

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3349/2025

ATAS/432/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 mai 2026

Chambre 10

En la cause

A_____

recourant

Représenté par Me Michael RUDERMANN, avocat

contre

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

intimé

**Siégeant : Joanna JODRY, présidente ; Pierre-Bernard PETITAT et
Saskia BERENS TOGNI, juges assesseurs.**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1966, ressortissant du Sénégal, est arrivé en Suisse en 1996. Divorcé depuis 2000, il a travaillé en dernier lieu en qualité d'agent de sécurité à 100% pour B_____, du 1^{er} février 2011 au 31 octobre 2014, et a ensuite été engagé en qualité de *Steward* de train responsable du minibar dès le 1^{er} janvier 2015 à temps partiel.
- b.** Le 21 avril 2016, l'assuré a signé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), indiquant avoir été en incapacité de travail du 3 février au 31 mars 2015, et souffrir de cervicobrachialgies gauches et de lombalgies.
- c.** Du 20 juin au 20 juillet 2016, l'assuré a réalisé un stage, mis en œuvre par l'office cantonal de l'emploi, auprès de la fondation PRO. Il a ensuite été accompagné par la fondation Intégration pour tous dès le mois d'août 2016 pour rechercher un stage.
- d.** L'OAI a reçu plusieurs rapports de la docteure C_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, médecin traitante de l'intéressé, des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) et de la Clinique genevoise de D_____, ainsi que des rapports d'examens radiologiques et complémentaires.
- e.** Selon une note du 30 juillet 2021 relative au mandat de réadaptation de l'OAI, l'assuré a bénéficié d'une mesure d'orientation et d'une aide au placement, au terme desquelles il a été conclu qu'il était autonome dans ses démarches et disposait des outils pour rechercher un emploi adapté.
- f.** Le service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR) a été invité à plusieurs reprises à se déterminer sur la situation du recourant. Il ressort de ses rapports des 21 août 2017, 8 juillet et 15 octobre 2018, confirmés le 13 septembre 2021, que l'atteinte principale consistait en un canal cervical étroit C5-C6 associé à une uncarthrose bilatérale et une protrusion discale à base large paramédiane gauche, une sténose foraminale gauche traitées le 10 août 2015 par discectomie et arthrodèse par mise en place d'une cage intersomatique, ainsi que des lombosciatalgies S1 gauches sur une volumineuse hernie discale L5-S1 avec conflit radiculaire avec la racine S1 gauche traitée le 1^{er} décembre 2015 par fenestration L5-S1, herniectomy et microdiscectomie partielle. Le début de l'incapacité durable de travail remontait au 3 février 2015. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle d'employé de mini-bar auprès des CFF, mais entière, sauf pour la période du 11 novembre 2017 au 31 mai 2018, dans une activité adaptée sans port de charges de plus de 5 kg, sans position statique prolongée, sans vibrations, sans position en porte-à-faux du rachis, sans flexion, extension et rotation des rachis cervical et lombaire, sans position la tête penchée en avant, sans élévation des bras au-delà des épaules, sans utilisation d'escaliers,

d'échelles et d'échafaudage, étant souligné qu'une activité permettant d'alterner librement les positions était à privilégier.

g. Par décision du 16 mai 2022, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière pour la période limitée du 1^{er} novembre 2017 au 31 août 2018. Il a retenu que l'intéressé était en incapacité totale de travail à l'issue du délai d'attente d'une année, soit au 3 février 2016, ce qui lui donnait droit à une rente entière d'invalidité. Toutefois, sa demande ayant été déposée le 27 avril 2016, le droit à la rente ne pouvait naître qu'à partir du 1^{er} octobre 2016. Or, à compter du 20 juin 2016, il disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée et la comparaison des revenus avec et sans invalidité ne révélait aucune perte de gain. Il ne pouvait dès lors pas prétendre à une rente. Pour la période courant du 1^{er} novembre 2017 au 31 mai 2018, l'assuré avait présenté une nouvelle incapacité de travail de 100%, ce qui lui ouvrait le droit à une rente entière jusqu'au 31 août 2018, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé. Ainsi, son droit à la rente prenait fin le 1^{er} septembre 2018, le taux d'invalidité étant alors nul.

B. a. Le 28 juillet 2022, l'OAI a reçu un rapport du 16 juin 2022 de la Dre C_____, relevant que la situation ostéoarticulaire de son patient était inchangée, avec des séquelles neurologiques post-opératoires datant de plus de deux ans, mais qu'il avait présenté, en raison des douleurs invalidantes, une décompensation psychique avec des troubles d'angoisse et un état dépressif majeur nécessitant un suivi psychiatrique.

b. Sur conseil de l'OAI, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, enregistrée le 12 août 2022, faisant état d'un suivi sur les plans psychiatrique et cardiologique.

c. Dans un rapport du 5 septembre 2022, le docteur E_____, psychiatre aux HUG, a diagnostiqué un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive (CIM-10 F43.22), sans influence sur la capacité de travail, étant toutefois précisé qu'une expertise psychiatrique semblait nécessaire pour déterminer la capacité de travail de l'intéressé, qui avait bénéficié d'un bref suivi aux Centres ambulatoires de psychiatrie et psychothérapie intégrées (ci-après : CAPPI) en 2015. Depuis le 9 mai 2022, il était suivi à une fréquence bimensuelle et son traitement médicamenteux comprenait la prise de Mirtazapine 15 mg/j et de Flurazépam 15 mg/j. Cette prise en charge avait permis une amélioration de son état psychique, avec une rémission partielle de sa symptomatologie.

d. Le 12 décembre 2022, l'OAI a reçu un rapport relatif à un CT cardiaque du 11 juillet 2022 et à un scanner du thorax du 16 septembre 2022, ainsi qu'un rapport du 12 juillet 2022 établi par le docteur F_____, spécialiste en cardiologie et médecine interne, indiquant que l'assuré avait fait des malaises sans perte de connaissance, avec des palpitations. Les investigations avaient révélé une bonne fonction globale et régionale systolique ventriculaire gauche, une régurgitation

mitrale discrète sans répercussion hémodynamique significative, une pression systolique normale dans le ventricule droit, des plaques d'athérome au niveau de l'IVA proximale et de la première diagonale. Au vu des plaintes et de la localisation proximale de ces lésions, une coronarographie avait été programmée. L'attitude thérapeutique était à réévaluer selon le résultat de cet examen.

e. L'OAI a également réceptionné le rapport de coronarographie du 12 août 2022, aux termes duquel cet examen était normal, seule une insuffisance mitrale légère à modérée (grade 2) étant relevée.

f. Par rapport du 18 avril 2023, la Dre C_____ a signalé une évolution défavorable au niveau lombaire avec des lombalgies déficitaires, étant précisé qu'une IRM du 30 mars 2023 avait mis en évidence une discopathie protrusive postéro-latérale et foraminale gauche en compression de la racine L5 gauche. Au niveau pulmonaire, le patient présentait depuis le 19 septembre 2022 des troubles respiratoires sous tabagisme actif et le CT-scan pulmonaire avait mis en exergue d'importants emphysèmes diffus justifiant une prise en charge. En raison de troubles du rythme, un contrôle cardiologique avait été effectué. Le scanner coronaire avait mis en évidence des plaques athéromateuses, mais la coronarographie du 12 août 2022 n'avait pas révélé de lésions ischémiques. Le patient présentait toujours des lombalgies avec des paresthésies vers la racine L5 gauche et des limitations fonctionnelles à la suite d'efforts physiques. De même, en raison de son emphysème pulmonaire avec d'importants épaississements bronchiques bilatéraux, une activité professionnelle avec des efforts physiques ou respiratoires était contre-indiquée. Une capacité de travail de 50% était possible dans une activité strictement adaptée à l'état de santé du patient et en prenant en compte les restrictions aux niveaux lombaire et respiratoire, soit une limitation de port de charges à 5 kg de manière répétitive et à 10 kg de manière ponctuelle, une limitation de la flexion de la colonne vertébrale en répétitions, une limitation au niveau respiratoire, excluant le travail nécessitant de monter ou descendre des escaliers et, de façon générale, le travail nécessitant de l'endurance et des efforts physiques.

Elle a annexé un rapport relatif à un CT thorax du 16 janvier 2023, un rapport du 20 janvier 2023 du docteur G_____, spécialiste en pneumologie, retenant le diagnostic de bronchique chronique avec tabagisme actif, épaississement bronchique, emphysème pulmonaire aux apex, bronchite infectieuse et sclérose aorte/coronaire, et proposant de compléter les investigations par une consultation cardiologique et préconisant une discussion quant à l'arrêt du tabac, et un rapport relatif à une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de la colonne lombo-sacrée du 30 mars 2023.

g. Par avis du 8 mai 2023, le SMR a conclu à une aggravation de l'état de santé depuis la dernière décision entrée en force. L'atteinte principale consistait en un emphysème pulmonaire diffus dans un contexte de BPCO (pour broncho-pneumopathie chronique obstructive), des lombosciatalgies S1 gauche

sur une volumineuse hernie discale L5-S1 avec conflit radiculaire avec la racine S1 gauche traitée le 1^{er} décembre 2015 avec récurrence paramédiane gauche avec conflit radiculaire S1 ayant motivé une deuxième opération à ce niveau le 19 mars 2018 avec une reprise de la fenestration interlaminaire L5-S1 gauche et une microdiscectomie, avec une persistance de paresthésie L5 gauche, un canal cervical étroit C5-C6 associé à une uncarthrose bilatérale et à une protrusion discale à base large paramédiane gauche traité le 10 août 2015 par discectomie et arthrodèse par mise en place d'une cage intersomatique en C5-C6. La capacité de travail était nulle en tant qu'agent de sécurité depuis le mois de février 2015, mais une activité adaptée était exigible à 100% depuis le 20 juin 2016 et à 50% depuis le 19 septembre 2022. Les limitations fonctionnelles, préexistantes et nouvelles, comprenaient le port de charges limité à 5 kg, la position statique prolongée, les vibrations, les positions en porte-à-faux du rachis, les flexions, extensions et rotations des rachis cervical et lombaire, la position tête penchée en avant, l'élévation des bras au-delà des épaules, l'utilisation d'escaliers, d'échelles et d'échafaudage, étant rappelé qu'une activité permettant l'alternance des positions était à privilégier et que le travail nécessitant de l'endurance et des efforts physiques n'était pas possible.

h. Le 23 juin 2023, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui octroyer une rente d'invalidité s'élevant à 55% d'une rente entière, sur la base d'un taux d'invalidité de 55%, à compter du 1^{er} septembre 2023. Il ressortait en effet de son instruction médicale que l'incapacité de travail demeurait totale dans l'activité habituelle et que la capacité de travail était réduite à 50% dans une fonction adaptée aux limitations fonctionnelles à compter du 19 septembre 2022. La comparaison des revenus sans invalidité (CHF 65'292.-) et avec invalidité (CHF 29'381.-) révélait une perte de gain de CHF 35'911.-, correspondant au taux de 55%. Ainsi, à l'issue du délai d'attente, soit au 19 septembre 2023, le taux d'invalidité s'élevait à 55% et ouvrait le droit à une rente de ce pourcentage.

i. Dans un rapport du 21 juillet 2023, la Dre C_____ a souligné que les sévères problèmes de santé nécessitaient un suivi médical mensuel par divers spécialistes et ce, jusqu'à nouvel avis. En fonction des résultats obtenus, l'intéressé pourrait potentiellement nécessiter des examens médicaux complémentaires, étant précisé qu'un examen des fonctions pulmonaires était prévu le 22 septembre 2023.

j. Par courrier du 10 août 2023, l'assuré, par l'intermédiaire d'une mandataire, a formé opposition à l'encontre dudit projet de décision.

k. À la suite d'un examen du 25 octobre 2023, le Dr F_____ a constaté la progression de la régurgitation mitrale par rapport à son examen du 15 juin 2022, avec la suspicion d'une rupture de cordage. Un contrôle avec échocardiographie était prévu dans six mois.

l. Le 26 octobre 2023, la médecin traitante a précisé qu'un examen cardiologique avait été fixé au 25 octobre 2023.

m. Le 1^{er} novembre 2023, elle a informé l'OAI qu'un suivi cardiologique à la consultation du Dr F_____ était prévu au mois d'avril 2024.

n. Dans un rapport du 8 novembre 2023, la Dre C_____ a fait état d'une péjoration de l'état de santé de son patient avec l'apparition de troubles cardiologiques et pulmonaires, étant rappelé, au niveau ostéo-articulaire, les troubles neurologiques avec des hypoesthésies et une diminution de la force. L'intéressé était incapable de travailler en raison de ces atteintes. Des contrôles cardiologique et pulmonaire étaient prévus en février 2024, respectivement en décembre 2023.

o. Le 24 avril 2024, le Dr F_____ n'a pas constaté, lors de son contrôle échocardiographique, de modification significative par rapport à son examen du 25 octobre 2023. Une nouvelle échocardiographie d'effort était prévue dans trois mois.

p. Le 5 juin 2024, le SMR a considéré que les nouveaux documents produits dans le cadre de la procédure d'audition ne montraient pas d'éléments nouveaux ou en faveur d'une aggravation depuis ses conclusions précédentes, qui demeuraient valables.

q. Selon une lettre de sortie 15 juin 2024 établie par le docteur H_____, médecin chef de clinique au département de psychiatrie des HUG, l'assuré avait été hospitalisé en admission ordinaire pour mise à l'abri d'idées suicidaires, du 26 avril au 3 mai 2024. Le diagnostic principal était un trouble de l'adaptation. Un rendez-vous était prévu le 10 mai 2024 au CAPPI.

r. Dans un avis du 2 juillet 2024, le SMR a estimé, après examen de cette nouvelle pièce médicale, qu'il convenait d'envoyer un rapport initial au CAPPI afin de déterminer si l'aggravation de l'état de santé sur le plan psychiatrique était temporaire ou notable et durable.

C. a. Par décisions du 3 juillet 2024, l'OAI a accordé à l'assuré une rente d'invalidité correspondant à 55% d'une rente entière du 1^{er} septembre au 31 décembre 2023 et de 60% d'une rente entière à partir du 1^{er} janvier 2024.

b. Le 4 septembre 2024, l'assuré, représenté par un avocat, a interjeté recours contre ces décisions par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans).

Il a notamment produit une attestation datée du 2 août 2024 du département de psychiatrie des HUG.

c. Le 17 septembre 2024, l'OAI a informé la chambre de céans qu'il avait rendu une nouvelle décision annulant et remplaçant les décisions attaquées, au motif que l'instruction devait être reprise.

d. Par arrêt du 25 septembre 2024 (ATAS/730/2024) la chambre de céans a pris acte de la décision rendue par l'OAI le 17 septembre 2024 et constaté que le recours était devenu sans objet.

D. a. Dans un rapport du 27 septembre 2024, la docteure I_____, médecin interne au département de psychiatrie des HUG, a diagnostiqué un trouble dépressif persistant (F34.1), avec répercussion durable sur la capacité de travail. Elle a précisé que le patient était suivi en consultation psychiatrique aux HUG depuis 2015, pour une symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle, en lien avec ses troubles somatiques ainsi qu'une situation socio-économique précaire. Il était au bénéfice d'une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique intégrée, avec un suivi médico-infirmier et un suivi groupal. L'évolution clinique était stationnaire, voire en aggravation. Le patient restait envahi par une tension interne, surtout liée à la symptomatologie anxio-dépressive chronique. Sa capacité de travail était pratiquement inexistante. Le patient était compliant au suivi et aux traitements psychotropes proposés, et demandeur d'aide pour se rétablir psychiquement. Depuis le début du suivi au CAPPI, elle notait une chronicisation des troubles psychiques, avec des éléments anxio-dépressifs au premier plan. L'état de santé psychique du patient était donc stationnaire, voire en aggravation lors de crises de détresse psychique ponctuelle, en tout cas depuis le début de son suivi dans l'unité. Le pronostic était réservé. Le patient présentait des limitations fonctionnelles en lien avec ses douleurs chroniques, ainsi qu'une fatigabilité physique et psychique, une sensibilité accrue au stress, de la tristesse, une anxiété, une aboulie et une anhédonie. Ses idées suicidaires passives étaient chroniques et il décrivait également des troubles de la concentration et de la mémoire, une baisse de la résistance au stress et des ressources cognitives faibles. Les troubles de la concentration et de l'attention limitaient son investissement et sa disponibilité dans ses relations interpersonnelles et ses diverses activités de la vie quotidienne. Il était autonome pour la plupart des activités, car il prenait le temps de les faire, mais n'éprouvait aucun plaisir. Il n'avait quasiment pas de réseau amical et ses ressources étaient ses soignants au CAPPI. À sa connaissance, l'intéressé n'était pas en mesure de suivre une réadaptation professionnelle.

b. Le 21 octobre 2024, le SMR a considéré qu'il ne pouvait pas adhérer à l'évaluation de la Dre I_____, car le diagnostic de dysthymie était habituellement non incapacitant. Le *status* psychiatrique était vierge et la psychiatre n'avait pas précisé le traitement psychotrope de l'assuré. Il proposait de demander une expertise psychiatrique.

c. L'OAI a confié une expertise au docteur K_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a rendu son rapport le 7 février 2025. L'expert a retenu, à titre de diagnostics entraînant des répercussions sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique depuis avril 2024 au présent (F33.11), une dépendance éthylique et au cannabis avec utilisation épisodique (F19.26), et un trouble douloureux somatoforme persistant en

aggravation depuis avril 2024 (F45.4). Il a également reconnu, sans effet sur la capacité de travail, un trouble mixte de la personnalité émotionnelle labile de type impulsif, borderline et anxieuse, actuellement non décompensé (F61.0) et une dysthymie avant avril 2024 (F34.1).

L'expert suggérait un suivi psychiatrique hebdomadaire ciblant ses avantages asséculo-logiques primaires et secondaires et son lien au monde professionnel. Un traitement antidépresseur de type duloxétine permettrait d'accélérer le processus de guérison, de diminuer les douleurs, de favoriser une insertion professionnelle, avec un bilan de compétences si l'assuré était motivé par une telle démarche avec un sevrage à maintenir pour l'alcool et le cannabis.

Dans l'activité exercée jusqu'ici, la capacité de travail était de 0% depuis avril 2024, tenant compte des indicateurs standards pour les troubles retenus, car le dernier emploi qui consistait à s'occuper des boissons alcoolisées dans les trains n'était pas adapté, vu la dépendance éthylique. Dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré et à son niveau d'acquisition, sans hiérarchie complexe, sans confrontation aux boissons alcoolisées, avec des horaires réguliers et adaptés d'un point de vue somatique, la capacité de travail était de 50% depuis avril 2024 avec une présence maximale de 4.5 heures par jour.

Actuellement, l'évolution était difficilement déterminable et dépendait du *status* somatique. La situation n'étant pas stabilisée, un suivi psychiatrique et un traitement antidépresseur de duloxétine pouvaient améliorer le pronostic de même qu'un sevrage éthylique et au cannabis devait être maintenu. Il recommandait un antidépresseur bien dosé de type duloxétine pour diminuer les douleurs, avec un sevrage à maintenir et un suivi psychiatrique hebdomadaire. L'assuré ne présentait pas de trouble psychique ne lui permettant pas de comprendre la nécessité d'un traitement adéquat.

d. Dans un avis du 20 février 2025, le SMR a fait siennes les conclusions de l'expertise et considéré que la capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée, dès le 19 septembre 2022.

e. L'OAI a procédé à la détermination du degré d'invalidité. Le salaire avec et sans invalidité était fixé sur la base des ESS 2022, tableau TA1__tirage_sikll_level pour un homme, ligne totale, niveau de compétence 1, soit CHF 5'305.-. Après adaptation à la durée normale hebdomadaire de travail (41.7 heures), annualisation et indexation à 2023, le salaire sans invalidité était fixé à CHF 67'472.- pour 2023 et 2024. Concernant le gain avec invalidité, il était réduit à CHF 28'676.- compte tenu du taux raisonnablement exigible de 50% et d'une réduction forfaitaire de 15% pour 2023, et à CHF 26'989.- en appliquant un abattement de 20% pour 2024. S'agissant du revenu sans invalidité, il s'élevait à CHF 67'472.- en 2023 et 2024. La comparaison des gains révélait un taux d'invalidité de 57.5% pour 2023 et de 60% pour 2024.

f. Le 11 mars 2025, l'OAI a rendu un projet de décision, aux termes duquel l'assuré avait droit à une rente d'invalidité de 58% d'une rente entière à partir du 1^{er} septembre 2023 et de 60% d'une rente entière à compte du 1^{er} janvier 2024.

g. Le 14 avril 2025, l'assuré a contesté cette détermination, faisant valoir que sa psychiatre estimait que sa capacité de travail était nulle en raison de ses comorbidités psychiatriques et physiques multiples, étant relevé que l'interaction de ces différents troubles n'avait pas été suffisamment investiguée.

Il a joint un rapport du 11 avril 2025 de la docteure L_____, médecin au département de psychiatrie des HUG, déclarant rejoindre les diagnostics retenus par le Dr K_____, mais évaluer la capacité de travail actuelle à 0% sur le marché ordinaire du travail. Au vu des comorbidités psychiatriques et somatiques multiples, de la symptomatologie psychiatrique actuelle, de l'âge et du temps passé hors du marché de l'emploi, il ne semblait pas vraisemblable que l'assuré puisse bénéficier d'une activité adaptée dans le marché ordinaire du travail. Une réadaptation accompagnée pourrait être considérée dans un environnement ajusté aux limitations actuelles à la santé, tant sur le plan somatique que psychique. Les comorbidités somatiques avaient un impact sur la capacité de travail et une expertise bidisciplinaire conjointe semblait être essentielle à une étude exhaustive du dossier.

h. Dans un avis du 6 mai 2025, le SMR a relevé qu'aucun des médecins de l'assuré ne s'était prononcé sur une aggravation sur le plan somatique. L'état séquellaire des troubles dégénératifs était identique, l'atteinte pulmonaire n'était pas incapacitante à la suite des examens plus poussés par le pneumologue. Une expertise complémentaire sur le plan somatique ne se justifiait pas. À la relecture de l'ensemble du dossier, il constatait qu'il avait retenu dans son précédent rapport une capacité nulle dans l'activité habituelle dès le 3 février 2015 et une capacité de 50% dès le 19 septembre 2022 dans une activité adaptée dans le cadre d'un emphysème pulmonaire diffus. En réalité, il aurait dû retenir une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle dès le 3 février 2015 et de 100% dans une activité adaptée sur le plan somatique car les atteintes respiratoire et cardiaque n'étaient pas incapacitantes. La capacité de travail dans une activité adaptée était réduite à 50% sur le plan psychiatrique, dès avril 2024. Il modifiait donc ses conclusions dans ce sens.

i. Le 12 mai 2025, l'OAI a rendu un nouveau projet de décision, reconnaissant le droit de l'assuré à une rente d'invalidité de 60% d'une rente entière dès le 1^{er} avril 2025.

j. En date du 15 mai 2025, l'assuré s'est à nouveau opposé au projet de décision.

E. a. Par décision du 26 août 2025, l'OAI a annulé et remplacé sa décision du 3 juillet 2024 et réclamé à l'intéressé la restitution d'un montant de CHF 8'866.- à titre de rentes indûment versées du 1^{er} septembre 2023 au 31 mars 2025. Il ressort de la motivation annexée que l'incapacité de travail de l'assuré demeurait totale

dans son activité habituelle depuis le 3 février 2015, et que sa capacité de travail était réduite à 50% depuis le 1^{er} avril 2024 dans une activité adaptée. Après comparaison des revenus sans invalidité (CHF 67'472.-) et avec invalidité (CHF 26'989.-), la perte de gain s'élevait à CHF 40'483.-, soit 60%. Ainsi, à l'issue du nouveau délai d'attente d'un an, soit au 1^{er} avril 2025, le taux d'invalidité donnait droit à une rente d'invalidité de 60% d'une rente entière.

b. Par acte du 26 septembre 2025, enregistré sous le numéro de cause A/3349/2025, l'assuré, par l'intermédiaire de son avocat, a saisi la chambre de céans d'un recours contre cette décision, concluant sous suite de frais et dépens à la mise en œuvre de mesures d'instructions, à l'annulation de la décision litigieuse et à ce qu'il soit dit qu'il avait droit à une rente entière d'invalidité à compter du mois d'août 2022. En substance, le recourant a rappelé qu'il présentait des limitations fonctionnelles physiques depuis au moins le mois d'août 2022, comme admis par le SMR dans son avis du 8 mai 2023. S'y ajoutaient des limitations psychiques depuis avril 2024, ce qui avait également été reconnu par le SMR dans son avis du 20 février 2025. Il apparaissait, au vu de ces descriptifs, que sa capacité résiduelle de travail était extrêmement limitée. Le niveau 1 du tableau TA1_tirage_sikll_level correspondait à des tâches physiques ou manuelles simples. Or, les tâches physiques étaient exclues au vu de ses pathologies ostéoarticulaires et pneumologiques graves. S'agissant des troubles pulmonaires, il a souligné que les importants emphysèmes étaient bien présents et contre-indiquaient tous travaux nécessitant de l'endurance et des efforts physiques, ce qui excluait donc les tâches physiques. Les travaux manuels semblaient également compromis au vu des limitations quant aux vibrations, positions en porte-à-faux du rachis, positions impliquant des flexions, extensions et rotations des rachis cervical et lombaire, la position de la tête penchée en avant ou encore l'élévation des bras au-delà des épaules. Par ailleurs, la nécessité de changer de position à sa guise et la contre-indication à un travail statique prolongé s'accordaient mal au monde professionnel où rendement et productivité étaient attendus. Le dernier avis du SMR, par lequel ce dernier avait procédé à un revirement inattendu d'appréciation sur l'influence de sa pathologie pulmonaire sur sa capacité de travail n'emportait pas conviction. Par ailleurs, l'intimé s'était fondé uniquement sur les avis du SMR contredits par sa médecin traitante sur la base d'éléments médicaux tangibles, étant rappelé que celle-ci avait attesté d'une totale incapacité de travail en novembre 2023, alors qu'elle avait précédemment retenu une capacité de 50% en avril 2023, ce qui signalait une évolution défavorable et une aggravation de l'état de santé. Sur le plan physique, aucun élément médical complémentaire ne figurait au dossier depuis le dernier rapport de sa médecin traitante du 8 novembre 2023 et l'instruction s'était focalisée sur la problématique psychique. Enfin, le SMR était parvenu à des conclusions diamétralement différentes sur la base d'un même dossier, s'agissant de l'atteinte pulmonaire. En outre, il convenait de faire partir le droit à la nouvelle rente à partir du mois d'août 2022, soit à compter du mois du dépôt de la nouvelle

demande, puisque la survenance de la dégradation durable de son état de santé avait duré plus de trois mois au moment du dépôt de la cette demande. Quant au calcul du degré d'invalidité, l'abattement de 20% retenu dès le 1^{er} janvier 2024 devait être pris en considération pour la période antérieure également, dès lors que la situation était strictement la même. Par ailleurs, ses importantes limitations fonctionnelles restreignaient considérablement ses possibilités de travail et justifiaient une réduction forfaitaire d'au moins 20% sur le revenu statistique également pour la période de 2022 à 2023.

c. Le 13 octobre 2025, l'intéressé a fait valoir son impossibilité totale de gain dans un marché équilibré du travail et le manque d'instruction de l'OAI.

Il a produit un rapport de la Dre C_____ du 10 octobre 2025, mentionnant que son patient présentait des antécédents de discectomie « C6-C6 » et L5-S1 à gauche, avec la première opération réalisée initialement en 2017, puis une deuxième intervention chirurgicale en 2018 pour donner suite à une récurrence herniaire, une lombocruralgie déficitaire à droite en péjoration sur les deux derniers mois, avec de multiples infiltrations sans amélioration durable des symptômes. Depuis lors, l'évolution avait été marquée par la persistance de lombosciatalgies bilatérales, avec des signes neurologiques à droite en rapport avec une radiculopathie L4-L5 confirmée cliniquement et par imagerie. Une IRM lombaire réalisée un mois auparavant avait objectivé une hernie foraminale L4-L5 droite ayant nécessité une nouvelle intervention chirurgicale le 18 septembre 2025. Malgré les soins et la prise en charge adaptée, le patient demeurerait fortement limité sur le plan fonctionnel. Il souffrait de douleurs lombaires chroniques invalidantes, d'une radiculopathie persistante droite, d'une diminution de la force musculaire au membre inférieur droit, d'une réduction significative de la capacité à l'effort et à la station prolongée, de troubles de l'équilibre nécessitant la marche avec les cannes. Par ailleurs, il présentait des comorbidités importantes, notamment des troubles pulmonaires et cardiologiques, limitant sa tolérance à l'effort et ses possibilités de réhabilitation complète. Au niveau psychosomatique, il était connu pour des troubles d'adaptation avec une symptomatologie dépressive réactionnelle aux difficultés liées à sa situation sociale avec des difficultés à se projeter dans l'avenir, une perte d'espoir, ainsi qu'une fatigabilité tant physique que psychique. Il avait également présenté des idées suicidaires actives mais non scénarisées, nécessitant un suivi psychiatrique régulier. En l'état actuel, son état de santé ne lui permettait pas d'exercer une activité professionnelle à 100%. Il s'agissait d'un état d'incapacité durable, susceptible d'évoluer selon le résultat du suivi chirurgical et de la rééducation, et de multiples consultations médicales sous divers problèmes de sa santé.

d. Par décision du 21 octobre 2025, l'OAI a accordé à l'assuré une rente d'invalidité de 60% d'une rente entière dès le 1^{er} avril 2025 et fixé le montant de cette prestation. La motivation jointe à cette décision est identique à celle annexée à la décision du 26 août 2025.

e. Par acte du 31 octobre 2025, enregistré sous le numéro de cause A/3822/2025, l'assuré, représenté par son avocat, a interjeté recours par-devant la chambre de céans. Il a requis la jonction des deux procédures, étant souligné qu'il ignorait pour quelle raison la décision de restitution avait été rendue deux mois avant la décision de rente, alors qu'elle en était la conséquence logique. Les motifs et conclusions de son recours étaient identiques à ceux développés dans son écriture du 26 septembre 2025.

f. Dans ses écritures de réponse des 4 novembre et 17 décembre 2025, l'intimé a conclu au rejet des recours. À titre liminaire, il a constaté que la caisse compétente n'avait pas rendu de décision de fond sur le droit à la rente avant de réclamer la restitution des prestations. La décision du 21 octobre 2025 visait à combler cette omission. S'agissant des griefs du recourant, il a soutenu qu'il avait bien instruit les problématiques somatiques en sollicitant régulièrement les rapports des médecins traitants et les résultats d'examens. Pour le reste, la pose d'un diagnostic n'était pas déterminante, surtout en l'absence d'un impact fonctionnel. Les examens poussés réalisés par le pneumologue n'avaient pas montré de diminution de la fonction pulmonaire. Il en allait de même concernant les évaluations cardiologiques, qui montraient un fonctionnement préservé. Quant aux atteintes dégénératives lombaires, connues de longue date et prises en compte, il n'y avait pas d'éléments cliniques objectifs en faveur d'une nouvelle aggravation. La réduction forfaitaire de 20% se distinguait d'un abattement évalué dans le cas concret, de sorte que l'argumentaire du recourant était mal fondé.

g. Le 10 novembre 2025, le recourant a souligné que l'avis du SMR du 6 mai 2025, qui retenait une atteinte incapacitante, était fondé sur les mêmes éléments médicaux, soit les renseignements donnés par son pneumologue, qui avaient ensuite conduit à un revirement de position. Il souffrait de comorbidités importantes, notamment d'une bronchite chronique associée à un emphysème pulmonaire et un syndrome restrictif confirmé par le bilan pulmonaire. L'emphysème pulmonaire n'avait jamais été remis en cause par le SMR et il réduisait significativement sa capacité à l'effort, comme confirmé par sa médecin traitante. Cette dernière avait signalé une aggravation de ses affections, en évoquant une diminution de la force musculaire au membre inférieur droit et des troubles de l'équilibre nécessitant la marche avec des cannes. Enfin, l'intimé, qui n'avait pas contesté le point de départ de la rente tel qu'exposé dans son recours, n'avait pas expliqué pour quelle raison un abattement de 20% ne se justifiait pas entre septembre et décembre 2023.

h. Le 26 novembre 2025, l'intimé a rétorqué que le droit à la rente était ouvert dès le 1^{er} avril 2025 et que l'emphysème pulmonaire n'était pas incapacitant.

i. Par ordonnance du 5 janvier 2016, la chambre de céans a joint les causes A/3349/2025 et A/3822/2025 sous le numéro de procédure A/3349/2025.

j. Le 14 janvier 2026, l'intimé a relevé que le changement de position du SMR était basé sur des examens cliniques réalisés pour déterminer l'impact de l'atteinte sur le fonctionnement de l'intéressé. Le Dr G_____ avait précisé que son patient était un fumeur actif de 40 UPA (pour unité-paquet-année) qui l'avait consulté pour une discrète dyspnée depuis plusieurs mois, non limitante de sa vie au quotidien, associée à une toux assez souvent productive.

k. Le 18 mars 2026, le recourant a communiqué un nouveau rapport de sa médecin traitante, document duquel il ressortait que ses pathologies étaient sévères et entraînaient une incapacité totale de travail, en raison tant de sa problématique physique que de son état psychique. Elle avait par ailleurs confirmé l'existence de troubles respiratoires.

Dans son certificat médical du 13 mars 2026, la Dre C_____ a rappelé les atteintes à la santé de son patient et a conclu qu'au vu de la complexité du tableau clinique et des comorbidités associées, celui-ci nécessitait un suivi médical régulier par plusieurs spécialistes et la poursuite de traitement et de prises en charges thérapeutiques.

l. Copie de ces documents ont été transmis à l'intimé et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales 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 Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

1.3 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) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201 ; RO 2021 706).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est 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, la décision querellée porte sur l'octroi d'une rente dont le droit est né postérieurement au 31 décembre 2021, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

2. Le litige porte sur le bien-fondé des décisions de l'intimé des 26 août et 21 octobre 2025, par lesquelles il a accordé au recourant une rente d'invalidité de 60% d'une rente entière dès le 1^{er} avril 2025 et lui a réclamé la restitution d'un montant de CHF 8'866.- à titre de rentes indûment versées du 1^{er} septembre 2023 au 31 mars 2025.

À cet égard, il sera rappelé, d'une part, que par décision du 16 mai 2022 entrée en force, l'intimé a reconnu au recourant le droit à une rente entière pour la période limitée du 1^{er} novembre 2017 au 31 août 2018, et que l'intéressé a déposé une nouvelle demande de prestations le 12 août 2022. D'autre part, par décisions du 3 juillet 2024, l'intimé a alloué au recourant une rente d'invalidité correspondant à 55% d'une rente entière du 1^{er} septembre au 31 décembre 2023 et de 60% d'une rente entière à partir du 1^{er} janvier 2024, décisions annulées par l'intimé le 17 septembre 2024.

3. Conformément à l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

L'art. 4 al. 1 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

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

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).

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).

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

L'art. 29^{bis} RAI prévoit que si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1 let. b LAI, celle qui a précédé le premier octroi.

À cet égard, lorsque suite à une suppression de la rente, l'assuré présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, la rente ne peut pas être allouée avant le dépôt d'une nouvelle demande même si l'art. 29^{bis} RAI prévoit qu'on doit déduire de la période d'attente celle qui a précédé le premier octroi. Le Tribunal fédéral a en revanche laissé indécise la question de savoir si, dans un cas d'espèce, l'augmentation de la rente était possible dès le mois où la demande avait été présentée en application de l'art. 88^{bis} al. 1 let. a RAI ou si elle ne pouvait intervenir que six mois à compter du dépôt de la nouvelle demande en application de l'art. 29 al. 1 LAI. Il y aura en revanche lieu d'appliquer le délai de six mois lorsque l'invalidité renaît pour des motifs autres que ceux qui avaient justifié l'octroi d'une rente limitée dans le temps et supprimée dans l'intervalle, car il s'agit d'un nouvel événement assuré. L'art. 88^{bis} al. 1 let. a RAI n'est alors pas applicable, même par analogie. Il en va de même lors du dépôt d'une nouvelle demande à la suite d'un premier refus de prestations de l'AI (Michel VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), éd. 2018, p. 484 n° 5).

3.2 Selon l'art. 54a al. 3 LAI, les SMR établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré qui sont déterminantes pour l'assurance-invalidité en vertu de l'art. 6 LPGa, pour l'exercice d'une activité lucrative raisonnablement exigible ou pour l'accomplissement des travaux habituels.

Lors de la détermination des capacités fonctionnelles, la capacité de travail attestée médicalement pour l'activité exercée jusque-là et pour les activités adaptées est évaluée et justifiée en tenant compte, qualitativement et quantitativement, de toutes les ressources et limitations physiques, mentales et psychiques (art. 49 al. 1^{bis} RAI).

Les limitations dues à l'atteinte à la santé au sens étroit, à savoir les restrictions à l'exercice d'une activité lucrative au sens de l'art. 8 LPGa de nature quantitative et qualitative, dues à l'invalidité et médicalement établies, doivent systématiquement être prises en compte pour l'appréciation de la capacité

fonctionnelle. Il s'agit là de l'estimation du temps de présence médicalement justifié d'une part (capacités fonctionnelles quantitatives, par ex. en nombre d'heures par jour) et des capacités fonctionnelles qualitatives durant ce temps de présence d'autre part (limitation de la charge de travail, limitations qualitatives, travail plus lent par rapport à une personne en bonne santé, etc.). En règle générale, ces deux composantes sont ensuite combinées pour obtenir une appréciation globale en pourcentage de la capacité de travail, autrement dit des capacités fonctionnelles. Ainsi, par exemple, une productivité réduite pendant le temps de présence exigible ou un besoin de pauses plus fréquentes doivent être systématiquement déduits lors de l'indication de la capacité fonctionnelle résiduelle. Cela permet également de tenir compte de la jurisprudence du Tribunal fédéral, selon laquelle la capacité de travail attestée par un médecin donne des indications sur l'effort pouvant être effectivement exigé, mais pas sur la présence éventuelle sur le lieu de travail. Dans certaines circonstances, il peut être nécessaire de demander des renseignements auprès du médecin traitant afin que le SMR puisse établir une évaluation globale et compréhensible de la capacité fonctionnelle résiduelle, qui tienne compte de tous les facteurs médicaux influents [OFAS, Dispositions d'exécution relatives à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (Développement continu de l'AI), rapport explicatif (après la procédure de consultation) du 3 novembre 2021 (ci-après : rapport explicatif), ad art. 49 al. 1bis, p. 60].

3.3 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 ou psychosomatiques et aux syndromes de dépendance (ATF 148 V 49 ; 145 V 215 ; 143 V 418 ; 143 V 409). 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_265/2023 du 19 août 2024 consid. 3.2).

Le point de départ de l'évaluation prévue pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), les troubles dépressifs (ATF 143 V 409), les autres troubles psychiques (ATF 143 V 418) et les troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (ATF 145 V 215) est l'ensemble des éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le

diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis, mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante. À ce stade, ladite autorité doit encore s'assurer que l'atteinte à la santé résiste aux motifs d'exclusion, tels que l'exagération des symptômes ou d'autres manifestations analogues, qui conduiraient d'emblée à nier le droit à la rente (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1, 2.1.2, 2.2 et 2.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.1.1).

Une fois le diagnostic posé par 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), la capacité de travail réellement exigible doit être examinée, sans résultat prédéfini, au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend tout d'abord un examen des indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel », lesquels forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à l'examen sous l'angle de la catégorie « cohérence ». Ces indicateurs comportent une analyse du complexe « atteinte à la santé », lequel comprend la prise en considération des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement effectué dans les règles de l'art, du succès ou de l'échec d'une éventuelle réadaptation, et enfin de l'existence d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique. Il s'agit également d'effectuer une analyse du complexe « personnalité », soit un diagnostic de la personnalité de l'assuré et de ses ressources personnelles, et du complexe « contexte social » (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références).

Il y a lieu ensuite d'effectuer un examen des indicateurs en lien avec la catégorie « cohérence », à savoir examiner notamment si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie ; si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, négligés et prendre en compte le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références).

3.4 Il appartient aux médecins d'évaluer l'état de santé d'une personne assurée (c'est-à-dire, de procéder aux constatations nécessaires en effectuant des examens médicaux appropriés, de tenir compte des plaintes de l'intéressé et de poser les diagnostics). En particulier, poser un diagnostic relève de la tâche exclusive des

médecins. Il leur appartient aussi de décrire l'incidence de ou des atteintes à la santé constatées sur la capacité de travail. Leur compétence ne va cependant pas jusqu'à trancher définitivement cette question mais consiste à motiver aussi substantiellement que possible leur point de vue, qui constitue un élément important de l'appréciation juridique visant à évaluer quels travaux sont encore exigibles de l'assuré. Il revient en effet aux organes chargés de l'application du droit (soit à l'administration ou au tribunal en cas de litige) de procéder à l'appréciation définitive de la capacité de travail de l'intéressé. On ajoutera que l'évaluation de la capacité de travail par un médecin psychiatre est soumise à un contrôle (libre) des organes chargés de l'application du droit à la lumière de l'ATF 141 V 281. Si l'expert s'acquitte de sa tâche de manière convaincante et sur la base d'une expertise qui a été établie conformément au schéma d'évaluation de l'ATF 141 V 281, il n'y a pas lieu de s'écarter de ses conclusions. Dans le cas contraire, l'organe chargé de l'application du droit devra nier la portée juridique de l'évaluation médicale (ATF 148 V 49 consid. 6.2.1 ; 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_177/2023 du 26 mars 2024 consid. 5.2 ; 9C_99/2022 du 6 février 2023 consid. 4.2 et les références).

3.5 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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.

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).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 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).

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 (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).

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).

En présence d'atteintes à la santé physique et psychique, le taux de l'incapacité de travail ne résulte pas de la simple addition de deux taux d'incapacité de travail (d'origine somatique et psychique) mais procède bien plutôt d'une évaluation globale (arrêt du Tribunal fédéral 9C_80/2024 du 27 août 2024 consid. 5.3 et la référence).

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 (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).

3.6 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 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 139 V 176 consid. 5.3).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

De jurisprudence constante, le juge apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 148 V 21 consid. 5.3 et les références). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet

d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 118 V 200 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_294/2024 du 20 décembre 2024 consid. 5.1 et la référence).

4. En l'espèce, se fondant sur l'avis du SMR, en particulier celui du 6 mai 2025, l'intimé a considéré que les troubles dégénératifs ostéoarticulaires présentés par le recourant n'avaient pas évolué depuis sa décision du 16 mai 2022 et qu'ils étaient donc compatibles avec l'exercice à temps complet d'une activité adaptée, et que les atteintes pulmonaire et cardiaque n'étaient pas incapacitantes, d'après les examens du pneumologue et du cardiologue consultés par le recourant.

L'intimé a en revanche admis, conformément aux conclusions du SMR, basées sur le rapport d'expertise du Dr K_____ du 7 février 2025, que le recourant présentait un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique depuis avril 2024 (F33.11), une dépendance éthylique et au cannabis avec utilisation épisodique (F19.26), et un trouble douloureux somatoforme persistant en aggravation depuis avril 2024 (F45.4). Ces atteintes étaient incompatibles avec le dernier emploi occupé et limitaient la capacité de travail dans une activité adaptée à 50% depuis le mois d'avril 2024.

4.1 S'agissant des troubles ostéoarticulaires, la chambre de céans rappellera que, dans ses rapports des 21 août 2017, 8 juillet et 15 octobre 2018, confirmés le 13 septembre 2021, le SMR avait conclu que le canal cervical étroit C5-C6 avec uncarthrose bilatérale, protrusion discale à base large paramédiane gauche et sténose foraminale gauche traités le 10 août 2015 par discectomie et arthrodèse, et les lombosciatalgies S1 gauches sur une volumineuse hernie discale L5-S1 avec conflit radiculaire avec la racine S1 gauche traitée le 1^{er} décembre 2015 par fenestration L5-S1, herniectomy et microdiscectomie partielle, entraînaient une incapacité durable de travail dans l'activité habituelle depuis le 3 février 2015. En revanche, l'intéressé pouvait exercer à temps complet une fonction n'impliquant pas le port de charges de plus de 5 kg, les positions statiques prolongées, les vibrations, les positions en porte-à-faux du rachis, les flexions, extensions et rotations des rachis cervical et du rachis lombaire, les positions tête penchée en avant, les élévations des bras au-delà des épaules, l'utilisation d'escaliers, d'échelles et d'échafaudage.

Lors de l'instruction de la nouvelle demande, le SMR a émis un premier avis le 8 mai 2023, dans lequel il a notamment rappelé les lombosciatalgies S1 gauche sur une volumineuse hernie discale L5-S1 avec conflit radiculaire avec la racine S1 gauche traitée le 1^{er} décembre 2015 avec récurrence paramédiane gauche avec conflit radiculaire S1 ayant motivé une deuxième opération à ce niveau le 19 mars 2018 avec une reprise de la fenestration interlaminaire L5-S1 gauche et une microdiscectomie, avec une persistance de paresthésie L5 gauche, un canal cervical étroit C5-C6 associé à une uncarthrose bilatérale et à une protrusion

discale à base large paramédiane gauche traité le 10 août 2015 par discectomie et arthrodèse par mise en place d'une cage intersomatique en C5-C6. S'agissant des limitations fonctionnelles, il a rappelé les restrictions précédemment admises.

Par la suite, dans son avis du 6 mai 2025, le SMR a affirmé qu'aucun des médecins du recourant ne s'était prononcé sur une aggravation de l'état de santé physique et a estimé que l'état séquellaire des troubles dégénératifs était identique.

4.1.1 Comme souligné à juste titre par le recourant, cette analyse s'écarte sans explication des renseignements fournis par la médecin traitante.

En effet, si la Dre C_____ a fait état d'une situation ostéoarticulaire inchangée, sans modification des séquelles neurologiques post-opératoires qui dataient déjà de plus de deux ans (cf. rapport du 16 juin 2022), elle a, par la suite, expressément signalé une évolution défavorable des lombalgies déficitaires avec la mise en évidence d'une discopathie protrusive postéro-latérale et foraminale gauche en compression de la racine L5 gauche, observée à l'IRM du 30 mars 2023 (cf. rapport du 18 avril 2023). Cette discopathie, nouvellement mise en évidence, n'a cependant pas été mentionnée par le SMR, dont les avis suggèrent que les troubles présentés par l'intéressé au niveau L5-S1 ont été traités par chirurgie en 2015 et 2018.

En outre, au printemps 2023, la Dre C_____ a indiqué que les lombalgies étaient accompagnées de paresthésies vers la racine L5 gauche (cf. rapport du 18 avril 2023), alors qu'elle a noté, en automne 2023, que son patient présentait une diminution de la force due aux troubles ostéoarticulaires en sus des hypoesthésies (cf. rapport du 8 novembre 2023), ce qui plaide donc en faveur d'une péjoration de la situation.

4.1.2 En outre, il sied de remarquer que l'intimé n'a par la suite plus sollicité le moindre rapport de la part de la médecin traitante, et que les décisions des 26 août et 21 octobre 2025 reposent ainsi sur des renseignements datant de près de deux ans.

Il ressort des pièces versées par le recourant à la présente procédure qu'il souffre d'une lombocruralgie déficitaire à droite en péjoration depuis l'été 2025 ayant justifié de multiples infiltrations, ainsi que d'une radiculopathie L4-L5 confirmée cliniquement et par IRM lombaire en septembre 2025 avec la mise en évidence d'une hernie foraminale L4-L5 droite ayant nécessité une intervention chirurgicale le 18 septembre 2025. Par ailleurs, à plus de trois semaines de cette dernière opération, il se déplaçait encore avec des cannes en raison d'un manque de force et de troubles de l'équilibre (cf. rapport du 10 octobre 2025 de la Dre C_____).

Ces prises en charge médicales et ces nouvelles limitations fonctionnelles attestent d'une aggravation de l'état de santé, survenue avant le prononcé des décisions litigieuses, à tout le moins celle du 21 octobre 2025.

4.1.3 En ce qui concerne l'atteinte pulmonaire, le SMR a tout d'abord estimé, dans son avis du 8 mai 2023, que l'emphysème pulmonaire diffus dans un contexte d'une broncho-pneumopathie chronique obstructive représentait une aggravation de l'état de santé depuis la dernière décision entrée en force, et que la capacité de travail exigible dans un métier adapté était réduite à 50% depuis le 19 septembre 2022. En plus des limitations fonctionnelles déjà admises lors de la première demande de prestations, il a retenu que le travail nécessitant de l'endurance et des efforts physiques n'était pas possible.

Dans son appréciation du 6 mai 2025, le SMR est revenu sur cette détermination et a conclu que l'atteinte respiratoire n'était pas incapacitante et ne justifiait aucune diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée.

À l'instar du recourant, la chambre de céans observera que ce changement de position n'a fait l'objet d'aucune argumentation et ne s'explique pas par les pièces au dossier, aucun nouveau rapport n'ayant été produit concernant cette atteinte à la santé.

4.1.4 En outre, il sied de relever que le pneumologue et le cardiologue traitants n'ont pas été interrogés sur les éventuelles limitations fonctionnelles découlant des pathologies retenues et sur leurs potentielles répercussions sur la capacité de travail du recourant.

L'instruction de l'intimé apparaît ainsi également lacunaire sur ces points, ce d'autant plus que les conclusions du SMR n'ont pas fait l'objet d'une analyse approfondie ni d'une motivation convaincante.

4.1.5 Enfin, malgré l'existence de troubles somatiques et psychiques et le contexte douloureux chronique, aucun examen pluridisciplinaire n'a été ordonné afin de recenser toutes les atteintes à la santé pertinentes et d'évaluer globalement les restrictions de la capacité de travail qui en découlent.

Au vu des diagnostics retenus, dont un trouble douloureux somatoforme persistant « en aggravation depuis avril 2024 », avec des douleurs intenses et persistantes « depuis au moins deux ans, qui s'accompagnaient d'un sentiment de détresse non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique » (cf. rapport d'expertise du Dr K_____), et des limitations fonctionnelles énoncées, une discussion consensuelle entre les différents médecins spécialistes apparaît nécessaire.

À toutes fins utiles, il sera observé que l'expert psychiatre a estimé que l'évolution était difficilement déterminable et dépendait du *status* somatique, et que la situation n'était pas stabilisée.

4.2 Compte tenu de l'instruction lacunaire du dossier, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il procède aux investigations nécessaires.

Il lui incombera de solliciter, dans un premier temps, des rapports médicaux complets et motivés de la part du pneumologue et du cardiologue traitants afin de

déterminer si les pathologies présentées par le recourant entraînent des limitations fonctionnelles et limitent sa capacité de travail dans son activité habituelle et dans une activité adaptée.

Il lui appartiendra, dans un second temps, de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, comportant des volets en psychiatrie, médecine interne et rhumatologie, et, cas échéant, en pneumologie et cardiologie en fonction des réponses apportées par les médecins traitants du recourant.

5. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, les décisions litigieuses annulées et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Le recourant, représenté par un avocat et obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui est 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]).

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 les recours recevables.

Au fond :

2. Les admet partiellement.
3. Annule les décisions des 26 août et 21 octobre 2025.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
5. Alloue au recourant une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens, à la charge de l'intimé.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Adriana MALANGA

Joanna JODRY

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