

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3573/2024

ATAS/636/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 14 août 2025

Chambre 3

En la cause

A_____

recourant

représenté par Me Cyril MIZRAHI, avocat

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, juges
assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1958, d'origine portugaise, arrivé en Suisse en 1982, a travaillé comme maçon jusqu'en 1991, avant de débiter une activité de nettoyeur.
- b.** Le 19 avril 1992, il a été victime d'un accident de la route à l'origine d'une fracture des pédicules en C2, sans lésion neurologique.
- B.** **a.** Le 2 mars 1993, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), qui lui a nié le droit à toute prestation, faute de degré d'invalidité suffisant (25% ; cf. décision du 15 décembre 1993).
- b.** L'assuré a ensuite alterné des périodes de chômage et des contrats de travail de courte durée, puis commencé une nouvelle activité dans le domaine du jardinage et de la maçonnerie, en juin 1998.
- C.** **a.** En arrêt de travail depuis le 19 décembre 2000, il a déposé une seconde demande de prestations en juin 2001.
- b.** Par décision du 8 mars 2005, l'OAI a à nouveau nié le droit de l'assuré à toute prestation. Il a considéré que l'intéressé avait conservé une capacité de travail quasiment entière dans une activité adaptée, pouvant lui procurer un revenu au moins équivalent à celui qu'il aurait pu obtenir sans atteinte à sa santé.
- D.** **a.** Le 21 mai 2007, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations en invoquant une péjoration de son état sur le plan somatique.
- b.** Par décision du 25 février 2010, l'OAI a rejeté cette demande.

Cette décision se fondait principalement sur le rapport d'examen rendu le 29 février 2008 par la docteure B_____, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), diagnostiquant des cervicalgies droites dans le cadre d'une hernie discale C3-C4 non compressive et un status post fracture C2 (en 1992) sans séquelles neurologiques, des lombosciatalgies chroniques non déficitaires, dans le cadre d'un trouble statique et dégénératif, avec une insuffisance posturale et un status post neurolyse du nerf cubital du coude et du nerf médian au poignet gauche (2005), avec trouble sensitif et faiblesse résiduelle. La Dre B_____ notait une péjoration courant 2006 et la mise en évidence d'une hernie discale non compressive en juillet 2007. L'activité de maçon n'était plus exigible. Le médecin évaluait en revanche la capacité de travail dans une activité adaptée à 75%, en précisant que celle de nettoyeur n'était pas exclue.

Dans ces conditions, l'OAI a considéré que l'assuré avait recouvré, en décembre 2000, s'agissant d'une activité adaptée, une capacité de travail de 80%, réduite à 75% en juillet 2007. La comparaison des gains conduisait à un degré d'invalidité de 22% en décembre 2001, augmenté à 29% dès juillet 2007.

c. Saisie d'un recours de l'assuré, la Cour de céans l'a admis après avoir mis sur pied une expertise judiciaire somatique, un complément d'expertise et une expertise judiciaire psychiatrique. La Cour a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière à compter du 1^{er} janvier 2003 (cf. ordonnance d'expertise ATAS/1009/2011 du 1^{er} novembre 2011, ordonnance complémentaire ATAS/995/2013 du 9 octobre 2013, ordonnance d'expertise psychiatrique ATAS/1320/2014 du 18 décembre 2014 et arrêt ATAS/226/2016 du 10 mars 2016).

Cet arrêt se fondait, notamment, sur les éléments suivants :

- Dans un courrier du 12 juin 2014, la docteure C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, avait souligné l'existence, depuis plusieurs années, d'un état anxieux important, avec un trouble dépressif jamais formellement diagnostiqué. Elle avait conclu à un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et à une anxiété généralisée, trop importants pour pouvoir invoquer un trouble somatoforme.
- Dans son rapport d'expertise du 6 juillet 2015, le docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, avait diagnostiqué un épisode dépressif majeur, isolé, en rémission partielle, un trouble douloureux (associé à des facteurs psychologiques et à des affections médicales), un trouble de conversion avec présentation mixte et une dépendance aux anxiolytiques. L'expert avait également fait état, notamment, d'un fonctionnement intellectuel limité et d'un trouble de la personnalité non spécifié, décompensé (personnalité fruste à traits abandonniques). L'assuré disposait, d'un point de vue psychiatrique, d'une capacité de travail de 30% dans une activité adaptée après réadaptation, voire de 50% dans un atelier protégé. Il était incapable, depuis 2002 déjà, de mobiliser une capacité de travail quelconque sans une aide spécialisée.

d. Saisi d'un recours de l'OAI, le Tribunal fédéral l'a admis. Par arrêt du 9 février 2017 (9C_286/2016 du 9 février 2017), il a annulé l'arrêt du 10 mars 2016 et confirmé la décision de l'OAI du 25 février 2010. Pour le surplus, il a renvoyé la cause à l'OAI en invitant ce dernier à examiner si les conditions d'octroi d'une rente étaient réalisées **pour la période postérieure à février 2010**. Il convenait d'examiner s'il y avait eu aggravation de l'état de santé postérieurement à la décision du 25 février 2010, compte tenu du diagnostic de trouble somatoforme douloureux évoqué dans un rapport d'expertise du CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE VAUDOIS (CHUV) du 19 juillet 2012.

Le Tribunal fédéral a reproché à l'appréciation rétrospective du Dr D_____, remontant à 2002, de reposer sur des hypothèses non étayées objectivement. Il lui a également fait grief de ne pas expliquer les raisons pour lesquelles le trouble somatoforme douloureux aurait été invalidant avant février 2010. Selon le

Tribunal fédéral, il était insoutenable de reconnaître une totale incapacité de travail pour la période antérieure à la décision du 25 février 2010.

E. a. Dans un rapport non daté, parvenu le 8 septembre 2017 à l'OAI, le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assuré, a indiqué que le début de la longue maladie remontait à 2001, date depuis laquelle la capacité de travail de son patient était nulle dans toute activité. À titre de diagnostics invalidants, le Dr E_____ a mentionné des cervicalgies et cervico-brachialgies, une gonarthrose gauche, une mono-arthrite de la cheville droite sur crise de goutte et un « déconditionnement ».

b. Le 3 novembre 2017, la docteure F_____, du SMR, a estimé, au regard des nouveaux éléments transmis par le Dr E_____, que seules la gonarthrose gauche et l'arthrite microcristalline de type goutte étaient susceptibles d'entraîner des limitations fonctionnelles invalidantes. Pour le surplus, elle préconisait d'évaluer le trouble somatoforme douloureux à la lumière des indicateurs instaurés par la jurisprudence, par le biais d'une expertise rhumato-psychiatrique.

c. Cette expertise a été confiée aux docteurs G_____, psychiatre, et H_____, rhumatologue, qui ont rendu leurs conclusions en dates des 4 mai et 26 juin 2018.

D'un point de vue psychiatrique, il n'y avait pas d'atteinte à la santé justifiant une invalidité. On pouvait toutefois retenir les diagnostics d'utilisation d'alcool nocive pour la santé (F1x.1) et de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) secondaire à la douleur sans incidence sur la capacité de travail.

Au cours de l'examen et du point de vue anamnestique au moins depuis 2010, le Dr G_____ disait n'avoir pu déceler les signes d'une maladie psychiatrique ou d'un trouble de la personnalité. Il s'éloignait donc des conclusions du Dr D_____ et ne retenait pas non plus de trouble somatoforme douloureux, car le critère clinique principal caractérisant ce trouble, à savoir le sentiment de détresse profonde, n'était pas réalisé.

Le Dr H_____ a quant à lui retenu à titre de diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail :

- un syndrome cervico-brachial récurrent, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire ;
 - o status post fracture du pédicule postérieur droit en C2 le 12 août 1992
 - o arthrose postérieure C2-C3 et discopathie à ces niveaux
 - o image géodique de l'apophyse odontoïde d'allure kystique
- un syndrome dorso-lombaire sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire ;
 - o spondylose antérieure D12-L1 et discopathie L5-S1, peu significative

Étaient également mentionnés en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail :

- des gonalgies bilatérales, sans signe d'instabilité ou ligamentaire ;
 - o status post arthroscopie pour méniscopathie de la corne postérieure du ménisque interne droit en 2015
- un status post opération du tunnel carpien gauche et neurolyse du nerf cubital du coude gauche en 2007 ;
- un status post ablation par radiofréquence le 25 juin 2007 pour FA (fibrillation auriculaire) récidivante ;
- un status post hypertension artérielle, et hypercholestérolémie et diabète de type II stables sous traitement ;
- un status post ulcère gastrique en 2007.

La diminution des capacités fonctionnelles dues à la santé résidait essentiellement dans le vécu douloureux devenu chronique, surtout aux niveaux du rachis, du genou droit et de l'impotence fonctionnelle que l'assuré décrivait dans ses activités de la vie quotidienne. Les limitations fonctionnelles concernaient le port de charges en porte-à-faux avec longs bras de levier de plus de 10 à 15 kg et la nécessité d'alterner les positions assise et debout.

Les différents diagnostics ayant des incidences sur la capacité fonctionnelle impliquaient, après discussion consensuelle, qu'en l'absence d'atteinte à la santé handicapante du point de vue psychiatrique, l'exercice de l'activité habituelle de paysagiste était exigible à 75%, sans diminution de rendement, celui d'une activité adaptée à 100%, sans diminution de rendement non plus.

d. Le 16 août 2018, le SMR s'est rallié aux conclusions des experts s'agissant de l'absence de modification notable et durable de l'état de santé postérieure à février 2010. En revanche, il a indiqué ne pouvoir se ranger à leur appréciation de la capacité de travail, qu'il a qualifiée d'« évaluation différente d'un même état de fait » par rapport à celle de la décision du 25 février 2010 – entrée en force. Selon le SMR, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et de 75% dans une activité permettant d'éviter une position statique prolongée assise. Le début de la longue maladie et de l'aptitude à la réadaptation remontait au 19 décembre 2000.

e. Par décision du 11 décembre 2018, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation, au motif que sa capacité à exercer une activité adaptée était toujours de 75% et que son état de santé n'était pas à l'origine de son éloignement du marché de l'emploi et de son déconditionnement, de sorte que le lien de causalité entre la diminution de la capacité de gain et l'atteinte à la santé faisait défaut.

f. Saisie d'un recours de l'assuré, la Cour de céans l'a partiellement admis en date du 22 octobre 2020 (ATAS/989/2020). Elle a annulé la décision du 11 décembre 2018 et renvoyé la cause à l'intimé pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique.

La Cour a considéré que, si le volet rhumatologique de l'expertise bidisciplinaire pouvait se voir reconnaître pleine valeur probante, tel n'était pas le cas du volet psychiatrique, lacunaire, insuffisamment motivé et, dès lors, impropre à établir quelle avait été l'évolution de l'état de santé psychique de l'assuré depuis la décision du 25 février 2010.

F. a. Par courrier du 11 mars 2021, l'OAI a informé l'assuré que l'expert pressenti était le docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à la désignation duquel l'assuré s'est opposé en date du 29 mars 2021.

b. Ce nonobstant, le Dr I_____ a, après examen de l'assuré, dans un rapport du 7 mai 2021, retenu ces diagnostics, dont il a précisé qu'aucun n'avait de répercussion sur la capacité de travail :

- F41.2 : trouble anxieux et dépressif mixte depuis 2001 ;
- Z73.1 : traits de la personnalité émotionnellement labile et anxieuse, trouble bien compensé, qui n'avait empêché l'assuré, ni de travailler par le passé, ni de gérer son quotidien ;
- F54.5 : trouble douloureux somatoforme persistant, sans indices de gravité au sens des indicateurs jurisprudentiels.

Selon le Dr I_____, la capacité de travail était entière depuis 2001, y compris dans le dernier emploi, adapté d'un point de vue psychique. Toute activité simple d'un point de vue intellectuel devait être considérée comme adaptée de manière optimale au handicap de l'assuré. Les capacités d'apprentissage de ce dernier étaient très limitées, mais, dans une activité simple d'un point de vue intellectuel, sa capacité de travail était de 100%, sans baisse de rendement. Des mesures médicales n'étaient pas de nature à améliorer une capacité de travail déjà entière, mais un traitement antidépresseur pourrait accélérer le processus de guérison et diminuer le risque d'aggravation.

c. Le 20 mai 2021, le SMR a estimé que cette expertise confirmait ses propres conclusions : dans toute activité légère, sédentaire, simple intellectuellement, permettant d'éviter une position statique prolongée assise, debout, en rotation-flexion du tronc, en porte-à-faux, en extension et rotation extrême, les mouvements répétitifs de la tête et n'impliquant qu'un port de charges limité (10 kg occasionnellement ou 5 kg de façon répétitive), la capacité de travail était entière.

d. Par décision du 23 novembre 2021, l'OAI a nié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité, vu l'absence d'atteinte invalidante et, par conséquent, d'aggravation depuis la décision du 25 février 2010.

e. Saisie d'un recours de l'assuré, la Cour de céans l'a admis par arrêt du 13 juillet 2023 (ATAS/560/2023). Elle a annulé la décision du 23 novembre 2021 et renvoyé la cause à l'OAI pour nouvelle expertise psychiatrique ayant pour objectif de déterminer – conformément à l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_286/2016

du 9 février 2017 – s’il y avait eu aggravation de l’état de santé de l’assuré postérieurement à la décision du 25 février 2010, vu le diagnostic de trouble somatoforme évoqué dans le rapport d’expertise du CHUV du 19 juillet 2012.

En ne statuant pas sur les griefs invoqués par l’assuré concernant la désignation de l’expert, l’OAI avait gravement violé les droits de participation de l’intéressé et, par conséquent, son droit d’être entendu. Ce vice ne pouvait être réparé, dès lors que l’expertise du Dr I_____ constituait l’élément central et prépondérant de l’instruction. Son rapport devait donc être écarté.

- G.**
- a.** L’OAI a confié au docteur J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, le soin de procéder à une nouvelle expertise.
 - b.** Dans son rapport d’expertise du 27 juin 2024, le Dr J_____ a retenu les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte (code F41.2 CIM-10) et de trouble somatoforme indifférencié (code F45.1 CIM-10), en précisant que ces affections étaient réduites dans leur intensité et n’étaient pas à l’origine de limitations fonctionnelles susceptibles d’entraîner une diminution de la capacité de travail. Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail était entière dans toute activité depuis toujours.
 - c.** Le 1^{er} juillet 2024, le SMR a considéré que l’expertise du Dr J_____ était convaincante et permettait de confirmer les conclusions prises le 16 août 2018.
 - d.** Le 12 juillet 2024, l’intimé a adressé à l’assuré un projet de décision dont il ressortait qu’il se proposait de lui nier le droit à toute prestation.
 - e.** Le 16 septembre 2024, l’assuré a reproché au Dr J_____ d’avoir posé et écarté des diagnostics sans avoir fait usage d’un instrument d’évaluation et de s’être limité à discuter des éléments du dossier de procédure sans appuyer ses diagnostics ou l’évaluation de la capacité de travail sur un des éléments concrets et actuels.
 - f.** Par décision du 24 septembre 2024, l’OAI a nié à l’assuré le droit à toute prestation. À l’issue de l’instruction médicale, il a considéré que l’assuré avait conservé une capacité de travail de 75% depuis 2010, de sorte que les conclusions de sa décision du 25 octobre 2010 restaient valables.
- H.**
- a.** Par écriture du 28 octobre 2024, l’assuré a interjeté recours contre cette décision en contestant la valeur probante de l’expertise du Dr J_____.
 - b.** Invité à se déterminer, l’intimé, dans sa réponse du 26 novembre 2024, a conclu au rejet du recours.
 - c.** Le 28 janvier 2025, le recourant a persisté dans ses conclusions.
 - d.** Les autres faits seront repris – 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 Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA [applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAI]) et le délai de 30 jours (art. 56 et 60 al. 1 LPGA) prévus par la loi, le recours est recevable.

- 2.** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, en particulier sur la question de savoir si son état de santé s'est aggravé depuis la décision rendue par l'intimé le 25 février 2010.

3.

3.1 À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (ci-après : AI), 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), y compris les ordonnances correspondantes, sont entrées en vigueur. Dans le cadre de cette révision, l'art. 17 LPGA a notamment été adapté.

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).

Dans les cas de révision selon l'art. 17 LPGA, conformément aux principes généraux du droit intertemporel (*cf.* ATF 144 V 210 consid. 4.3.1), il convient d'évaluer, selon la situation juridique en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, si une modification déterminante est intervenue jusqu'à cette date. Si tel est le cas, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables. Si la modification déterminante est intervenue après cette date, les dispositions de la LAI et du RAI dans leur version en vigueur

à partir du 1^{er} janvier 2022 sont applicables. La date pertinente de la modification est déterminée par l'art. 88a RAI (arrêts du Tribunal fédéral 8C_55/2023 du 11 juillet 2023 consid. 2.2 ; 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

Si un droit à la rente a pris naissance jusqu'au 31 décembre 2021, un éventuel passage au nouveau système de rentes linéaire s'effectue, selon l'âge du bénéficiaire de rente, conformément aux let. b et c des dispositions transitoires de la LAI relatives à la modification du 19 juin 2020. Selon la let. b al. 1, les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente a pris naissance avant l'entrée en vigueur de cette modification et qui, à l'entrée en vigueur de la modification, ont certes 30 ans révolus, mais pas encore 55 ans, conservent la quotité de la rente tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_499/2022 du 29 juin 2023 consid. 4.1).

3.3 En l'occurrence, le litige porte sur l'éventuel droit du recourant à une rente d'invalidité pour la période postérieure à février 2010. Une telle rente naîtrait au plus tôt en 2011 (cf. art. 28 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions applicables seront citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

4.

4.1

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

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

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

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

4.1.3 En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) 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 LPGGA.

4.2

4.2.1 Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3 ; 125 V 412 consid. 2b et 117 V 198 consid. 4b ainsi que les références).

4.2.2 Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations, elle doit examiner la cause au plan matériel – soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques – et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGGA (ATF 133 V 545 consid. 6).

4.3 En l'espèce, l'intimé a repris l'instruction de la cause suite au renvoi de celle-ci par arrêt du Tribunal fédéral du 9 février 2017 (9C_286/2016). À l'issue de ladite instruction, il a considéré que l'état de santé du recourant, respectivement son incidence sur sa capacité de gain, ne s'étaient pas aggravés depuis la décision du 25 février 2010 au point d'influencer le degré d'invalidité et d'ouvrir droit aux prestations.

5.

5.1 Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 149 V 91 consid. 7.5 et les références). 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. Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à l'accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les références). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les références). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Les constatations et conclusions médicales dans le cadre d'une révision doivent porter précisément sur les changements survenus par rapport à l'atteinte à la santé et à ses effets depuis l'appréciation médicale antérieure déterminante. La valeur probante d'une expertise réalisée dans le cadre de la révision du droit à la rente dépend donc essentiellement de la question de savoir si elle contient des explications suffisantes sur la mesure dans laquelle une modification de l'état de santé a eu lieu. Demeurent réservées les situations dans lesquelles il est évident que l'état de santé s'est modifié (arrêt du Tribunal fédéral 8C_385/2023 du 30 novembre 2023 consid. 4.2.3 et les références).

5.2 Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant – en cas d'indices d'une modification des effets économiques – une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 343 consid. 3.5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1). Si l'administration constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (*cf.* ATF 133 V 108) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la

nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a et 109 V 114 consid. 2a et b; arrêt du Tribunal fédéral 9C_721/2014 du 16 juin 2015 consid. 3.1).

5.3 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).

5.4 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).

5.5 Selon la jurisprudence, l'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (*cf.* ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.2). Il y a ainsi lieu de conclure à

l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2). À lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et la référence).

5.6 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 (cf. 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 (*cf.* ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références).

5.7 Le Tribunal fédéral a récemment rappelé qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut avoir un caractère invalidant. Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave, l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 et les références).

6.

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

Selon le Tribunal fédéral, dans tous les cas, l'administration et, en cas de recours, le juge, doivent examiner si et dans quelle mesure les experts ont suffisamment et de manière compréhensible étayé leur évaluation de l'incapacité de travail, en tenant compte des indicateurs pertinents (questions de preuve). À cette fin, les experts doivent établir un lien avec la partie précédente de l'expertise médico-psychiatrique (avec extraits du dossier, anamnèse, constatations, diagnostics, etc.), c'est-à-dire qu'ils doivent se référer en détails aux résultats médico-psychiatriques des examens et explorations cliniques menés dans les règles de l'art qui relèvent de leur compétence. Le médecin doit donc exposer de manière détaillée les raisons médico-psychiatriques pour lesquelles les éléments constatés sont susceptibles de restreindre la capacité fonctionnelle et les ressources psychiques en termes qualitatifs, quantitatifs et temporels (ATF 143 V 418 consid. 6). À titre d'exemple, dans le cadre de troubles dépressifs récurrents de degrés légers à modérés qui sont souvent au premier plan dans l'examen de l'invalidité au sens de l'AI, cela signifie qu'il ne suffit pas que l'expert psychiatre déduise directement de l'épisode dépressif diagnostiqué une incapacité de travail, quel qu'en soit le degré ; il doit bien plutôt démontrer si et dans quelle mesure les constatations qu'il a faites (tristesse, désespoir, manque de dynamisme, fatigue, troubles de la concentration et de l'attention, diminution de la capacité d'adaptation, etc.), limitent la capacité de travail, en tenant compte – à des fins de comparaison, de contrôle et de plausibilité – des autres activités personnelles, familiales et sociales de la personne requérant une rente. Si les experts s'acquittent de cette tâche de manière

convaincante, en tenant compte des éléments de preuve établis par l'ATF 141 V 281, l'évaluation des répercussions de l'atteinte psychique sera également valable du point de vue des organes chargés de l'application du droit, que ce soit l'administration ou le juge. À défaut, il se justifie, juridiquement, de s'en écarter (ATF 145 V 361 consid. 4.3 et la référence).

6.2 En ce qui concerne l'évaluation du caractère invalidant des affections psychosomatiques et psychiques, l'appréciation 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 (ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_585/2019 du 3 juin 2020 consid. 2 et les références). Il peut ainsi arriver que les organes d'application du droit se distancient de l'évaluation médicale de la capacité de travail établie par l'expertise sans que celle-ci ne perde sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_128/2018 du 17 juillet 2018 consid. 2.2 et les références). Du point de vue juridique, il est même nécessaire de s'écarter de l'appréciation médicale de la capacité de travail si l'évaluation n'est pas suffisamment motivée et compréhensible au vu des indicateurs pertinents, ou n'est pas convaincante du point de vue des éléments de preuve instaurés par l'ATF 141 V 281. S'écarter de l'évaluation médicale est alors admissible, du point de vue juridique, sans que d'autres investigations médicales ne soient nécessaires (arrêt du Tribunal fédéral 9C_832/2019 du 6 mai 2020 consid. 2.2). Toutefois, lorsque l'administration ou le juge, au terme de son appréciation des preuves, parvient à la conclusion que le rapport d'expertise évalue la capacité de travail en fonction des critères de médecine des assurances établis dans l'ATF 141 V 281 et qu'il satisfait en outre aux exigences générales en matière de preuves (ATF 134 V 231 consid. 5.1), il a force probante et ses conclusions sur la capacité de travail doivent être suivies par les organes d'application de la loi. Une appréciation juridique parallèle libre en fonction de la grille d'évaluation normative et structurée ne doit pas être entreprise (cf. ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_213/2020 du 19 mai 2020 consid. 4.3 et les références).

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

7. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour

qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a *in fine*).

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

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

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 Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards – ou n'en suit pas exactement la structure – ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_808/2019 du 18 août 2020 consid. 5.2 et 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

8.3 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).

8.4 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).

8.5 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 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

9. Les médecins peuvent évaluer la capacité de travail d'une personne assurée sur une période remontant à plusieurs années dans le passé, par une appréciation rétrospective de la situation à l'aide des données du dossier et de l'examen de la personne concernée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_80/2024 du 27 août 2024 consid. 5.1 et la référence).
10. 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).

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 (RS 101 – Cst. ; 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).

11.

11.1 En l'espèce, sur le plan somatique, la Cour de céans a considéré, dans son arrêt ATAS/989/2020 du 22 octobre 2020, que le volet rhumatologique de l'expertise bidisciplinaire du 26 juin 2018, réalisé par le Dr H_____, pouvait se voir reconnaître pleine valeur probante. Pour rappel, cet expert a retenu, à titre de diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail, un syndrome cervicobrachial récurrent, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, et un syndrome dorso-lombaire sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. La diminution des capacités fonctionnelles dues à la santé résidait essentiellement dans le vécu douloureux devenu chronique, surtout aux niveaux du rachis et du genou droit, et l'impotence fonctionnelle que l'assuré décrivait dans ses activités de la vie quotidienne. Les limitations fonctionnelles concernaient le port de charges en porte-à-faux avec longs bras de levier de plus de 10 à 15 kg et la nécessité d'alterner les positions assise et debout. Il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante que, d'un point de vue somatique, en particulier rhumatologique, il n'y a pas eu de modification sensible de l'état de santé du recourant depuis la décision du 25 février 2010 (*cf.* ATAS/989/2020 du 22 octobre 2020 consid. 11).

Du point de vue psychiatrique, la décision litigieuse du 24 septembre 2024 se fonde sur l'avis du SMR du 1^{er} juillet 2024, se ralliant aux conclusions du rapport d'expertise psychiatrique du 27 juin 2024.

Ce rapport repose sur les pièces médicales du dossier, les plaintes du recourant, l'anamnèse, l'examen clinique et les constatations objectives, ainsi que l'évaluation circonstanciée du cas.

L'expert n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Il a précisé que le trouble anxieux et dépressif mixte (code F41.2 CIM-10) présent depuis mai 2018 et le trouble somatoforme indifférencié (code F45.1 CIM-10) existant depuis mai 2015 étaient non invalidants (*cf.* rapport d'expertise du Dr J_____ du 27 juin 2024, p. 25).

Il convient de déterminer s'il existe des éléments objectivement vérifiables qui auraient été omis par l'expert ou des indices concrets permettant de douter du bien-fondé de ses conclusions.

11.2 Compte tenu des atteintes psychiques retenues par l'expert, il s'agit d'examiner leur éventuel caractère incapacitant selon les indicateurs jurisprudentiels.

S'agissant de la catégorie « degré de gravité fonctionnelle », l'expert a indiqué que les affections psychiatriques actuelles étaient légères et n'interféraient pas avec l'aptitude au travail du recourant. En particulier, son fonctionnement au quotidien

était sans particularité, si ce n'est que ses activités étaient relativement réduites en raison d'un désœuvrement, d'une personnalité fruste en lien avec un fonctionnement intellectuel limité, un manque d'instruction, un manque d'intérêt intellectuel et de moyens financiers (*cf.* rapport d'expertise du Dr J_____ du 27 juin 2024, p. 24).

Sous l'angle de la cohérence, l'expert a relevé l'absence d'incohérence entre les symptômes dont avait fait part le recourant et ce qui était cliniquement observé, précisant que le recourant avait affirmé se sentir apte à exercer une activité légère (*cf.* rapport d'expertise du Dr J_____ du 27 juin 2024, p. 25).

S'agissant du « succès du traitement et de la réadaptation », l'expert a souligné que les affections psychiatriques actuelles, plus particulièrement le trouble anxieux et dépressif mixte (code F41.2 CIM-10), ne justifiaient pas nécessairement une prise en charge spécialisée par un médecin psychiatre, dès lors que leur intensité était réduite et qu'elles pouvaient être gérées par un médecin de premier recours, en l'occurrence, le Dr E_____. Cela était d'ailleurs corroboré par le fait que le médecin traitant n'avait fait aucune proposition dans le sens d'un suivi psychiatrique et que le recourant n'en voyait pas l'utilité (*cf.* rapport d'expertise du Dr J_____ du 27 juin 2024, p. 25).

S'agissant des « comorbidités », l'expert n'a pas mis en évidence de maladie psychiatrique concomitante.

S'agissant du complexe de « la personnalité », l'expert a indiqué que le recourant ne souffrait pas d'un trouble de la personnalité, puisqu'il avait fonctionné de manière satisfaisante depuis toujours sur les plans professionnel, familial et social et qu'il ne présentait pas de traits de personnalité pathologique accentués. Cela étant, l'intéressé était une personne fruste, non instruite et limitée sur le plan du fonctionnement intellectuel – avec une intelligence située dans la norme inférieure – et de sa curiosité intellectuelle (*cf.* rapport d'expertise du Dr J_____ du 27 juin 2024, p. 24).

En ce qui concerne le « contexte social », l'expert a noté que le recourant vivait avec son épouse et que sa situation de couple ne s'était pas détériorée, malgré l'existence de disputes. Il était bien soutenu par ses enfants, avec lesquels il avait contact régulièrement (tous les jours avec sa fille, presque toutes les semaines avec ses fils) et, de manière moins fréquente, mais régulière, avec ses sœurs, ses amis et ses connaissances (une à trois fois par mois). Il s'était par ailleurs rendu en vacances au Portugal fin 2023 avec son épouse, chez ses sœurs (*cf.* rapport d'expertise du Dr J_____ du 27 juin 2024, p. 22 et 24). Le recourant n'était donc pas isolé et son contexte amical et familial lui procurait des ressources mobilisables. L'expert psychiatre a ajouté que le recourant exprimait le souhait d'exercer une activité légère et se sentait apte à reprendre un tel emploi, ce qui faisait également partie de ses ressources (*cf.* rapport d'expertise du Dr J_____ du 27 juin 2024, p. 24).

L'expert psychiatre a ensuite indiqué les raisons pour lesquelles il s'était écarté des diagnostics retenus par les autres médecins ayant examiné le recourant.

S'agissant du diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte (code F41.2 CIM-10), il a relevé que le recourant n'avait jamais fait l'objet d'un suivi psychiatrique ou psychologique et que les consultations effectuées auprès de la Dre C_____ et de sa collaboratrice (entre une et trois consultations) avaient eu lieu à la demande de son avocat, qui avait sollicité un rapport médical psychiatrique. Ce trouble anxieux et dépressif mixte était réduit dans son intensité et n'était pas à l'origine de limitations fonctionnelles psychiques. En particulier, il n'y avait diminution ni de l'énergie, ni de l'élan vital et pas d'abattement. La journée-type était relativement structurée, rythmée par la prise des repas, les soins corporels quotidiens, des allers-retours entre l'extérieur (promenades et magasins) et le domicile (télévision), sans que le recourant ne reste, pendant des périodes prolongées de la journée, couché sur le canapé ou le lit, totalement inactif. Sa femme s'occupait des tâches ménagères depuis qu'elle était à la retraite ; le recourant n'était en réalité pas dans l'incapacité de s'en occuper. Son champ d'activité était réduit parce qu'il était désœuvré, non en raison d'une inhibition dépressive. L'expert a également relevé l'absence d'aboulie, de ralentissement idéique ou moteur, une labilité émotionnelle légère (trois épisodes de larmes aux yeux selon le sujet abordé durant l'entretien d'expertise), ainsi qu'une vigilance, une attention et une concentration sans particularité. Les éléments dépressifs étaient accompagnés d'une anxiété intermittente avec, par moments, des palpitations, des maux de tête, une vision trouble, une difficulté respiratoire et une sécheresse buccale, qui n'avait pas été constatée lors de l'examen clinique (cf. rapport d'expertise du Dr J_____ du 27 juin 2024, pp. 29-30).

L'expert a par ailleurs écarté le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (code F32.2 CIM-10) retenu par la Dre C_____ dans son rapport du 12 juin 2014, en raison de l'intrication des symptômes de dépression et d'anxiété, dont il a expliqué qu'ils faisaient partie intégrante du diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte. En particulier, la présence d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques par le passé n'était pas crédible, vu l'absence de prescription de médicament antidépresseur – alors même que le recourant n'y était pas opposé par principe – et l'absence d'un suivi par un médecin psychiatre ou un psychologue. Il ressortait en outre du rapport susvisé que les constatations objectives de cette spécialiste se mélangeaient avec les propos rapportés par le recourant, de sorte que les critères spécifiques du diagnostic n'étaient pas remplis. À l'instar de l'expert, la Cour de céans constate que sous le titre « status psychiatriques », la Dre C_____ a procédé, à la fois à une description clinique (en décrivant un assuré « ralenti, présentant un facies anxieux, [avait] du mal à s'exprimer en français, pleurs durant les entretiens » et sans « élément de la lignée psychotique ») et à l'énumération des plaintes de l'intéressé (ce dernier avait « décrit un fort sentiment de culpabilité, pense que la

vie ne vaut pas la peine d'être vécue, sans toutefois avoir des idées suicidaires, il se plaint de grosses difficultés à l'endormissement [...]. Il se réveille plusieurs fois la nuit et se réveille précocement le matin. Il a beaucoup de peine à se motiver pour accomplir les tâches de la vie quotidienne. Il décrit des troubles de la concentration, une perte d'appétit, une perte d'énergie et de la libido. Les symptômes dépressifs sont plus marqués le soir. Il a également beaucoup de ruminations, une anxiété importante et une grande préoccupation pour son état de santé. Il se sent totalement inutile ») (cf. rapport de la Dre C_____ du 12 juin 2014, p. 2). Dans ces conditions, il s'avère que le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques n'a effectivement pas été motivé correctement par la Dre C_____ dans son rapport du 12 juin 2014 et qu'il a été écarté de façon convaincante par l'expert J_____.

L'expert J_____ a aussi écarté de manière dûment motivée les diagnostics d'accentuation de certains traits de personnalité (code Z73.1 CIM-10 ; cf. p. 27 du rapport d'expertise), de personnalité émotionnellement labile (code F60.3 CIM-10; cf. p. 28 du rapport d'expertise), de personnalité anxieuse évitante (code F60.6 CIM-10 ; cf. p. 28 du rapport d'expertise), d'anxiété généralisée (code F41.1 CIM-10 ; cf. p. 30 du rapport d'expertise), de trouble dissociatif [de conversion] avec présentation mixte (code F44.7 CIM-10 ; cf. p. 31 du rapport d'expertise) et de dépendance aux anxiolytiques (code F13.2 CIM-10 ; cf. p. 34 de l'expertise).

Concernant le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié (code F45.1 CIM-10) retenu par l'expert, ce dernier a tout d'abord exclu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (code F45.4 CIM-10), retenu par les Drs D_____ (rapport d'expertise du 6 juillet 2015), I_____ (rapport du 7 mai 2021), C_____ (prise de position du 15 octobre 2015) et K_____ (rapport d'expertise du 14 mai 2012), au motif que les critères d'un tel diagnostic étaient insuffisamment vérifiés. L'expert J_____ a rappelé que, selon la CIM-10, le syndrome douloureux somatoforme persistant est défini comme une plainte essentielle concernant une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux suffisamment importants pour constituer la cause essentielle du trouble selon le clinicien. Le trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrues de la part de son entourage et des médecins. L'expert a relevé qu'en l'occurrence, les douleurs ressenties ne pouvaient être qualifiées d'intenses, dès lors que l'intéressé n'avait pas présenté de comportement algique lors de l'examen clinique et que son quotidien n'était pas organisé en fonctions de ses douleurs. En outre, le recourant ne présentait pas de sentiments de détresse en rapport avec les douleurs, mais plutôt en lien avec sa situation socio-économique et son avenir (cf. rapport d'expertise du Dr J_____ du 27 juin 2024, p. 33). Par ailleurs, dans son rapport d'expertise rhumatologique du 13 novembre 2013, le Prof. K_____ avait retenu une discordance entre, d'une

part, les douleurs décrites comme intenses et l'examen clinique qui n'avait mis en évidence aucune dysfonction notable des membres ou du rachis, d'autre part (cf. rapport d'expertise du Prof. K_____ du 13 novembre 2013, p. 4). Une telle discordance ressortait également du volet rhumatologique de l'expertise du 26 juin 2018 du Dr H_____ (une « certaine discordance entre les plaintes du recourant et l'impotence fonctionnelle » ; cf. rapport d'expertise bidisciplinaire du 26 juin 2018, p. 16). Il sied donc de retenir que les douleurs décrites ne peuvent être qualifiées de persistantes.

En revanche, le fait que les douleurs décrites par le recourant (à la main, à l'avant-bras et au bras gauches, dans le dos, à l'abdomen, au genou droit et aux pieds quand il marche de manière soutenue) n'étaient pas entièrement expliquées par une affection médicale n'apparaît pas pertinent pour écarter le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, dès lors qu'un des critères de cette affection est une douleur persistante et intense non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique (cf. ci-dessus). Il en va de même du motif avancé par l'expert du syndrome douloureux chronique qui, selon le Prof. K_____, ne pouvait pas être rattaché, sur le plan rhumatologique, à une cause organique définie (cf. rapport d'expertise du Prof. K_____ du 14 mai 2012, p. 6).

Les éléments qui précèdent permettent tout de même de retenir que l'expert psychiatre a écarté de manière convaincante le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant.

Selon l'expert, il convient en revanche de retenir le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié (code F45.1 CIM-10) qui doit être envisagé devant des plaintes somatoformes multiples, variables dans le temps, persistantes, mais ne répondant pas au tableau clinique complet et typique d'une somatisation (code F45.0 CIM-10). Les principales caractéristiques de ce dernier diagnostic sont des symptômes physiques multiples, récurrents et variables dans le temps, persistant au moins deux ans. Dans la plupart des cas, les sujets entretiennent, depuis longtemps, des relations complexes avec les services médicaux, spécialisés et non spécialisés, et ont subi de nombreuses investigations ou interventions exploratrices négatives. Les symptômes peuvent renvoyer à n'importe quel système ou partie du corps. Le trouble a une évolution chronique et fluctuante, et s'accompagne souvent d'une altération du comportement social, interpersonnel et familial. Quand le trouble est de durée plus brève (moins de deux ans) ou quand il se caractérise par des symptômes moins évidents, on doit faire un diagnostic de trouble somatoforme indifférencié.

Dans son rapport, l'expert J_____ a expliqué que la différence entre le trouble somatoforme différencié et le diagnostic de somatisation réside dans le fait que, s'agissant du premier, la personne ne présente pas forcément un état persistant de détresse l'amenant à demander des consultations et des investigations médicales répétées et que les symptômes physiques ne sont que partiels. Or, le recourant, qui

fait état de douleurs et de plaintes multiples et polymorphes (diminution de la force et de la sensibilité à l'avant-bras et à la main gauche ; douleurs à la nuque, à la main et au bras gauche, dans tout le dos, l'abdomen, au genou droit et dans les deux pieds lors de la marche soutenue ; régurgitations et langue chargée), ne présente pas de véritable sentiment de détresse, de sorte que les critères du trouble somatoforme indifférencié sont remplis et ce, depuis mai 2015 au plus tard, vu les plaintes multiples rapportées dans le cadre de l'expertise psychiatrique du Dr D_____ du 6 juillet 2015 (*cf.* rapport d'expertise du Dr J_____ du 27 juin 2024, pp. 33-34), à savoir des douleurs au coude droit, au membre inférieur droit, au front du côté droit, au coude gauche et dans le bas-ventre à droite, des cervicalgies, des difficultés à mobiliser et des fourmillements à trois doigts de la main gauche, une perte de force dans le bras gauche, des lombalgies et des céphalées (*cf.* rapport d'expertise du Dr D_____ du 6 juillet 2015, p. 24).

Selon l'expert, le trouble somatoforme indifférencié ainsi retenu n'était pas à l'origine de limitations fonctionnelles susceptibles d'entraver l'aptitude au travail du recourant dès lors que celles-ci étaient réduites dans leur intensité, ce qui était confirmé par le fait que ces limitations n'entravaient pas son fonctionnement au quotidien (*cf.* rapport d'expertise du Dr J_____ du 27 juin 2024, p. 34).

L'expert a par ailleurs écarté le diagnostic d'autres troubles somatoformes (code F45.8 CIM-10), qui fait en particulier référence à des plaintes concernant des manifestations qui ne sont pas médiées par le système neurovégétatif et qui se rapporte à des systèmes ou des parties du corps spécifiques, au motif que les plaintes du recourant étaient multiples et variables (*cf.* rapport d'expertise du Dr J_____ du 27 juin 2024, p. 34).

11.3 Au vu des éléments qui précèdent, il apparaît que les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte et de trouble somatoforme indifférencié, qualifiés de non invalidants par l'expert, ont été dûment motivés. Qui plus est, le recourant n'a invoqué aucun élément objectif précis justifiant, d'un point de vue médical, de s'en écarter.

- 12.** Il convient à présent de vérifier si les griefs formulés par le recourant sont susceptibles de remettre en cause les conclusions de l'expertise susvisée.

12.1 Dans un premier grief, le recourant reproche à l'expert psychiatre de n'avoir procédé qu'à un seul examen clinique, sans recourir à un bilan neuropsychologique, ni à des tests psychométriques et, s'agissant de l'évaluation du trouble somatoforme en particulier, de ne pas avoir ordonné d'examen auprès du Centre de la douleur (*cf.* mémoire de recours du 28 octobre 2024, p. 12).

12.1.1 Selon la jurisprudence fédérale, la conduite de l'expertise (modalités de l'examen clinique et choix des examens complémentaires) est laissée au libre arbitre de l'expert dans les limites du mandat confié (*cf.* arrêt 9C_538/2009 du 8 janvier 2010 consid. 3.3).

Il appartient aux médecins auxquels un mandat d'expertise a été confié – et non à la personne soumise à l'expertise – de choisir quels examens ils entendent pratiquer pour exécuter leur mission d'expertise (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_410/2019 du 18 mai 2020 consid. 6.2).

Une évaluation neuropsychologique ne constitue qu'un examen complémentaire qui doit être envisagé lorsque l'indication est justifiée (*cf.* arrêts 9C_566/2017 du 20 novembre 2017, consid. 2.1 et 9C_338/2016 du 21 février 2017, consid. 5.4 ; avec référence au ch. 4.3.2.2 des directives de qualité pour les expertises psychiatriques dans l'assurance-invalidité fédérale de la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie [SSPP] 2016).

12.1.2 En l'occurrence, l'expert J_____ ayant été mandaté par l'intimé pour procéder à l'expertise psychiatrique du recourant, il lui appartenait de choisir librement la conduite de celle-ci et, en particulier, de déterminer l'opportunité de mettre en œuvre d'éventuels examens complémentaires.

La Cour de céans relèvera notamment que la nécessité de mettre en œuvre un nouveau test neuropsychologique, telle qu'invoquée par le recourant au motif que le dernier bilan avait été effectué le 15 juillet 2015, soit il y a près de dix ans, n'apparaît pas fondée au vu des éléments du dossier.

Il ressort en effet du rapport de Monsieur L_____ du 15 juillet 2015, auquel se réfère le recourant, que l'examen neuropsychologique d'une personne aussi faiblement scolarisée que ce dernier et non francophone, limitait singulièrement la validité des données psychométriques. Le recourant n'ayant effectué que trois années scolaires, il ne disposait pas de normes établies sur des groupes de personnes aussi faiblement scolarisées et que les tests avaient été normés sur des populations suisses, françaises, allemandes ou états-uniennes et non pas sur des populations lusophones. Même pour les sous-tests non verbaux de l'échelle d'intelligence pour adultes selon Wechsler (WAIS-IV), la validité des scores standard était limitée chez une personne de culture portugaise, de surcroît illettrée. En raison de ces limitations, l'interprétation clinique des résultats prévalait sur leur lecture strictement psychométrique (*cf.* rapport du neuropsychologue du 15 juillet 2015, p. 1 et 2). À ce propos, le Tribunal fédéral a retenu que, dans le cas du recourant, l'interprétation clinique des résultats avait nécessairement prévalu sur leur lecture strictement psychométrique (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_286/2016 du 9 février 2017 consid. 6.3).

Par ailleurs, s'agissant de la méthodologie utilisée par l'expert psychiatre, la Cour de céans constate que ce dernier a fondé les diagnostics retenus sur les critères d'un système de classification reconnu, à savoir la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de l'OMS (10^{ème} édition [CIM-10] ; *cf.* ATF 130 V 396). Surtout, il apparaît que l'expert a pris connaissance de l'ensemble du dossier, qu'il a interrogé le recourant de

manière approfondie, qu'il a procédé à son examen clinique et que ses conclusions sont motivées et convaincantes.

12.1.3 Par conséquent, compte tenu de la large autonomie dont jouit l'expert dans la manière de conduire son expertise – s'agissant notamment du choix des examens complémentaires à effectuer – l'absence de mise en œuvre de test neuropsychologique et d'examen complémentaire auprès du centre de la douleur ne constitue pas une raison suffisante pour dénier toute force probante à l'expertise psychiatrique du Dr J_____, étant au surplus relevé que le juge doit faire preuve en règle générale de retenue avant de remettre en cause la méthodologie utilisée et qu'il convient de tenir compte également des difficultés et des incertitudes propres à tout examen psychiatrique (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_732/2012 du 26 novembre 2012 consid. 4.2 et les références).

Ce premier grief tombe donc à faux.

12.2 Dans un second grief, le recourant invoque un défaut de motivation s'agissant de l'intensité légère des troubles retenus par l'expert psychiatre.

Il ressort toutefois du rapport d'expertise du Dr J_____ que le recourant ne présentait pas de diminution de l'énergie et que ses journées étaient relativement structurées, rythmées par la prise de repas. En outre, l'intéressé prenait soin de lui (douche) tous les jours, effectuait des allers-retours entre l'extérieur (promenades, magasins) et son domicile (télévision) et ne restait pas totalement inactif durant des périodes prolongées de la journée. Il n'y avait pas d'aboulie et la labilité émotionnelle était légère (trois épisodes de larmes aux yeux selon les sujets abordés, mais la plupart du temps souriant). La vigilance, l'attention et la concentration étaient sans particularité et les troubles de la mémoire mis en évidence par le rapport neuropsychologique du 15 juillet 2015 n'étaient pas significatifs en termes d'aptitude au travail. Il n'y avait pas de ralentissement idéique ou moteur et les éléments dépressifs étaient accompagnés d'une anxiété intermittente. L'expert a en outre précisé que si le recourant ne s'occupait pas des tâches ménagères (le ménage, la lessive, le repassage et la cuisine) ou des tâches administratives, cela était dû au fait que son épouse s'en chargeait, non à une incapacité de sa part. Il accompagnait son épouse pour les courses. Quant au champ d'activité réduit, il s'expliquait par le fait que l'intéressé était désœuvré, non par une inhibition dépressive (*cf.* rapport d'expertise du Dr J_____ du 27 juin 2024, p. 22, 29 et 30). L'expert psychiatre a également relevé que le recourant n'avait jamais été hospitalisé en milieu psychiatrique (*cf.* rapport d'expertise du Dr J_____ du 27 juin 2024, p. 20) et n'avait pas bénéficié de suivi psychiatrique par un médecin spécialiste à ce jour, le traitement médicamenteux étant prescrit par son médecin traitant qui n'aurait pas fait de proposition pour une prise en charge par un médecin psychiatre (*cf.* rapport d'expertise du Dr J_____ du 27 juin 2024, p. 25).

12.3 Au vu de la motivation contenue dans le rapport d'expertise du Dr J_____, en particulier de la description de la journée-type, des activités personnelles et sociales du recourant ainsi que de ses ressources mobilisables, l'argumentation du recourant ne permet pas de mettre en doute les conclusions de l'expertise qui qualifie de légère l'intensité des troubles retenus. Le recourant n'a fait au demeurant état d'aucun élément objectif permettant de retenir une intensité des troubles d'une gravité supérieure à celle retenue par l'expert.

Ces éléments permettent ainsi d'écarter, au degré de la vraisemblance prépondérante, le caractère incapacitant des troubles retenus par l'expert.

Ce second grief tombe donc aussi à faux.

- 13.** Au vu de ce qui précède, la Cour de céans est d'avis que l'expertise psychiatrique du Dr J_____ du 27 juin 2024 a pleine valeur probante.

Les conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr J_____ ne permettent pas de retenir une quelconque diminution de la capacité de travail du recourant sur le plan psychique. Au surplus, aucune pièce médicale du dossier ne permet de considérer que la situation d'un point de vue psychique se serait modifiée au point d'entraîner, au degré de la vraisemblance prépondérante, une incapacité de travail supérieure à celle retenue en février 2010, soit une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée dès juillet 2007 (*cf.* décision de l'OAI du 25 février 2010, p. 4).

- 14.** Il ne ressort pas du dossier de la procédure que l'expert rhumatologue et l'expert psychiatre aient procédé à une analyse concertée de l'éventuel caractère invalidant des atteintes somatiques (diagnostics de syndrome cervicobrachial récurrent, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, et de syndrome dorso-lombaire sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire retenus par le Dr H_____) et des troubles psychiatriques susvisés. Si une évaluation consensuelle du cas aurait certes été souhaitable, les conclusions de deux expertises permettent toutefois de retenir que la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle de maçon/nettoyeur est nulle depuis le 19 décembre 2000 au vu des limitations fonctionnelles identifiées par l'expert rhumatologue (éviter une position statique et prolongée assise, debout, en rotation-flexion du tronc, en porte-à-faux, en extension et rotation extrême ainsi que des mouvements répétitifs avec la tête, le port de charges limité à 10 kg occasionnel et à 5 kg répétitif avec un rythme de travail régulier) et qu'elle est de 75% dans une activité légère, sédentaire et simple intellectuellement respectant les limitations susmentionnées. Une analyse consensuelle par les deux experts n'était quoi qu'il en soit pas obligatoire en application de la jurisprudence fédérale (*cf.* ATF 143 V 124 consid. 2.2.4 et les références citées).

- 15.** À l'aune de ce qui précède, le recours est rejeté.

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner le recourant 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. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
4. 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

Diana ZIERI

Karine STECK

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