

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2804/2023

ATAS/521/2024

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 juin 2024

Chambre 5

En la cause

A _____

recourant

représenté par Me Marie-Josée COSTA, avocate

contre

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

intimé

**Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Pierre-Bernard PETITAT et Monique
STOLLER FULLEMANN, juges assesseurs.**

EN FAIT

- A.**
- a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1972, originaire de Turquie et de nationalité suisse, marié, père d'une fille majeure, est arrivé en Suisse à l'âge de seize ans. Sans formation certifiante, il a travaillé dans divers emplois, essentiellement dans la restauration, en dernier lieu à 100% en tant qu'aide de cuisine.
 - b.** L'assuré a bénéficié d'un délai-cadre d'indemnisation de l'assurance-chômage dès le 3 août 2017.
 - c.** Le 19 novembre 2018, il a chuté sur son épaule gauche. Le cas a été annoncé à l'assurance-accidents, laquelle a versé des indemnités journalières jusqu'au 15 septembre 2019.
- B.**
- a.** En date du 31 juillet 2019, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), faisant état d'une incapacité de travail depuis le 19 novembre 2018 en raison de douleurs et limitations fonctionnelles de l'épaule gauche, de lombalgies, d'une coxarthrose bilatérale et de problèmes cardiaques.
 - b.** Dans un courrier du 5 septembre 2018, le docteur B_____, spécialiste FMH en cardiologie et médecine interne générale, a relevé que la situation cardiologique de l'assuré était stable, sous traitement.
 - c.** À la demande de son assurance-accidents qui jugeait le cas pas stabilisé, l'assuré a séjourné à la clinique romande de réadaptation du 17 juillet au 13 août 2019. Le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitation de l'épaule gauche a été posé, entraînant les limitations fonctionnelles suivantes : port de charges supérieures à 20-25 kg, port de charges répété supérieures à 15-20 kg, travail prolongé avec le membre supérieur gauche au-dessus du plan des épaules et activités nécessitant de la force ou des mouvements répétés de l'épaule gauche. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était théoriquement favorable, mais des facteurs personnels et contextuels pouvaient interférer avec le processus de retour au travail.
 - d.** Dans un rapport du 16 septembre 2019, le docteur C_____, alors chef de clinique à l'unité d'orthopédie et de traumatologie du sport des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a indiqué que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle, et entière dans un travail principalement sédentaire, en raison d'une entorse acromio-claviculaire gauche en décembre 2018 compliquée d'une épaule gelée, d'une hernie cervicale C6-C7, d'une coxarthrose gauche et d'un syndrome lombaire.
 - e.** Par décision du 30 avril 2020, l'OAI a informé l'assuré de ce que des mesures d'intervention précoce et de réadaptation professionnelle n'étaient pas indiquées.

f. Le 30 avril 2020, l'assuré a fait l'objet d'une intervention par fusion cervicale antérieure et discectomie C6-C7 aux HUG en raison d'une sténose foraminale en C6-C7 sur hernie discale. Les rapports de consultations de suivi font état d'une évolution stagnante depuis l'opération. En juillet 2020, une fracture du plateau inférieur de C6 en regard de la lame de la cage avec suspicion de déplacement secondaire de cette dernière a été constatée.

g. Le 7 mai 2020, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie, a indiqué avoir traité chirurgicalement l'assuré pour un kyste sacro-coccygien du 21 novembre 2019 au 28 février 2020, date à laquelle la cicatrisation était définitive et autorisait une reprise du travail à 100%.

h. Dans un rapport du 21 octobre 2020, le docteur E_____, médecin généraliste de l'assuré, a mentionné que l'assuré avait une capacité de travail nulle dans toute activité. Les cervicobrachialgies avaient augmenté depuis 2017 et le pronostic était sombre.

i. Le 6 mars 2021, le Dr C_____ a exposé que les suites opératoires étaient initialement bonnes, avec une diminution des douleurs, mais s'étaient par la suite péjorées avec une fracture du plateau inférieur de la vertèbre C6 constatée à la radiographie. L'assuré avait une importante limitation de la mobilité cervicale et des contractures musculaires paracervicales et paramusculaires. Il souffrait, en outre, d'une gonarthrose bilatérale. Au vu de l'importance des douleurs présentées par l'assuré, il avait de la peine à déterminer des limitations fonctionnelles ainsi qu'une activité professionnelle adaptée. Sur le plan médical, il attendait l'avis des spécialistes de la douleur pour envisager l'intégration de l'assuré à un programme de prise en charge multidisciplinaire de la douleur.

j. Le 24 mars 2021, le service médical régional (ci-après : le SMR) de l'OAI a considéré que l'activité habituelle de l'assuré n'était plus exigible compte tenu des nombreuses atteintes somatiques. L'état de santé n'était pas stabilisé, dans l'attente de la prise en charge multidisciplinaire préconisée par le Dr C_____ et d'une éventuelle nouvelle intervention chirurgicale.

k. Dans un rapport du 6 août 2021, le Dr C_____ a indiqué que le cas de l'assuré avait peu évolué, la douleur et la limitation de mobilité étaient toujours persistantes. Il était difficile de dire si l'assuré pouvait exercer une activité professionnelle adaptée à son état de santé et seul un travail essentiellement sédentaire, sans port de charges, avec possibilité d'alterner les positions assis/debout pouvait entrer en ligne de compte.

l. Le 5 novembre 2021, l'assuré a subi une intervention chirurgicale pour excision de cicatrice et de tissus sous-cutanés en raison d'une nouvelle formation kystique dans la région sacro-coccygienne. L'anamnèse pré-opératoire rapporte des douleurs invalidantes empêchant l'assuré de rester en position assise prolongée en regard de la cicatrice issue de la première intervention de 2019.

m. Le 24 décembre 2021, le Dr C_____ a résumé les atteintes à la santé de l'assuré. Il l'avait vu pour la première fois à la suite d'une entorse acromioclaviculaire de stade II de l'épaule gauche, compliquée d'une raideur articulaire. Des douleurs acromioclaviculaires fluctuantes nécessitant très ponctuellement une infiltration de cortisone persistaient. Il avait également suivi l'assuré pour suite de prise en charge d'une hernie cervicale C6-C7 traitée par microdiscectomie C6-C7 et mise en place d'une cage le 30 avril 2020. Les suites post-opératoires s'étaient compliquées par une fracture du plateau inférieur de la vertèbre C6 traitée conservativement. L'évolution était mauvaise avec d'importantes douleurs paracervicales et périscapulaires ainsi qu'une limitation douloureuse de la mobilité cervicale. En l'état, il n'avait plus d'option de traitement conservateur à proposer. L'assuré avait, au surplus, présenté par le passé une coxalgie gauche sur chondropathie acétabulaire, d'évolution favorable sous traitement de physiothérapie. Il présentait également une gonarthrose bilatérale débutante soulagée par des infiltrations ponctuelles de cortisone. En raison de ses douleurs multiples, l'assuré avait aussi été évalué par le service de rhumatologie, qui n'avait pas retenu de maladie inflammatoire expliquant ses nombreuses plaintes.

n. Mandaté par l'OAI, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a rendu une expertise le 17 janvier 2022, dans laquelle il a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des cervicobrachialgies chroniques, non déficitaires, un status après entorse acromio-claviculaire grade II de l'épaule gauche, une coxarthrose bilatérale débutante, actuellement asymptomatique, et un syndrome rotulien bilatéral. Les status après angioplastie coronarienne et après cure chirurgicale de kyste sacrococcygien, ainsi que l'hypercholestérolémie en traitement, ont été jugés sans répercussion sur la capacité de travail. L'expert a relevé avoir été frappé par le comportement algique de l'assuré. De nombreuses autolimitations avaient été constatées et trois signes de non organicité sur cinq selon Waddell avaient été mis en évidence. L'atteinte somatique ne suffisait pas à expliquer l'intensité du tableau douloureux ni le handicap perçu par l'assuré. L'assuré ne pouvait plus exercer les métiers qu'il avait eus jusqu'en août 2017 (aide de cuisine, serveur et livreur) ; il pouvait exercer uniquement une activité parfaitement adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir éviter les travaux impliquant des mouvements répétés des deux épaules surtout au-delà de l'horizontal et le port et le soulèvement de charges de plus de 3 kg. Sur le plan structurel, la capacité de travail de l'assuré, dans une activité sédentaire ou semi-sédentaire évitant les positions statiques prolongées de la nuque, était complète et il aurait théoriquement pu reprendre une activité adaptée trois mois après son intervention à la colonne cervicale.

o. Se fondant sur cette expertise, le SMR a considéré, le 7 février 2022, que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle dès le 19 novembre 2018 et entière dans une activité adaptée dès le 1^{er} août 2020.

p. Procédant à un calcul de comparaison des revenus sur la base d'un statut d'actif pour la période postérieure au 1^{er} août 2020, l'OAI a abouti à la conclusion que le degré d'invalidité de l'assuré était nul, le salaire avec invalidité, fondé sur les statistiques (CHF 62'015.- après abattement de 10% en raison des limitations fonctionnelles), étant plus élevé que celui sans invalidité (CHF 42'531.-). Par projet de décision du 16 février 2022, il a ainsi accordé à l'assuré une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 1^{er} janvier 2020 au 31 octobre 2020, soit trois mois après l'amélioration de sa capacité de travail au 1^{er} août 2020. Des mesures professionnelles n'étaient par ailleurs pas indiquées.

q. Le 21 mars 2022, sous la plume de son conseil, l'assuré a contesté le projet de décision et requis l'octroi d'une rente entière d'invalidité illimitée dans le temps. Le rapport d'expertise du Dr F_____ et l'avis du SMR du 7 février 2022 n'avaient aucune valeur probante ; le revenu sans invalidité fondé sur l'année 2016 était trop bas car il avait eu plusieurs périodes d'incapacité de travail l'année en question pour traiter ses problèmes cardiaques. L'assuré a notamment joint à son plis les documents suivants :

- lettre de sortie du 6 mai 2020 faisant suite au séjour aux HUG du 30 avril au 5 mai 2020 au vu de l'intervention chirurgicale pratiquée le 30 avril 2020 par les docteurs G_____ et H_____ (microdiscectomie C6-C7 et mise en place d'une cage HRCC, taille 5LD, ainsi qu'allogreffe par phosphate tricalcique et hydroxyapatite), faisant état de suites favorables sur le plan orthopédique et d'un arrêt de travail jusqu'au 30 mai 2020, à réévaluer ;
- rapport de consultation des HUG du 2 juillet 2020 avec *addendum* du 3 juillet 2020 relatant une évolution stagnante depuis l'opération avec un examen clinique superposable à celui d'avant l'intervention. Les radiographies réalisées montraient une fracture du plateau de C6 avec un enfoncement de la cage dans le plateau de C7, en consolidation, ainsi qu'un ostéophyte dans le foramen C6-C7 gauche malgré la foraminotomie antérieure, pouvant expliquer la persistance des symptômes dans le membre supérieur gauche ;
- rapport de consultation des HUG du 3 septembre 2020 faisant état de l'apparition d'une polyarthralgie non expliquées par l'opération ni par les documents radiologiques, le matériel étant bien en place sans signe de nouvelle complication selon les dernières radiographies ;
- rapport de consultation des HUG du 26 janvier 2021 relevant une grande sensibilité à la palpation du trapèze et une fusion C6-C7 obtenue selon le bilan radiologique ;
- imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) sacro-coccygienne du 11 mai 2021 concluant à une formation ovalaire dans la région sacrococcygienne postérieure pouvant traduire une récurrence avec remaniement fibreux et à un status inflammatoire du premier et deuxième os coccygien ;

- rapport du 14 septembre 2021 de consultation initiale de proctologie mentionnant une récurrence probable de kyste sacro-coccygien, l'assuré présentant des douleurs à la position assise depuis quelques mois avec un épisode extrêmement douloureux en août 2021 ;
- compte-rendu opératoire de l'intervention réalisée le 5 novembre 2021 pour excision de cicatrice et de tissus sous-cutanés en raison de douleurs sacro-coccygiennes ;
- rapport d'IRM du bassin et des deux hanches du 11 mars 2022 concluant à une apposition périostée au niveau de la jonction cervico-céphalique des deux côtés pouvant prédisposer un conflit fémoro-acétabulaire de type Came, à une minime fissuration de la partie antéro-supérieure du labrum des deux côtés avec une hernie de Pit et à une minime tendinite insertionnelle du faisceau latéral du moyen fessier des deux côtés, non fissuraire ;
- rapport du 15 mars 2022 du docteur I_____, second médecin généraliste de l'assuré, indiquant qu'il ne partageait pas les conclusions du Dr F_____ et du SMR concernant la capacité de travail de l'assuré. Celui-ci présentait des pathologies multiples avec douleurs chroniques, limitation de la mobilité et position assise difficile à assumer sur de longues périodes. Son état ne s'était pas amélioré en août 2020 et il était incapable de travailler dans toute profession depuis 2018 ;
- rapport du 17 mars 2022 de Monsieur J_____, physiothérapeute, faisant état de l'échec du traitement, le caractère aigu et le rapport très étroit à la douleur de l'assuré n'ayant pas permis d'améliorer de manière significative son état analytique et fonctionnel ;
- rapport du 14 mars 2022 de la docteure K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, mentionnant que l'histoire de l'assuré était jalonnée d'une série d'évènements de vie négatifs, prédictifs de son épuisement psychique actuel. Depuis l'intervention d'avril 2020, il présentait une péjoration de son état clinique. Il était au bénéfice d'un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré depuis décembre 2021 et souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) ainsi que d'un trouble panique, rendant nulle sa capacité de travail. Une activité régulière, même à temps partiel, ne pouvait être mise en place, compte tenu de la symptomatologie anxiodépressive, qui engendrait plusieurs limitations fonctionnelles, et plusieurs symptômes neurovégétatifs ;
- rapport du Dr E_____ du 21 mars 2022 expliquant que l'assuré n'était pas apte à reprendre une activité professionnelle et qu'il n'avait pas connu d'amélioration de son état après le 30 avril 2020. Une coccygodynie l'empêchait d'être assis longtemps et les deux épaules étaient algiques.

r. Le 25 mars 2022, le SMR a jugé que l'instruction devait se poursuivre au vu des nouveaux rapports médicaux produits. La plupart des pathologies était connue,

mais la présence d'une capsulite aux deux épaules, de douleurs au niveau sacrococcygien et d'une affection psychiatrique était nouvelle.

s. Reprenant l'instruction du dossier, le SMR a recueilli les documents suivants :

- rapport médical du Dr C_____ du 21 avril 2022 relevant que les douleurs cervicales étaient actuellement au premier plan, limitant les mouvements de la nuque et des deux épaules. Une activité principalement sédentaire était théoriquement possible à 100%, bien que l'assuré mentionnait des douleurs importantes ;
- rapport du 22 avril 2022 de la docteure L_____, spécialiste FMH en neurologie, faisant état de ce que l'assuré ne souffrait pas d'une pathologie neurologique mais présentait des douleurs notamment en position assise au niveau antérieur et postérieur de la hanche droite ;
- rapport du Dr I_____ du 26 avril 2022 faisant état de douleurs chroniques et d'un pronostic défavorable. Le médecin ne s'est pas prononcé sur le potentiel de réadaptation de l'assuré ;
- rapport du 4 juin 2022 de la Dre K_____ retenant une capacité de travail nulle de l'assuré depuis décembre 2021, en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1). Il existait aussi un trouble panique (F41.0), sans répercussion sur la capacité de travail. Les limitations fonctionnelles psychiques étaient les suivantes : tristesse, fatigabilité, perte de plaisir, irritabilité, manque d'énergie, diminution de la concentration, manque de motivation, trouble du sommeil et perte de perspectives dans l'avenir ;
- rapport de consultation de la *team* épaule-coude des HUG du 8 juin 2022 faisant état d'une nette amélioration des douleurs au niveau de l'articulation acromio-calviculaire, les plaintes principales concernant les cervicalgies ;
- rapport du Dr E_____ du 17 juin 2022 indiquant que l'assuré n'était pas en mesure d'exercer une activité adaptée actuellement, pour des raisons organiques et psychiques ;
- rapport du 19 juillet 2022 de l'unité de proctologie des HUG mentionnant qu'à la consultation du 21 décembre 2021, l'assuré n'avait plus de douleurs et que la cicatrisation était complète, justifiant ainsi la fin du suivi en proctologie. Une reprise de travail à 100% dès cette date était donc possible sous l'angle de cette spécialité.

t. Le 2 septembre 2022, le SMR a jugé qu'il était nécessaire de réaliser une expertise bidisciplinaire orthopédique et psychiatrique, laquelle a été attribuée aux docteurs M_____ et N_____, respectivement spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

u. Le 23 janvier 2023, les médecins précités ont rendu leur rapport d'expertise. Sous l'angle consensuel, ils ont retenu que l'assuré avait une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle, à la fois sur le plan orthopédique et psychiatrique, et de 50% dans une activité adaptée, du fait psychiatrique. Les diagnostics incapacitants étaient les suivants : cervicalgies chroniques, douleurs chroniques de l'épaule, actuellement sans substrat clair, et trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen depuis décembre 2021 (F33.1). Des coxalgies d'origine peu claire, un trouble panique depuis décembre 2021 (F41.0) ainsi qu'un trouble de la personnalité dépendante, depuis adolescent ou jeune adulte (F60.7) n'étaient pas incapacitants. Sur le plan orthopédique, dans une activité adaptée, sans charge, l'état clinique permettait une reprise d'activité théorique à 80%. Néanmoins, des facteurs externes, comme la prise d'une quantité d'antalgiques trop importante, restaient un facteur négatif. Sur le plan psychique, l'incapacité de travail avait toujours été de 50% dans une activité adaptée. L'assuré avait subi de l'insécurité psychique à plusieurs périodes de sa vie. Il avait multiplié très tôt et tout au long de sa vie les expériences d'abandon, de rejet et d'échec qui avaient fragilisé intrinsèquement sa structure de personnalité. Il s'était focalisé sur la douleur qui était devenue son nouveau statut et sa nouvelle identité. Il était dépendant affectivement de son entourage et la douleur était pour lui un moyen de garder mobilisées coûte que coûte sa femme, sa fille, sa mère et sa sœur afin de ne pas se retrouver seul. Le trouble de la personnalité le rendait globalement peu dynamique et peu motivé à faire changer les choses. Le diagnostic n'était pas incapacitant en soi mais grevait le pronostic thymique principal. S'agissant du contrôle de cohérence, les experts ont retenu que l'examen clinique somatique était assez rassurant, aussi bien au niveau cervical qu'au niveau de l'épaule gauche et que la symptomatologie était exagérée. Au plan psychique, concernant le versant thymique, les plaintes et allégations de l'assuré étaient globalement cohérentes et plausibles ; concernant le versant douloureux, il existait un côté démonstratif et des autolimitations le rendant moins cohérent. En outre, les traitements n'étaient pas tous correctement investis et le traitement psychotrope n'était pas en rapport avec la sévérité des troubles allégués.

Dans son expertise orthopédique, le Dr M_____ a fixé les limitations fonctionnelles suivantes : pas de mouvements répétitifs du rachis cervical et pas d'activité statique au niveau du rachis cervical, pas d'effort au-dessus de la ceinture scapulaire, pas de marche en terrain inégal, pas d'échelle ni d'échafaudage. Dans une activité respectant ces limitations, le temps de présence maximal par jour de l'assuré était de 8h25, avec une performance diminuée de 20% en raison de l'augmentation des pauses, ce qui conduisait à une capacité de travail de 80%. Le Dr M_____ a par ailleurs jugé utile que l'assuré effectue un SPECT-CT au niveau cervical, qu'il effectue un examen neurologique des membres supérieurs pour déterminer une éventuelle atteinte C7 gauche liée au problème cervical et qu'il investigue les problèmes de compression des nerfs cubitiaux au niveau des coudes. Une hospitalisation avec traitement multimodal

devait également être effectuée dans le but de sevrer les médicaments morphiniques pris par l'assuré.

Le Dr N_____ a indiqué, dans son expertise psychiatrique, que les limitations fonctionnelles de l'assuré se présentaient sous la forme de tristesse et ralentissement du point de vue physique mais pas idéique. Dans une activité simple, mono-tâche, répétitive, peu stressante et sans pression, la capacité de travail de l'assuré était de 50%, correspondant à quatre heures par jour, sans diminution de rendement. Il était peu probable que cette capacité de travail évolue favorablement dans l'avenir et elle s'était toujours élevée à 50% dans une activité adaptée du point de vue psychiatrique.

v. Le 31 janvier 2023, le SMR a proposé de suivre les conclusions de l'expertise et retenu une capacité de travail de l'assuré nulle dans l'activité habituelle d'aide-cuisinier depuis le 19 novembre 2018 et, dans une activité adaptée, une capacité de travail nulle dès cette même date, de 80% dès le 1^{er} août 2020 et de 50% dès décembre 2021.

w. L'OAI a procédé à deux calculs successifs de l'invalidité, sur la base d'une capacité de travail de l'assuré de 80%, puis de 50%, aboutissant à un degré d'invalidité de 2.59%, respectivement de 38.89%. Dans le premier cas, un abattement de 10% en raison de l'activité à taux partiel et des années de service dans le domaine a été accordé, maintenu au même taux dans le deuxième cas, mais en raison d'une capacité de travail de 50% ou moins (réduction forfaitaire). Le revenu avec invalidité était fondé sur les statistiques, tout comme celui sans invalidité, au vu du fait que lors de la survenance de l'incapacité de travail durable, l'assuré n'était plus en emploi depuis plusieurs mois, mais au chômage. Au vu de son expérience, il était vraisemblable que sans atteinte à la santé, l'assuré aurait pu prétendre à un emploi dans le domaine de la restauration (niveau 1), de sorte qu'il fallait se référer aux statistiques ressortant de ce domaine d'activité pour déterminer le revenu sans invalidité, ce qui était à son avantage au vu des inscriptions figurant dans son compte individuel.

x. Le 24 mars 2023, l'OAI a adressé un nouveau projet de décision à l'assuré aboutissant aux mêmes conclusions que le précédent, qu'il a contesté le 11 mai 2023, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité illimitée dans le temps dès le 1^{er} janvier 2020, son état de santé n'ayant pas connu d'amélioration. Il a joint des attestations médicales du 6 mai 2023 du docteur O_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et du 1^{er} mai 2023 de la Dre K_____. Selon le premier, l'impotence fonctionnelle, d'origine ostéoarticulaire, était très importante et les restrictions physiques liées aux pathologies étaient nombreuses, soit : restriction de la mobilité du rachis dans toute activité, pas de mouvement itératif cervical, pas d'efforts, ni de levers de poids au-dessus de l'horizontale, et encore moins répétitifs ; professionnellement, le membre supérieur gauche ne pouvait plus qu'être utilisé comme appui du type presse-papier ; pas de mouvements rotatifs

du tronc, pas de flexion antérieure du tronc ; marche impossible de plus de 15 minutes, impossible en terrain inégal, pas de montée et descente des escaliers, du moins pas répétitive ; pas de travail avec horaires irréguliers, ni nocturne ni sur des échelles, ni dans des conditions d'humidité ; travail assis avec bouée et avec alternance des positions. Dans une activité adaptée, la capacité de travail de l'assuré était de 30% avec un rendement de 50%, à but thérapeutique, comme réhabilitation des activités de la vie quotidienne et initiation à des activités professionnelles légères. Cette mesure de reprise de travail devait être accompagnée parallèlement d'une prise en charge par un centre de la douleur ou par un autre service médical pluridisciplinaire. Quant à la Dre K_____, elle a établi une attestation reprenant en grande partie son rapport du 14 mars 2022, si ce n'est qu'elle posait également les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et de trouble de la personnalité. Les limitations fonctionnelles étaient d'ordre physique et psychique, l'empêchant d'exercer une activité professionnelle. Une fatigue et une fatigabilité, un rendement diminué, des difficultés d'adaptation aux événements inattendus ainsi que des troubles attentionnels et de mémoire avec risque d'erreur et une mauvaise gestion du stress étaient constatés. Les limitations liées au trouble dépressif étaient grandement majorées par le trouble de la personnalité qui engendrait une dégradation du fonctionnement interpersonnel, social et professionnel et limitait les aptitudes de l'assuré dans tous les domaines.

y. Par lettre du 31 mars 2023 reçue le 12 avril 2023 par l'OAI, le Dr I_____ a indiqué que l'état de santé général de l'assuré l'empêchait d'effectuer un quelconque travail.

z. Par décision du 8 août 2023, après que le SMR eut relevé que les derniers rapports médicaux produits n'apportaient pas de nouvel élément ignoré par les experts et maintenu son appréciation, l'OAI a accordé une rente entière d'invalidité à l'assuré, du 1^{er} janvier 2020 au 31 octobre 2020.

C. a. Par acte du 8 septembre 2023 interjeté devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), l'assuré a formé recours à l'encontre de la décision du 8 août 2023, concluant, préalablement, à ce qu'une expertise médicale judiciaire soit ordonnée et, principalement, à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit accordée pour une durée indéterminée à compter du 1^{er} janvier 2020, sous suite de dépens.

b. Par mémoire de réponse du 9 octobre 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. L'expertise réalisée répondait aux conditions jurisprudentielles pour se voir reconnaître pleine valeur probante.

c. Par réplique du 15 décembre 2023, le recourant a persisté dans ses conclusions et produit de nouvelles pièces, soit :

- IRM du genou bilatérale du 28 août 2023 concluant à une méniscope fissuraire de la corne postérieure du ménisque interne des deux côtés discrètement plus

importante à gauche, à l'absence de chondropathie fissuraire et à des signes de tendinose insertionnelle quadricipitale des deux côtés ;

- attestations d'infiltrations de l'épaule gauche réalisées le 4 mai et le 12 octobre 2023, du genou gauche réalisée le 19 octobre 2023, ainsi que du genou droit réalisée le 2 novembre 2023 ;
- radiographie de la colonne cervicale du 10 novembre 2023 mettant en évidence un status post-opératoire avec fixation C6-C7 et remaniements uncarthrosiques bilatéraux associés ;
- scintigraphie osseuse trois phases et SPECT-CT du rachis du 23 novembre 2023 concluant à des anomalies aux deux temps de l'examen en regard du pourtour de la cage intersomatique C6-C7, compatible avec une pseudarthrose ;
- rapport médical du Dr O_____ du 28 novembre 2023 relevant que les plaintes récurrentes du recourant concernant la colonne cervicale et la ceinture scapulaire étaient justifiées par les diagnostics entraînés par la complication post-opératoire de fracture du plateau inférieur de C6 et un enfoncement de la cage sur le plateau de C7. Le SPECT-CT avait permis de poser le nouveau diagnostic de pseudarthrose après enfoncement de la cage, qui, ajouté aux autres diagnostics, conduisait à une impotence complète sévère, de durée indéterminée ainsi qu'à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et dans toute activité adaptée. Le traitement était complexe, long et incertain, vraisemblablement chirurgical, dans un but de soulagement des douleurs, voire de réduction de l'impotence fonctionnelle. Il n'y avait aucun programme de reprise de travail dans un quelconque délai. Son rapport invalidait les conclusions de l'intimé en tant qu'il faisait état d'un fait nouveau, soit d'une complication sévère extrêmement dommageable.
- rapport de la Dre K_____ du 30 novembre 2023, quasiment identique à celui du 1^{er} mai 2023.

d. Par duplicque du 23 janvier 2024, l'intimé a persisté dans ses conclusions, joignant un avis rendu par le SMR le 23 janvier 2024, aux termes duquel les différents documents remis par le recourant ne démontraient pas une aggravation objective de l'état de santé du recourant. En effet, les divers rapports médicaux indiquaient qu'il présentait une atteinte des ménisques des deux genoux, sans atteinte cartilagineuse associée, motivant deux infiltrations. Toutefois, le diagnostic de probable gonarthrose débutante avait déjà été retenu par le SMR et le Dr F_____ avec des limitations fonctionnelles d'épargne des genoux. L'assuré avait eu des infiltrations de l'épaule gauche, ce qui était habituel en cas d'atteinte de cette articulation. La mobilité articulaire de l'épaule gauche décrite par le Dr O_____ était un peu inférieure à celle décrite en janvier 2023 par le Dr M_____, mais restait compatible avec une capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne de l'épaule, l'abduction et

l'élévation étant de 90°. Le diagnostic de pseudarthrose C6-C7 mis en avant par le Dr O_____ à la suite de la scintigraphie osseuse du 23 novembre 2023 avait déjà été évoqué par l'expert orthopédiste, qui retenait le diagnostic de cervicalgies chroniques avec déplacement de la cage avec enfoncement dans le plateau supérieur de C7 avec persistance de l'ostéophyte. L'anomalie révélée par la scintigraphie avait déjà été relevée dès juillet 2020 et le Dr M_____, en se basant sur l'examen clinique et neurologique, avait retenu que la capacité de travail du recourant était de 80% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'épaule et du rachis cervical, et non de 0% comme le retenait actuellement le Dr O_____. En cas de nouvelle chirurgie cervicale, l'incapacité de travail serait totale pour une durée de plusieurs semaines.

e. Le 11 avril 2024, la chambre de céans a requis que l'intimé se détermine sur les griefs du recourant concernant le revenu avec et sans invalidité.

f. Par écriture du 30 avril 2024, l'intimé a exposé que le recourant ne développait aucun argument concernant le revenu avec invalidité, le trouvant simplement trop élevé pour son état de santé. Concernant le revenu sans invalidité, l'affirmation du recourant qu'il avait réalisé des revenus de près de CHF 47'000.- en 2017 ne trouvait aucun fondement dans le dossier, à teneur de l'extrait de son compte individuel. Dans ce contexte, le revenu de CHF 48'468.- appliqué en 2022, supérieur aux revenus effectivement réalisés sur une longue période, ne prêtait pas le flanc à la critique. L'estimation indicative du Secrétariat d'État à l'économie qu'avait produit le recourant n'y changeait rien. S'agissant du calcul du degré d'invalidité figurant dans la décision du 8 août 2023, une faute de frappe avait été commise en ce sens que le chiffre de CHF 48'648.- avait été mentionné, au lieu de CHF 48'468.-. Cette dernière valeur étant celle ressortant des tableaux statistiques, le résultat auquel parvenait la décision était cependant conforme au droit sur le fond.

g. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

h. Les autres faits et documents seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT

1.

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

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

1.2 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, par ailleurs suspendu durant la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité après le 31 octobre 2020 et, le cas échéant, sur la quotité de cette rente.

3.

3.1 Par renvoi 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.

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

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (*cf.* ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

Selon l'al. 1 de la let. b des dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020, pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui n'avaient pas encore 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, la quotité de la rente ne change pas tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, à savoir, selon la disposition en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022, tant qu'il ne subit pas une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a).

Selon la circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité (ci-après : CIRAI) éditée par l'Office fédéral des assurances sociales, si la modification déterminante s'est produite avant le 1^{er} janvier 2022, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 s'appliquent. Si la modification déterminante s'est produite après le 31 décembre 2021, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version entrant en vigueur le 1^{er} janvier 2022 s'appliquent. La date de la modification déterminante est déterminée selon l'art. 88a RAI (ch. 9102). Aux termes de l'al. 2

1^{ère} phr. de cette disposition, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

En l'occurrence, la question du droit applicable dépend de la période considérée. Pour la période antérieure au 1^{er} janvier 2022, il ne fait pas de doute que le droit applicable est celui en vigueur avant les modifications législatives adoptées dans le cadre du développement continu de l'AI, la rente étant née au 1^{er} janvier 2020. En outre, dans la mesure où le recourant avait, au 1^{er} janvier 2022, 30 ans révolus mais moins de 55 ans, ce n'est que si une modification déterminante de son taux d'invalidité d'au moins 5 points de pourcentage dès le 1^{er} janvier 2022 devait être admise que le nouveau droit devrait être appliqué.

Selon la décision querellée, tel est précisément le cas puisque le taux d'invalidité du recourant est passé de 3% à 39%, en raison d'une détérioration de sa capacité de travail dès décembre 2021 (capacité de travail de 50% dans une activité adaptée dès le mois précité au lieu d'une capacité de travail de 80% retenue dès août 2020), soit a varié de plus de 5 points de pourcentage. Or, la CIRAI précisant que la date de modification déterminante est celle déterminée par l'art. 88a RAI, la date finalement pertinente dans le cas d'espèce serait celle de mars 2022 (trois mois après la dégradation de la capacité de gain), postérieure à l'entrée en vigueur du nouveau droit. Il s'ensuit que – pour autant que les constatations de l'intimé concernant les périodes et taux d'incapacité de travail du recourant soient correctes – le nouveau droit serait alors applicable pour juger de la situation prévalant dès 2022.

4. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références ; VSI 2001 p. 157 consid. 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'article 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 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2).
5. 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).

6. Selon le droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, 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 (art. 28 al. 2 LAI).

Selon le nouveau droit, en vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2) ; pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour les taux d'invalidité compris entre 40 et 49%, la quotité de la rente s'échelonne de 25 à 47,5 % (cf. al. 4).

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

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

7. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.
8. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193

consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon 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).

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.

8.1 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).

8.2 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).

8.3 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 ; 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).

8.4 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 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 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

8.5 Le but des expertises multidisciplinaires est de recenser toutes les atteintes à la santé pertinentes et d'intégrer dans un résultat global les restrictions de la capacité de travail qui en découlent. L'évaluation globale et définitive de l'état de santé et de la capacité de travail revêt donc une grande importance lorsqu'elle se fonde sur une discussion consensuelle entre les médecins spécialistes participant à l'expertise. La question de savoir si, et dans quelle mesure, les différents taux liés aux limitations résultant de plusieurs atteintes à la santé s'additionnent, relève d'une appréciation spécifiquement médicale, dont le juge ne s'écarte pas, en principe (*cf.* ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.3 ; *cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_162/2023 du 9 octobre 2023 consid. 2.3 et les références).

- 9.** Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de

vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; *cf.* 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

- 10.** En l'espèce, il s'agit en premier lieu d'examiner si les conclusions de l'intimé au sujet de la capacité de travail du recourant et son évolution dans le temps peuvent être suivies.

10.1 L'intimé a fait procéder à la réalisation de deux expertises administratives dans le cadre de l'instruction du dossier et, sur la base de leurs conclusions, a finalement retenu que le recourant n'avait plus aucune capacité de travail dans son activité habituelle depuis le 19 novembre 2018, une capacité de travail nulle dans une activité adaptée dès la même date, qui était passée à 80% dès le 1^{er} août 2020, puis à 50% dès décembre 2021. Les atteintes à la santé incapacitantes qu'il a retenues étaient des cervicalgies persistantes post micro-discectomie et mise en place d'une cage au niveau de C6-C7, avec déplacement secondaire de la cage avec fracture du plateau inférieur de C6 et enfoncement de la cage au niveau du plateau, de status après luxation acromio-claviculaire de degré I à II et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Les limitations fonctionnelles prises en compte par l'intimé étaient par ailleurs les suivantes : port de charges limité à 5 kg, pas de mouvement itératif du rachis cervical, pas d'effort au-dessus de la ceinture scapulaire, pas d'activité statique au niveau du rachis cervical, pas de mouvements répétitifs du rachis cervical, pas de marche en terrain inégal, pas d'échelle ni d'échafaudage, baisse de la motivation, thymie dépressive, dévalorisation et fatigabilité.

10.2 La chambre de céans observe que l'expertise bidisciplinaire réalisée en janvier 2023, sur laquelle l'intimé s'est essentiellement appuyé pour prendre ses conclusions, est fondée sur toutes les pièces du dossier, comprend une anamnèse, la description des plaintes du recourant ainsi que d'une journée-type, un examen clinique, des diagnostics et limitations fonctionnelles clairs et une appréciation convaincante de sa capacité de travail. L'expertise psychiatrique répond par ailleurs aux exigences de la jurisprudence concernant l'évaluation de la capacité de travail au moyen d'un catalogue d'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 141 V 281 consid. 4 ; 143 V 409 consid. 4.4). Enfin, la situation du recourant a été discutée de manière consensuelle entre les experts, lesquels ont évalué globalement son état de santé et sa capacité de travail.

Sur le vu de ce qui précède, une pleine force probante peut *a priori* être accordée à l'expertise bidisciplinaire de janvier 2023.

10.3 Reste à déterminer si les critiques soulevées par le recourant à son encontre sont de nature à ébranler cette conclusion.

10.3.1 Le recourant fait tout d'abord valoir que l'expertise bidisciplinaire ne permet pas de déterminer comment son état de santé a évolué, de fixer des périodes d'incapacité de travail et de dire si son état était stabilisé au moment de sa réalisation.

Cette opinion ne saurait être suivie. En effet, les experts ont résumé l'évolution de la maladie, tant sur le plan somatique que sur le plan psychiatrique. Ils ont par ailleurs répondu aux questions du mandat concernant l'évolution de la capacité de travail au fil du temps.

S'il eût certes été judicieux que le Dr M_____ précisât formellement depuis quelle date il retenait une capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, il sied néanmoins de souligner qu'il a en réalité évalué que celui-ci avait une capacité de travail de 100% (8h25 par jour), mais avec un rendement diminué de 20% en raison de la nécessité de faire des pauses. Citant l'expertise du Dr F_____, il a par ailleurs expliqué que celle-ci résumait bien la situation, qui restait actuelle. Or, pour mémoire, cet expert retenait que le recourant aurait pu reprendre une activité adaptée trois mois après son intervention à la colonne cervicale en avril 2020, soit dès août 2020.

10.3.2 S'agissant de l'expertise orthopédique, l'erreur concernant la date de l'intervention chirurgicale (6 mai 2020 indiqué par le Dr M_____ au lieu du 30 avril 2020), on ne discerne pas quelles en seraient les conséquences. La première date est par ailleurs celle de l'établissement de la lettre de sortie, laquelle est correctement retranscrite dans la partie « documents au dossier » de l'expertise et rapporte une hospitalisation du 30 avril au 5 mai 2020, étant relevé que le compte-rendu opératoire rendant plus explicite la date d'opération ne figurait alors pas au dossier.

L'affirmation selon laquelle le principe inquisitoire aurait été violé compte tenu du fait que l'expert orthopédiste aurait préconisé la réalisation d'un examen neurologique et d'un SPECT-CT afin d'élucider le problème cervical doit être écartée. L'expert s'est en effet prononcé en ce sens lorsqu'il a évalué les mesures médicales pouvant améliorer la capacité de travail du recourant. Il a par ailleurs relevé que son examen clinique était rassurant et ne mettait pas en avant une atteinte neurologique, de sorte que sa proposition s'inscrivait dans une volonté d'écartier tout doute à cet égard. Au demeurant, les examens complémentaires réalisés en novembre 2023 par le recourant n'ont pas apporté de conclusions nouvelles sur le plan neurologique. La proposition du Dr M_____ visant à ce que le recourant fasse l'objet d'une hospitalisation avec traitement multimodal s'inscrit aussi à titre de suggestion afin d'améliorer sa capacité de travail, le but étant

d'introduire un sevrage aux médicaments morphiniques utilisés à haute dose et représentant, selon l'expert, un facteur externe négatif pour une reprise effective d'une activité adaptée.

Contrairement à ce qu'affirme le recourant, l'expertise orthopédique a tenu compte de la problématique du kyste sacro-coccygien. Les deux interventions chirurgicales réalisées sont en effet mentionnées et l'anamnèse en fait aussi état. Le Dr M_____ a cependant jugé que les douleurs post ablation du kyste sacro-coccygien n'étaient pas incapacitantes, évaluation qui n'est pas contredite de manière convaincante par les médecins traitants, étant par ailleurs relevé qu'à la suite de la seconde intervention, le recourant n'a plus eu de suivi spécialisé en lien avec cette atteinte et que les spécialistes qui l'ont traité ont expressément fait état de suites favorables (cf. rapport de l'unité de proctologie des HUG du 19 juillet 2022).

La chambre de céans ne discerne pas non plus d'incohérences dans l'analyse des douleurs aux hanches rapportées par le recourant. Le résultat de l'IRM de mars 2022 ne dit encore rien sur ses limitations fonctionnelles et l'impact du trouble sur sa capacité de travail, tâche qui entre précisément dans la compétence de l'expert spécialiste. Au regard des conclusions de l'IRM, les dégénérescences étaient par ailleurs minimales et un conflit fémoro-acétabulaire n'était pas encore existant.

En outre, le recourant ne saurait se prévaloir d'une quelconque incohérence entre les diagnostics et les limitations fonctionnelles retenus. Contrairement à ce qu'il affirme, ces dernières font bien état de restrictions liées au status après luxation acromio-claviculaire, dans la mesure où les efforts au-dessus de la ceinture scapulaire sont proscrits.

Le recourant ne peut non plus se prévaloir de ce que l'expert orthopédiste n'aurait pas tenu compte des douleurs et limitations constatées aux jambes lors de son examen. L'expert a en effet noté l'absence de substrat clair aux douleurs de hanches et un très important déconditionnement global expliquant les douleurs multiples décrites par le recourant, ce qui avait également été relevé par le Dr F_____. Cela étant, des limitations fonctionnelles concernant la marche en terrain inégal et l'utilisation d'échelles et d'échafaudages ont été posées, de sorte que les plaintes du recourant à cet égard ont été prises en considération.

10.3.3 Concernant l'expertise psychiatrique, le recourant fait valoir que la date de décembre 2021 retenue par le Dr N_____ correspond au début de sa prise en charge psychothérapeutique, mais non à l'apparition de son trouble psychique, largement antérieure. Il ne saurait être suivi sur ce point. L'élément déterminant en la matière n'est en effet pas de savoir quand le trouble est précisément apparu, mais à partir de quand il a développé des effets sur la capacité de travail de la personne concernée. À ce titre, aucun élément au dossier ne permet de retenir que le trouble psychique aurait été incapacitant avant le mois de décembre 2021. Le recourant n'avait pas entrepris de suivi avant le mois en question, ni par exemple

été hospitalisé en raison d'une grave décompensation. La Dre K_____ retient en outre elle-même que la capacité de travail du recourant est nulle depuis décembre 2021 et ne la fait pas remonter à une période antérieure (cf. rapport du 4 juin 2021).

Le recourant voit, en outre, une contradiction dans l'appréciation de sa capacité de travail sous l'angle psychiatrique, dans la mesure où il est conclu qu'il dispose depuis toujours d'une capacité de 50% dans une activité adaptée, réduite à 0% dans l'activité habituelle depuis décembre 2021 seulement. Bien que l'expertise eût méritée d'être plus claire sur ce point, sur la base des autres explications du Dr N_____, l'on peut comprendre que l'expert juge que le recourant a été affecté par les multiples expériences d'abandon, de rejet et d'échec qu'il a vécues très tôt, avant même l'âge adulte. Ce n'est toutefois que dès décembre 2021 que le diagnostic incapacitant de trouble dépressif récurrent peut être posé, ce qui rend l'activité habituelle inadaptée depuis lors et explique l'incapacité totale de travail retenue depuis cette date dans cette activité. L'expert juge par ailleurs que le trouble de la personnalité dépendante, depuis l'âge adolescent ou jeune adulte, n'est en tant que tel pas incapacitant, ce qui relativise son constat d'une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée « depuis toujours ». Il faut ainsi comprendre les conclusions de l'expert en ce sens que la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée a toujours été de 50% du point de vue psychiatrique, depuis qu'un trouble incapacitant est apparu, soit depuis décembre 2021.

Le recourant reproche encore à l'expertise psychiatrique de ne pas prendre en compte intégralement les indicateurs fixés par la jurisprudence. Il ne détaille cependant pas quels indicateurs auraient été ignorés et, comme relevé *supra* (consid. 10.2), il apparaît au contraire que tous les éléments déterminants selon la jurisprudence (cf. ATF 141 V 281 consid. 4) ont été analysés. Concernant le degré de gravité fonctionnel, l'atteinte à la santé, la personnalité du recourant et le contexte social de celui-ci sont abordés ; l'expertise permet par ailleurs d'examiner le caractère cohérent des plaintes du recourant, en considérant les limitations dans tous les domaines de sa vie.

10.3.4 Enfin, contrairement à ce que soutient le recourant, les rapports médicaux au dossier ont été pris en compte par les experts puisqu'ils sont mentionnés dans les sources. Ceux-ci n'avaient par ailleurs pas l'obligation de discuter dans le détail chaque rapport médical particulier et le recourant ne précise pas quels éléments déterminants de ces rapports auraient été omis par les experts.

C'est également en vain qu'il se prévaut de ce que la fatigue et la fatigabilité n'auraient pas été retenues puisqu'il est fait mention d'un ralentissement sur le plan psychique, le SMR ayant de plus expressément retenu la fatigabilité à titre de limitation fonctionnelle.

10.4 En conclusion, une pleine force probante doit être accordée à l'expertise bidisciplinaire des Drs M_____ et N_____.

10.5 Le recourant formule ensuite plusieurs griefs à l'encontre des rapports du SMR et des conclusions de l'intimé, rappelées ci-dessus (*cf.* consid. 10.1).

10.5.1 Il a déjà été répondu à l'argument – infondé – selon lequel le SMR aurait seul fixé la capacité de travail du recourant à 80% dès le 1^{er} août 2020 et été souligné que cette date, même si elle ne ressortait pas expressément de l'expertise bidisciplinaire, était fondée sur les conclusions du Dr F_____, lesquelles n'avaient pas été remises en cause par le Dr M_____. Par ailleurs, le fait que le SMR ait jugé, dans son avis du 24 mars 2021, que le cas du recourant n'était alors pas encore stabilisé n'est pas en soi contradictoire, car son appréciation était fondée sur les rapports qui se trouvaient à l'époque au dossier, soit ceux du Dr C_____. Or, ce médecin mentionnait à cette période vouloir tenter une prise en charge multidisciplinaire et ne se prononçait pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Dans ce contexte, il était normal que les médecins du SMR aient estimé que le cas n'était pas stabilisé. Le fait qu'ils sont parvenus à une conclusion inverse après une instruction plus approfondie du cas ne saurait être tenu pour contradictoire et ne rend pas leurs conclusions finales dénuées de fondement.

10.5.2 Au surplus, le fait que l'intervention du 30 avril 2020 se soit compliquée d'une fracture du plateau inférieur de C6 avec enfoncement au niveau de la cage de C7 ne rend pas inopérante la conclusion d'une capacité de travail de 80% dès août 2020. Le Dr M_____ avait en effet pleinement connaissance de ces complications (citées dans les diagnostics incapacitants) et indiqué qu'elles pouvaient expliquer la symptomatologie. Les rapports des HUG et l'imagerie réalisée ne se prononcent par ailleurs pas sur une éventuelle répercussion de ces complications sur la capacité de travail du recourant.

10.5.3 Quant au rapport d'IRM du 11 mai 2021 qui démontrerait selon le recourant un status inflammatoire sacro-coccygien jusqu'à l'intervention de novembre 2021, il sied de souligner que ce rapport, dépourvu d'examen clinique, ne renseigne nullement sur l'impact de l'inflammation sur la capacité de travail. De plus, le rapport de l'unité de proctologie des HUG du 14 septembre 2021 fait état de douleurs depuis quelques mois et d'un seul épisode aigu en août 2021. Le recourant a ensuite été traité chirurgicalement fin novembre 2021 et, depuis lors, les spécialistes des HUG ne notent pas de récurrence. Sur la base de ces éléments, la conclusion de ce que la problématique sacro-coccygienne n'a pas affecté la capacité de travail du recourant n'apparaît pas infondée, étant en outre souligné qu'une détérioration de la capacité de travail doit en tout état durer un certain temps avant d'être prise en considération en matière d'assurance-invalidité (*cf.* art. 88a RAI).

10.5.4 La question de l'incapacité partielle de travail dans une activité adaptée (50%) pour raisons psychiatriques a déjà en partie été abordée plus haut. S'il est vrai que l'expertise psychiatrique aurait pu être plus explicite sur ce point, les conclusions qu'en tire le SMR paraissent bien fondées. Même si le Dr N_____ relève une incapacité de travail du recourant dans une activité adaptée « depuis toujours », le SMR souligne à juste titre que celui-ci n'a pas été en incapacité de travail avant 2018 (il a concrètement exercé un emploi à 100% la dernière fois jusqu'en août 2017, avant une période de chômage) et l'expert retient l'apparition d'un trouble incapacitant depuis décembre 2021 seulement (trouble dépressif récurrent), le trouble de la personnalité n'étant pas incapacitant en soi, mais grevant le pronostic thymique principal. Le SMR pouvait ainsi retenir que la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée avait toujours été de 50% du point de vue psychiatrique, depuis qu'un trouble incapacitant était apparu, soit décembre 2021.

10.5.5 Enfin, l'argument du recourant selon lequel les rapports de ses médecins traitants s'opposeraient aux conclusions de l'intimé doit également être rejeté. Dans son écriture de recours, le recourant se prévaut en particulier des rapports du Dr O_____ du 28 novembre 2023 et de celui de la Dre K_____ du 30 novembre 2023. Or, ce dernier rapport est pour l'essentiel similaire à ceux déjà présents au dossier et, s'il consacre une autre opinion quant à la capacité de travail du recourant, il ne fait pas état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise, qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert psychiatre. La Dre K_____ diagnostique par ailleurs un syndrome somatoforme douloureux (diagnostic également posé dans son rapport du 1^{er} mai 2023) sans toutefois préciser sur quels nouveaux éléments elle se fonde pour ce faire, sachant qu'elle n'avait pas diagnostiqué une telle atteinte dans ses premiers rapports. Les explications de l'expert rejetant la présence de ce trouble, dans la mesure où les douleurs conservent une base clinique malgré une exagération relevée par les somaticiens, sont du reste convaincantes.

Quant au rapport du Dr O_____, il ne contient aucun argument qui permettrait de mettre en doute les conclusions prises par l'expertise bidisciplinaire en janvier 2023 et suivies par l'intimé dans sa décision du 8 août 2023. Certes, l'orthopédiste traitant fait état d'un nouveau diagnostic, à savoir celui d'une pseudarthrose après enfoncement de la cage, atteinte découverte lors de la scintigraphie osseuse et SPECT-CT du rachis du 23 novembre 2023, la radiographie de la colonne cervicale du 10 novembre 2023 parlant déjà de remaniements uncarthrostiques bilatéraux. Il indique que ce fait nouveau constitue une complication sévère extrêmement dommageable pour le recourant, invalidant les décisions de l'intimé. Cependant, le fait de savoir si la découverte de cette pseudarthrose modifie l'évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée – dans la mesure où l'enfoncement de la cage était déjà connu et des limitations fonctionnelles en lien

avec le rachis avaient déjà été prises en considération – peut rester ouverte. En effet, 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) et les faits survenus postérieurement, 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). Or, il n'existe en l'état pas d'élément indiquant, au stade de la vraisemblance prépondérante, que la pseudarthrose aurait déjà été présente lors de la réalisation de l'expertise bidisciplinaire et du prononcé de la décision querellée.

10.5.6 La chambre de céans constate encore qu'aucun des autres rapports des médecins traitants du recourant n'est de nature à mettre en doute les conclusions de l'intimé dans une mesure suffisante au sens de la jurisprudence, celles-ci étant fondées sur une expertise probante. L'on soulignera en outre que le Dr C_____ a lui-même attesté d'une capacité de travail théorique du recourant dans une activité adaptée.

10.6 Au vu de ce qui précède, les griefs formulés à l'encontre des avis du SMR et des conclusions de l'intimé doivent être rejetés et il peut être conclu à une incapacité entière de travail du recourant dès le 19 novembre 2018, à une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée dès le 1^{er} août 2020, respectivement de 50% dès décembre 2021.

10.7 Il ne se justifie dès lors pas de compléter l'instruction du dossier sous l'angle médical et de procéder à la réalisation d'une expertise judiciaire comme le requiert le recourant. En effet, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101 ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

En l'occurrence, le cas a été tranché après plusieurs mesures d'investigation, notamment après réalisation d'une expertise bidisciplinaire probante, sur laquelle l'intimé s'est à juste titre fondé pour statuer sur les droits du recourant.

11. Il reste à déterminer si le calcul de l'invalidité de l'intimé est correct.

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser 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 LPGA).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et 128 V 174).

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait – au degré de la vraisemblance prépondérante – réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 ; 135 V 297 consid. 5.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 139 V 28 consid. 3.3.2).

Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) éditée par l'Office fédéral de la statistique (arrêts du Tribunal fédéral I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et I 774/01 du 4 septembre 2002). Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide ; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant

de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 143 V 295 consid. 2.2 et la référence ; 135 V 297 consid. 5.2 et les références). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table TA1 de l'ESS, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1_skill_level (ATF 142 V 178). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1). La valeur statistique – médiane – s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3).

Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a estimé qu'il n'existe pas de motifs sérieux et objectifs justifiant une modification de sa jurisprudence relative à l'application des ESS dans le cadre de la détermination du degré d'invalidité des assurés (ATF 148 V 174).

Le salaire fondé sur les ESS doit encore être adapté à l'horaire de travail usuel de la branche, et indexé à l'année déterminante en tenant compte des valeurs spécifiques au sexe (ATF 129 V 408).

Le cas échéant, il y a lieu d'adapter le salaire statistique à l'évolution des salaires nominaux en appliquant soit le chiffre définitif de l'indice suisse des salaires nominaux publié au moment déterminant de la décision litigieuse, soit la plus récente estimation trimestrielle (cf. ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_659/2022 du 2 mai 2023 consid. 7.2).

12. Le recourant élève plusieurs griefs concernant l'évaluation de son invalidité.

12.1 Il indique que la comparaison des revenus de l'intimé depuis décembre 2021 contient une erreur de calcul, en ce sens qu'en prenant en considération les mêmes données, le résultat serait de 39.576%, lui ouvrant le droit à un quart de rente d'invalidité.

Comme le relève cependant l'intimé, une erreur s'est produite lors de la retranscription dans la décision querellée du revenu sans invalidité. Alors que le chiffre de CHF 48'468.- (correspondant à un revenu mensuel de CHF 4'309.- selon l'ESS 2020 pour les métiers de l'hébergement et la restauration, pour un homme, niveau de compétence 1) figurait dans le calcul réalisé le 23 mars 2023, celui de CHF 48'648.- a été mentionné à tort dans la décision.

Ainsi, sous cet angle, le résultat final auquel parvient l'intimé – invalidité de 39% – est correct.

12.2 Le recourant reproche à l'intimé d'avoir tenu compte d'un revenu avec invalidité surréaliste, au vu de son état de santé et de son incapacité de travail totale.

Dans la mesure où il a été jugé que les conclusions de l'intimé au sujet de la capacité de travail du recourant et son évolution dans le temps étaient probantes, l'argument, mal fondé, doit être rejeté.

12.3 Concernant le revenu sans invalidité, le recourant fait valoir qu'en 2016, alors qu'il avait été opéré du cœur, il avait réalisé des revenus de près de CHF 47'000.- et que, depuis lors, les années s'étant écoulées, il est manifeste qu'il aurait pu réaliser un revenu supérieur à celui pris en compte par l'intimé, ce d'autant plus que le salaire minimum s'appliquait à Genève depuis 2020 et que, dans le domaine de la restauration, l'horaire courant était plutôt de 45 heures par semaine, et un 13^e salaire obligatoire.

L'extrait du compte individuel du recourant montre qu'il a eu des revenus quelque peu fluctuants jusqu'en 2018, et toujours inférieurs à CHF 47'000.-. Au moment de la survenance de l'incapacité de travail durable, il était par ailleurs au chômage depuis plus d'une année. Le recourant a en outre une longue expérience pratique dans le domaine de la restauration et travaillait en tant qu'aide de cuisine dans son dernier emploi, mais n'était pas diplômé. Dans ces circonstances, l'intimé a, sur le principe, à juste titre pris en considération les statistiques officielles pour fixer le revenu sans invalidité, plus précisément la ligne 55-56 de l'ESS (domaine de l'hébergement et de la restauration), pour un homme, de niveau 1. L'art. 26 al. 4 RAI entré en vigueur le 1^{er} janvier 2022 prévoit d'ailleurs que si le revenu effectivement réalisé ne peut pas être déterminé ou ne peut pas l'être avec suffisamment de précision, le revenu sans invalidité est déterminé sur la base des valeurs statistiques visées à l'art. 25 al. 3 RAI, pour une personne ayant la même formation et une situation professionnelle correspondante. L'art. 25 al. 3 RAI indique pour sa part que si les revenus déterminants sont fixés sur la base de valeurs statistiques, les valeurs médianes de l'ESS font foi. D'autres valeurs statistiques peuvent être utilisées, pour autant que le revenu en question ne soit pas représenté dans l'ESS. Les valeurs utilisées sont indépendantes de l'âge et tiennent compte du sexe.

Cependant, dans la mesure où le salaire sans invalidité doit être évalué de la façon la plus concrète possible et au vu du fait qu'à Genève la loi sur l'inspection et les relations du travail du 12 mars 2004 (LIRT - J 1 05) impose un salaire minimum à respecter en faveur de tous les travailleurs accomplissant habituellement leur travail dans le canton, sauf exception non pertinente en l'espèce (art. 39I et 39J LIRT), il se justifie de prendre en compte cette donnée pour le cas où elle est supérieure au salaire statistique selon l'ESS. Elle paraît en effet plus représentative de ce que le recourant aurait, dans les faits, perçu à Genève, s'il n'était pas atteint dans sa santé.

En 2022, année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité du recourant à la suite de l'aggravation de son état de santé dès décembre 2021 pour raisons psychiatriques, le salaire horaire minimum à Genève était de CHF 23.27 (cf. art. 39K al. 1 et 3 LIRT prévoyant un salaire minimum de CHF 23.- par heure, indexé chaque année sur la base de l'indice des prix à la consommation ; art. 1 al. 1 de l'arrêté relatif au salaire minimum cantonal pour l'année 2022 [ArSMC-2022 - J 1 05.03] du 3 novembre 2021).

En tenant compte de la durée hebdomadaire normale de travail dans la restauration, à savoir 42.4 heures en 2022 (cf. tableau T 03.02.03.01.04.01 « durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique en heures par semaine », ligne 56), le salaire mensuel s'élève à CHF 4'275.50.

Il se justifie par ailleurs de tenir compte d'un 13^e salaire équivalent à 100% d'un salaire mensuel brut, ce 13^e salaire étant obligatoire pour les travailleurs occupés dans des établissements de restauration, en vertu de l'art. 13 de la convention collective nationale de travail pour les hôtels, restaurants et cafés (CCNT).

Par conséquent, le revenu sans invalidité doit être fixé à CHF 55'582.- (4'275.50 x 13).

12.4 Au surplus, s'agissant du revenu avec invalidité, il a à juste titre été fixé sur la base de l'ESS, le recourant n'ayant pas repris une activité professionnelle (cf. art. 26^{bis} al. 2 RAI cum art. 25 al. 3 RAI, en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022).

Le recourant n'élève aucune critique quant aux données de l'ESS prises en considération et la méthode de calcul de l'intimé peut en effet être approuvée (données de l'année 2020, pour un homme, tous secteurs confondus, de niveau 1, adaptées à la durée normale hebdomadaire de travail et à l'évolution des salaires jusqu'en 2022), ce qui aboutit à un salaire avec invalidité de CHF 65'322.- pour une capacité de travail entière.

Cependant, comme déterminé plus haut, dès décembre 2021, le recourant ne dispose plus que d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, de sorte que le revenu avec invalidité doit être porté à CHF 32'661.-.

De plus, en vertu de l'art. 26^{bis} al. 3 RAI en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022, si, du fait de l'invalidité, les capacités fonctionnelles de l'assuré au sens de

l'art. 49 al. 1^{bis} RAI, ne lui permettent de travailler qu'à un taux d'occupation de 50% ou moins, une déduction de 10% pour le travail à temps partiel est opérée sur la valeur statistique.

En l'occurrence, l'intimé a appliqué une déduction forfaitaire de 10% sur le revenu avec invalidité pour tenir compte du travail à temps partiel seul réalisable par le recourant et des années de service dans le domaine.

Or, depuis le 1^{er} janvier 2022, seule une déduction pour travail à temps partiel peut être appliquée sur le revenu avec invalidité déterminé en fonction des statistiques (ch. 3414 CIRAI, version en vigueur au 1^{er} janvier 2022). Quant à son résultat, l'abattement retenu par l'intimé est ainsi conforme au droit, même s'il repose en partie sur une motivation dépassée.

Le revenu avec invalidité fixé à CHF 29'395.- (65'322 : 50% -10%) ne prête ainsi pas le flanc à la critique.

12.5 La comparaison des revenus avec et sans invalidité aboutit à un degré d'invalidité de 47% ($[(CHF\ 55'582.- - CHF\ 29'395.-) \times 100 : CHF\ 55'582.-]$), ouvrant le droit à une rente d'invalidité de 42.5% dès le 1^{er} mars 2022 (cf. art. 28b al. 4 LAI dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022 qui fixe les quotités de rente pour les taux d'invalidité inférieurs à 50%).

12.6 La décision dont est recours, qui supprime tout droit à la rente d'invalidité postérieurement au 31 octobre 2020 est ainsi en partie contraire au droit.

En définitive, le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier 2020 au 31 octobre 2020 (point non contesté par les parties), puis à une rente d'une quotité de 42.5% dès le 1^{er} mars 2022.

- 13.** La question se pose de savoir si la quotité de la rente doit être adaptée dès le 1^{er} janvier 2024.

L'art. 26^{bis} al. 3 RAI a en effet fait l'objet d'une modification entrée en vigueur à cette date (RO 2023 635) et prévoit depuis lors qu'une déduction de 10% est opérée sur la valeur statistique visée à l'al. 2 (revenu avec invalidité déterminé en fonction des valeurs statistiques visées à l'art. 25 al. 3 RAI, soit en fonction de l'ESS). Si, du fait de l'invalidité, l'assuré ne peut travailler qu'avec une capacité fonctionnelle au sens de l'art. 49 al. 1^{bis} RAI, de 50% ou moins, une déduction de 20% est opérée. Aucune déduction supplémentaire n'est possible.

Selon l'al. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du RAI du 18 octobre 2023, pour les rentes en cours à l'entrée en vigueur de la modification du 18 octobre 2023 qui correspondent à un taux d'invalidité inférieur à 70% et pour lesquelles le revenu avec invalidité a été déterminé sur la base de valeurs statistiques et n'a pas déjà fait l'objet d'une déduction de 20%, une révision est engagée dans les trois ans qui suivent l'entrée en vigueur de la présente modification. Si la révision devait conduire à une diminution ou à une suppression de la rente, il y sera renoncé. Si elle devait conduire à une

augmentation de la rente, celle-ci prendra effet à l'entrée en vigueur de la présente modification.

Par ailleurs, en vertu de la CIRAI dans son état au 1^{er} janvier 2024, tous les droits à la rente nés avant le 1^{er} janvier 2024 sont régis par les dispositions du RAI dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2023. Si le droit à la rente subsiste au-delà du 31 décembre 2023, les dispositions du RAI dans sa version en vigueur au 1^{er} janvier 2024 sont applicables à partir de cette date. L'augmentation de la rente prend alors effet au 1^{er} janvier 2024 (ch. 9201).

Avec une réduction forfaitaire de 20%, l'invalidité du recourant s'élèverait à 53% et justifierait le versement d'une rente de cette quotité (art. 28b al. 2 LAI en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022).

Cependant, la chambre de céans renverra le dossier à l'intimé pour détermination du taux d'invalidité dès cette date, dans la mesure où les pièces produites dans le cadre du recours peuvent faire penser qu'une aggravation de son état de santé s'est produite après le prononcé de la décision litigieuse, en raison de la mise en évidence d'une pseudarthrose.

En effet, conformément au ch. 9209 CIRAI, si des indices laissent présumer une modification des faits déterminants dans le cadre de l'adaptation des rentes en cours, il faut vérifier si les conditions d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA sont remplies (ch. 5100 ss) et, le cas échéant, adapter en conséquence le droit à la rente à la date prévue à l'art. 88^{bis} RAI (ch. 5600 ss).

L'avis du SMR du 23 janvier 2024 retient, certes, que l'anomalie avait déjà été relevée dès juillet 2020 et que le Dr M_____ avait tenu compte d'un enfoncement de la cage et d'un ostéophyte dans l'appréciation de la capacité de travail du recourant. Si cette dernière affirmation est exacte, il sied néanmoins de préciser qu'à l'époque, la pseudarthrose n'avait pas été détectée et que le Dr O_____, spécialiste en orthopédie, estime qu'il s'agit d'un fait nouveau important. Compte tenu des points de vue au dossier, la chambre de céans n'est pas en mesure de dire si l'apparition d'une arthrose a aggravé l'état de santé du recourant.

Il appartiendra ainsi à l'intimé, après instruction complémentaire du dossier, de déterminer si la pseudarthrose a une influence sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail du recourant telles qu'elles ont été fixées dans le cadre de la présente procédure et, le cas échéant, d'en tenir compte dans l'évaluation de l'invalidité après le 1^{er} janvier 2024, en rendant une nouvelle décision à ce propos.

14.

14.1 Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier 2020 au 31 octobre 2020 et à une rente d'invalidité de 42.5% du 1^{er} mars 2022 au 31 décembre 2023. La cause est par ailleurs renvoyée à l'intimé pour

établissement du degré d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2024 et éventuelle augmentation de la rente.

14.2 Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

14.3 Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 8 août 2023.
4. Dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier 2020 au 31 octobre 2020 et à une rente d'invalidité de 42.5% du 1^{er} mars 2022 au 31 décembre 2023.
5. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision concernant la quotité de la rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2024.
6. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens.
7. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
8. 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

Véronique SERAIN

Philippe KNUPFER

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