 2024, le Dr H_____ n'a pas été mandaté par l'intimé pour effectuer des expertises mono-disciplinaires, alors que ce dernier a confié 22 expertises bidisciplinaires et onze expertises pluridisciplinaires au CEMED SA, comme cela ressort de la liste publique des experts et centres d'expertises mandatés dans l'assurance-invalidité (www.ocas.ch/ai), ce qui va à l'encontre de l'argumentation du recourant.

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

Statuant

- I. Rejette la demande de récusation du Dr H_____.
- II. Ordonne une surexpertise psychiatrique de Monsieur A_____.
- Commet à ces fins le docteur H_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, rue J_____, K_____. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
- A. Prendre connaissance du dossier de la cause.
- B. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, en particulier les docteurs B_____ et C_____.
- C. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres examens.
- D. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :
- 1. Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type)**
 - 2. Plaintes de la personne expertisée**
 - 3. Status clinique et constatations objectives**
 - 4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)**

Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse).

 - 4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail
 - 4.1.1 Dates d'apparition
 - 4.1.2 En particulier, les diagnostics posés étaient-ils déjà présents antérieurement à l'entrée en Suisse de la personne expertisée, le 25 avril 2013 ?
 - 4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail
 - 4.2.1 Dates d'apparition
 - 4.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?
 - 4.4 Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les

déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par la personne expertisée).

- 4.5 Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?
- 4.6 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

5. Limitations fonctionnelles

- 5.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic
 - 5.1.1 Dates d'apparition
- 5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

6. Cohérence

- 6.1 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?
- 6.2 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?
- 6.3 Est-ce qu'il y a des discordances entre les plaintes et le comportement de la personne expertisée, entre les limitations alléguées et ce qui est connu des activités et de la vie quotidienne de la personne expertisée ? En d'autres termes, les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel, personnel) ?
- 6.4 Quels sont les niveaux d'activité sociale et d'activités de la vie quotidienne (dont les tâches ménagères) et comment ont-ils évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?
- 6.5 Dans l'ensemble, le comportement de la personne expertisée vous semble-t-il cohérent et pourquoi ?

7. Personnalité

- 7.1 Est-ce que la personne expertisée présente un trouble de la personnalité selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence et si oui, lequel ? Quel code ?
- 7.2 Est-ce que la personne expertisée présente des traits de la personnalité pathologiques et, si oui, lesquels ?
- 7.3 Le cas échéant, quelle est l'influence de ce trouble de personnalité ou de ces traits de personnalité pathologiques sur les limitations éventuelles et sur l'évolution des troubles de la personne expertisée ?
- 7.4 La personne expertisée se montre-t-elle authentique ou y a-t-il des signes d'exagération des symptômes ou de simulation ?

8. Ressources

- 8.1 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur le plan somatique ?
- 8.2 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur les plans :
 - 8.2.1 psychique
 - 8.2.2 mental
 - 8.2.3 social et familial. En particulier, la personne expertisée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?

9. Capacité de travail

- 9.1 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.
 - 9.1.1 En particulier, l'incapacité de travail durable était-elle déjà présente antérieurement à l'entrée en Suisse de la personne expertisée, le 25 avril 2013 ?
- 9.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ?
 - 9.2.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
 - 9.2.2 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite/ nulle ?
- 9.3 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?
 - 9.3.1 Si non, ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

9.3.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? A quel taux ? Depuis quelle date ?

9.3.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

9.4 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?

9.5 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

10. Traitement

10.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation. En cas de traitement psychotrope, effectuer un dosage sanguin afin d'évaluer la compliance et/ou la biodisponibilité.

10.2 Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?

10.3 En cas de refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie, cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de la personne expertisée à reconnaître sa maladie ?

10.4 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

10.5 En cas de traitement psychotrope, effectuer un dosage sanguin afin d'évaluer la compliance et/ou la biodisponibilité.

11. Appréciation d'avis médicaux du dossier

11.1 Êtes-vous d'accord avec l'expertise du Dr E_____ du 26 janvier 2022 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de 70% depuis 2005 ? Si non, pourquoi ?

11.2 Êtes-vous d'accord avec les avis des Drs B_____ du 31 mai 2022 et C_____ des 30 mai et 8 juillet 2022 ? En particulier avec les diagnostics posés et l'estimation d'une capacité de travail de 50% au plus ? Si non, pourquoi ?

12. Quel est le pronostic ?

13. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

14. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

- III. Invite l'expert à déposer, **dans les meilleurs délais**, son rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans.
- IV. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.
- V. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre la présente ordonnance 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. La présente ordonnance et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être jointes à l'envoi.

La greffière

La présidente

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

Une copie conforme de la présente ordonnance est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le