

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4107/2024

ATAS/563/2025

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 15 juillet 2025

Chambre 10

En la cause

A _____,

recourant

comparant avec élection de domicile en l'étude de
Me Aliénor WINIGER, avocate

contre

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

intimé

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

EN FAIT

A. a. A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1979, originaire de Turquie, sans formation, a immigré en France en 2003 avant de s'établir en Suisse en 2013. Il a travaillé comme nettoyeur, puis comme ouvrier dans la construction et comme aide parqueteur depuis 2015. En dernier lieu, il a travaillé pour l'entreprise B_____ à compter du 27 mai 2021, en qualité de manœuvre pour un salaire mensuel de CHF 4'469.-, versé treize fois l'an. Il a été licencié pour le 31 mars 2022.

b. En date du 12 septembre 2022, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance invalidité (ci-après : OAI), mentionnant avoir été traité pour un cancer et avoir beaucoup de douleurs depuis le mois de mars 2022.

c. Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a reçu plusieurs documents, dont :

- des rapports d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du massif facial et du pharynx des 1^{er} février 2019 et 23 août 2022, de l'oreille interne et du rocher du 6 août 2019, de la colonne dorsolombaire des 24 février 2021 et 10 mars 2022, cérébrale du 27 avril 2023 ;
- des rapports relatifs à un scanner cérébral réalisé le 19 décembre 2019, à une radiographie de la colonne cervicale du 16 mars 2021, à un orthopantomogramme du 23 avril 2021, à une échographie de la région péri-auriculaire droite du 24 février 2022, à un audiogramme du 15 janvier 2024 ;
- un rapport du 30 mars 2021 de la docteure C_____, spécialiste en rhumatologie, indiquant qu'au vu de l'anamnèse, des images d'IRM et de la présence du HLA B27, une spondylarthrite était probable ;
- un rapport du 12 avril 2022 de la Dre C_____, retenant le diagnostic de spondylarthrite et signalant des dorso-lombalgies et des gonalgies inflammatoires de degré intense ;
- un rapport d'expertise du 31 août 2022 du docteur D_____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, mandaté par l'assureur perte de gain maladie, diagnostiquant une spondylarthrite HLA B27 positive avec effet sur la capacité de travail, ainsi qu'un syndrome douloureux chronique et un *status* après cancer nasopharyngé en 2014, sans effet sur ladite capacité ; l'activité professionnelle d'aide parqueteur impliquait des contraintes rachidiennes en force, en posture non ergonomique et en charges, de sorte qu'elle n'était plus exigible ; dans une activité légère excluant les ports de charges au-delà de 10 kg de manière ponctuelle et 5 kg de manière régulière, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, et permettant l'alternance des positions

assise et debout au moins deux fois par heure, la capacité de travail était de 80% ;

- un courrier du 21 septembre 2022 de l'assureur perte de gain de l'assuré, informant ce dernier que son médecin-conseil avait constaté que l'incapacité de travail de 100% était justifiée dans sa profession actuelle, mais retenu une capacité de travail de 100% avec une diminution de rendement de 20% dans une activité adaptée ; le calcul de la perte de gain était estimé à 12%, après comparaison des revenus avec et sans invalidité ; dès lors que l'indemnité journalière était allouée en cas d'une incapacité de travail dès 25%, il n'avait pas droit à l'indemnité journalière assurée ; une indemnité journalière de transition pour le changement d'occupation lui serait ainsi accordée jusqu'au 31 décembre 2022 ; par la suite, s'il ne trouvait aucun emploi adapté à cette date, il lui serait possible de s'inscrire à l'assurance chômage ;
- un rapport du 12 octobre 2022 du docteur E_____, médecin chef à la Clinique de la douleur, mentionnant des douleurs mécaniques au niveau de la colonne et des cervicales avec une irradiation dans l'épaule et la main, ainsi que de récentes douleurs importantes dans les jambes, jusqu'aux talons ; vu le contexte post-néoplasie, une radiographie de la colonne était sollicitée ; une infiltration serait réalisée ;
- un rapport du 18 octobre 2022 de la docteure F_____, spécialiste en médecine interne générale, rappelant les diagnostics de carcinome et de spondylarthrite, et signalant des dorso-lombalgies chroniques invalidantes quotidiennes, une insomnie chronique, un état dépressif et anxieux réactionnel suite au cancer, une omalgie droite ; le carcinome était en rémission et l'assuré était suivi par des spécialistes en otorhinolaryngologie (ci-après : ORL) tous les six mois ; il devait éviter les efforts physiques répétitifs et privilégier les activités alternées en équipe ;
- un rapport du 27 octobre 2022 de la Dre C_____, indiquant que le patient se plaignait de dorso-lombalgies de longue date et de cervicalgies plus récentes, les douleurs étaient principalement nocturnes et matinales, et la raideur matinale difficile à quantifier ; il décrivait également des douleurs articulaires touchant les poignets, les chevilles et les genoux, sans tuméfaction ; à l'examen clinique, elle avait noté de discrets troubles statiques avec une cyphose dorsale et une délordose lombaire, des douleurs diffuses à la palpation de tout le rachis et des sacro-iliaques des deux côtés ; la mobilité du rachis était douloureuse dans tous les plans avec une rectitude en flexion latérale des deux côtés et en flexion antérieure ; les cervicales étaient un peu limitées dans les rotations et les extensions, la rotation interne des hanches était limitée des deux côtés ; un bilan biologique n'avait pas révélé de syndrome inflammatoire, mais le HLA B27 était présent ; les IRM dorso-lombaires des 24 avril 2021 et 10 mars 2022 avaient montré des lésions inflammatoires des sacro-iliaques et des coins vertébraux antérieurs de

plusieurs vertèbres dorsales et lombaires ; vu ces images et la présence du HLA B27, une spondylarthrite était probable ; le patient n'avait été que partiellement soulagé avec les anti-inflammatoires, et il avait dû interrompre le traitement de Humira en raison de son inefficacité ; seul un traitement antalgique était actuellement prescrit et un changement de traitement de fond était à discuter ; il y avait peu d'amélioration depuis le début de sa prise en charge en mars 2021 ; l'assuré ne pouvait plus porter de lourdes charges, faire des travaux lourds ou des travaux penchés en avant ; il n'était plus apte à exercer son activité de parqueteur en raison des limitations fonctionnelles décrites ; dans une activité légère sans port de charges avec possibilité de changer de position très régulièrement, sa capacité de travail était de 80% ;

- un rapport du 5 décembre 2022 du Dr E_____, indiquant que la symptomatologie douloureuse avait pu être améliorée par le biais de blocs diagnostiques, qui étaient positifs et permettaient d'enlever la symptomatologie au dos, aux genoux et aux vertèbres L1-L2 bilatéralement ; cela correspondait au syndrome de Maigne, à une dysfonction dorsolombaire ; une dénervation à ce niveau serait effectuée dès que possible ;
- une confirmation d'inscription de l'assuré auprès de l'office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE) à partir du 1^{er} décembre 2022, et un courrier de l'OCE du 2 décembre 2022 prenant bonne note de l'incapacité totale de travail de l'assuré ;
- un rapport du 12 janvier 2023 du docteur G_____, chef de clinique au service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), attestant que le carcinome du nasopharynx était actuellement en rémission et que le suivi oncologique avait pris fin ; la capacité de travail était totale dans une activité adaptée, sans limitation sur le plan ORL ;
- un rapport du Dr E_____ du 15 mars 2023, notant que la symptomatologie douloureuse au niveau dorsal avait bien été améliorée pendant un moment par des infiltrations aux niveaux D11-D12-L1-L2 et que le patient avait été remarquablement mieux pendant quelques temps, avant que la symptomatologie réapparaisse inchangée ; l'assuré se plaignait de lombosciatalgies basses sans signe de radiculopathie ; il souffrait d'une dysfonction aux niveaux D11-D12-L1 qui pouvait très bien expliquer la symptomatologie de lombalgies basses ; en effet, à deux reprises, le bloc diagnostique avait été positif en diminuant de façon importante la symptomatologie ; le médecin chef ne voyait que l'utilité de la dénervation par radiofréquence de ces articulations, soit un geste bénin effectué couramment, mais l'assuré était extrêmement craintif ;
- un rapport du 15 mai 2023 de la docteure H_____, spécialiste en ORL, rapportant un *status post* radiothérapie et chimiothérapie pour un carcinome

du rhinopharynx en 2015/2016, un *status post* mise d'un drain trans-tympanique à droite pour une otite séreuse en 2016, un déficit cochléo-vestibulaire brusque à droite avec des vertiges de longue durée, une hypoacousie droite en 2018-2019, et une otorrhée intermittente avec des acouphènes et une hypoacousie droite ; elle a conclu à une otite chronique active droite dans le contexte rhino-pharyngite post-radique ; la perforation tympanique avait été créée par le drain trans-tympanique ; le patient n'était pour l'instant pas preneur d'un essai d'appareillage acoustique afin de diminuer l'intensité de l'acouphène droit ;

- un rapport du 20 juin 2023 de la Dre F_____, retenant les diagnostics de dorsolombalgies chroniques, de troubles du sommeil, d'état anxieux et de syndrome douloureux chronique ; l'évolution de l'état de santé était marquée par la persistance des douleurs dorsolombaires d'origine mixte avec une spondylarthropathie, un syndrome douloureux chronique et une dysfonction dorsolombaire ; les restrictions comprenaient la station debout prolongée et le port de charges lourdes ; dans une activité adaptée, sa capacité de travail oscillait en 80 et 100% ;
- un rapport du 7 juillet 2023 du docteur I_____, spécialiste en cardiologie, concluant à l'absence d'élément préoccupant ;
- un rapport relatif à une mesure mise en œuvre par l'OCE et réalisée auprès d'Intégration pour tous, du 3 mai au 2 novembre 2023, comprenant des stages en tant qu'aide concierge à 50% du 24 juillet au 18 août et du 20 octobre au 2 novembre 2023 ;
- un rapport du 16 janvier 2024 de la Dre C_____, mentionnant que les douleurs étaient identiques depuis 2019, toujours dans la région lombaire, augmentées dans les stations debout ou assise prolongées, les ports de charges et légèrement diminuées par l'Ibuprofen ; le diagnostic était très probablement celui d'une spondylarthrite à HLA B27 positif, avec un probable syndrome douloureux chronique associé ; le traitement actuel consistait en la prise d'Ibuprofen 600 ou 800 mg selon les douleurs et un nouvel essai de traitement de fond était discuté ; compte tenu des importantes lombalgies, le patient était limité dans les ports de charges et les positions debout prolongées ; le patient faisait actuellement un stage à 50% dans le nettoyage, activité qui augmentait nettement ses lombalgies et n'était pas adaptée ; l'incapacité de travail était totale dans toutes activités pour l'instant, compte tenu de l'importance des douleurs ;
- des notes de suite des HUG, notamment du docteur J_____, médecin en charge de l'assuré sur le plan ORL, suite à un examen clinique du 12 avril 2024.

d. L'OAI a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire comportant des volets en rhumatologie et en psychiatrie, réalisée par le K_____ (ci-après : K_____) et

confiée aux docteurs L_____, spécialiste en rhumatologie, et M_____, psychiatre.

e. Le 5 juin 2024, l'OAI a reçu le rapport d'expertise, retenant les diagnostics de spondylarthrite en ankylosante HLA B27 positif sur le plan somatique, et aucune atteinte au niveau psychique.

L'expert en rhumatologie a expliqué que les éléments en sa possession lui permettaient de dire que la pathologie répondait aux critères pour une spondylarthropathie HLA B27 positif, selon les critères d'AMOR 1990, de l'ESSG 1991 et ASAS 2009, ce dernier permettant d'inclure les résultats de l'IRM lombaire et des articulations sacro-iliaques. À titre de limitations fonctionnelles, il a retenu que l'assuré ne devait pas faire d'effort de soulèvement à partir du sol de plus de 5 kg, ne pas adopter de position en porte-à-faux du buste maintenu et répété, porter des charges proches du corps de plus de 10 kg et qu'il devait changer régulièrement de position. Interrogé sur l'évaluation d'aspect lié à la personnalité pouvant avoir une incidence, il a retenu de faibles capacités d'introspection, un manque de dynamisme face à la maladie, une démonstrativité, et le fait que l'assuré ne conduisait pas en raison des douleurs. Concernant l'évaluation des ressources et des facteurs de surcharge, il a relevé que l'intéressé n'effectuait que peu de gestes de la vie quotidienne, mais qu'il bénéficiait de ressources externes riches, car il était autonome, pouvait voyager seul, avait un tissu amical et pouvait se déplacer pour rencontrer ses amis, dont il recevait de l'aide régulière. Les ressources internes semblaient altérées par l'absence de sa maîtrise du français et de formation professionnelle, étant rappelé qu'il avait toujours effectué des travaux physiques. Néanmoins, le degré d'évolutivité de sa maladie devrait lui permettre d'effectuer des activités parfaitement adaptées à ses limitations fonctionnelles. Selon les indicateurs standards, il existait une atteinte à la santé, qui entraînait des limitations fonctionnelles. Le contexte psychosocial n'était pas très favorable et les limitations n'étaient pas uniformes dans tous les domaines de la vie. L'expertisé avait été compliant au traitement proposé. Pendant l'expertise, il s'était montré démonstratif avec une coopération médiocre. À titre d'exemple, la force de préhension (16 kg du côté droit) n'était pas justifiée médicalement.

L'expert psychiatre a exposé que le dossier fourni, l'anamnèse et l'examen clinique ne permettaient de retenir aucun diagnostic incapacitant, notamment aucun épisode thymique, aucun épisode anxieux, aucun trouble de la personnalité décompensée, aucune comorbidité addictive, aucun trouble somatoforme douloureux, chez un assuré plaignant et démonstratif, que l'assuré avait des ressources externes sur lesquelles il savait s'appuyer. Il avait su migrer, une première fois en France puis en Suisse, avait toujours rebondi professionnellement, possédait un réseau amical soutenant et présent, maintenait un lien étroit, au moins quotidien par téléphone, avec la famille restée en Turquie, avait été capable de voyager au mois de septembre 2023, sans assistance médicale

et seul, pouvait se promener au bord du lac, aller boire un café au bistrot avec les amis, faire son linge, prendre le bus ou le train, mais il préférait se faire véhiculer par les amis, étant précisé qu'il ne conduisait pas. S'agissant des facteurs de surcharges, le niveau scolaire était bas et l'intéressé était sans formation. Alors qu'il était présent en France depuis 2003 et en Suisse depuis 2013, la barrière de la langue restait importante et allait de pair avec des capacités d'introspection tout à fait basiques qui ne favorisaient pas la gestion des événements de vie. Il était isolé, sa famille se trouvait en Turquie. Il était assez peu dynamique face à la maladie. Il avait toujours exercé des métiers manuels et ses capacités basiques laissaient peu de place à une activité plus intellectuelle. Il ne travaillait pas depuis plus de deux ans et était déconditionné. Il ne faisait aucune proposition dans le sens d'un retour au travail et semblait faiblement motivé. Bien que démonstratif, il semblait douloureux. Les ressources internes étaient faibles. L'expert a relevé que les incohérences étaient nombreuses chez un sujet manifestement plaintif et démonstratif. La clinique du jour, rassurante du point de vue thymique ou anxieux, et l'absence de trouble de la personnalité ou de comorbidité addictive, ne correspondaient pas aux limitations alléguées qui n'étaient pas uniformes. Du point de vue strictement psychiatrique, les difficultés n'étaient pas plausibles.

La capacité de travail avait toujours été entière au niveau psychique, dans toute activité. Au plan somatique, elle était nulle depuis le mois de mars 2022 dans l'activité habituelle, mais elle s'élevait à 80% depuis le 31 août 2022 dans une activité adaptée.

f. Dans un avis du 10 juin 2024, le service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI a conclu que le rapport d'expertise était convaincant et qu'il n'y avait pas de raison de s'en écarter. Ainsi, la capacité de travail de l'assuré était nulle depuis le mois de mars 2022 en raison d'une spondylarthrite ankylosante HLA B27 positif, dans toute activité, et de 80% dès le 31 août 2022 dans une activité adaptée permettant le changement régulier de position, sans effort de soulèvement à partir du sol de plus de 5 kg, sans porte-à-faux du buste maintenu et répété, sans port de charge proche du corps de plus de 10 kg.

- B.**
- a.** Le 23 septembre 2024, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de refuser sa demande de prestations, au motif que le degré d'invalidité était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.
 - b.** Le 10 octobre 2024, l'assuré a contesté cette position et fait valoir qu'il souffrait de nombreux problèmes de santé qui étaient devenus invalidants.
 - c.** En date du 14 octobre 2024, l'OAI a attiré l'attention de l'intéressé sur le fait que ses objections n'étaient pas documentées et circonscrites.
 - d.** Par décision du 4 novembre 2024, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. À l'issue de l'instruction médicale, il reconnaissait une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle dès le 1^{er} mars 2022 (début du délai d'attente d'un an). Toutefois, une activité adaptée aux limitations fonctionnelles

était raisonnablement exigible à raison de 80% dès le 31 août 2022. Il avait transmis le dossier à son service réadaptation, qui avait conclu qu'aucune mesure de réadaptation simple et adéquate ne serait de nature à réduire le dommage. Après comparaison des revenus sans invalidité (CHF 70'078.-) et avec invalidité (CHF 48'580.-), la perte de gain s'élevait à CHF 21'498.-, correspondant à 31%. Or, un degré d'invalidité inférieur à 40% n'ouvrait pas le droit à des prestations de l'OAI sous forme de rente.

- C. a.** Par acte du 9 décembre 2024, l'assuré, représenté par une avocate, a interjeté recours contre de la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Il a conclu, sous suite de frais et dépens, préalablement, à l'audition des parties et à celle des Dres F_____ et C_____, et principalement à l'annulation de la décision contestée et à ce qu'un taux d'invalidité de 100% soit reconnu à l'issue du délai d'attente suivant sa demande du 26 septembre 2022. En substance, le recourant a relevé qu'un expert devait toujours se montrer très prudent lorsqu'il se prononçait sur la capacité de travail pour une période antérieure au jour de l'expertise, n'ayant pas eu connaissance du cas à l'époque. Le rapport du K_____ se prononçait sur sa capacité de travail depuis 2013, soit l'année de son arrivée en Suisse, ce qui suffisait à lui ôter toute valeur probante. En outre, les experts n'avaient pas requis de nouvelles imageries et s'étaient fondés sur des examens remontant à plusieurs mois ou années. Ils avaient mentionné sa surdité et ses troubles du sommeil, mais n'avaient pas pris en considération ces atteintes qui avaient des répercussions sur sa capacité de travail. Au niveau psychiatrique, la Dre F_____ avait signalé un état dépressif et anxieux, lequel n'avait pas été retenu dans l'expertise alors qu'il avait notamment expliqué dans ce cadre que lorsqu'un bouton apparaissait sur sa peau il craignait que ce soit un cancer, ce qui témoignait d'une anxiété latente. Le Dr E_____ avait confirmé qu'il était craintif en raison de son cancer. Il était durablement en incapacité de travail dans toutes activités et son incapacité de gain était totale.

Le recourant a notamment produit :

- une publication de la revue médicale Suisse concernant le traitement ciblé des spondylarthrites ;
- un rapport du 15 juillet 2024 suite à un Cone beam CT du rocher ;
- une radiographie du thorax du 13 novembre 2024.

b. En date du 12 décembre 2024, le recourant a fait parvenir à la chambre de céans des déterminations complémentaires. Il a soutenu que les pièces au dossier faisaient notamment état d'une sclérose et d'érosions sous-chondrales bilatérales des sacro-iliaques, atteintes qui n'avaient pas été prises en compte par le SMR dans son rapport du 10 juin 2024. En outre, le diagnostic de spondylarthrite axiale avait été posé et divergeait de celui retenu par l'expert rhumatologue. Le SMR n'en n'avait pas non plus tenu compte.

Il a produit un rapport du 25 novembre 2024 de la docteure N_____, médecin adjointe agrégée au service de rhumatologie des HUG, suite à une consultation du 7 novembre 2024. Elle a posé le diagnostic de spondylarthrite axiale, sur la base de l'IRM du 24 février 2021 et du CT du 10 juin 2024, lequel avait conclu à une sclérose et des érosions sous-chondrales bilatérales des sacro-iliaques. Elle a cité, à titre de comorbidités, un carcinome indifférencié du nasopharynx traité en 2014, un retrait du port-à-cath en février 2021, une « lombosacralgie chronique CT suspicion de sacrolilite » en février 2021, un tabagisme chronique actif, une consultation ORL de contrôle tous les six mois « (actuellement en rémission) », une spondylarthrite ankylosante diagnostiquée en février 2021, un CT scan coronarien avec « intégrité du réseau caronarien » en 2023, une opération de sinus frontal et maxillaire en 2004, et une consultation de cardiologie sans particularité en 2023. Le patient présentait une spondylarthrite axiale avec un score de BASDAI de 7.3/10 lors de la consultation, soit une très haute activité de la maladie et une atteinte fonctionnelle majeure avec un BASFI à 7.8/10. En résumé, le patient n'était pas suffisamment contrôlé avec des anti-inflammatoires seuls. S'agissant d'une atteinte axiale, les traitements conventionnels n'étaient pas efficaces et les alternatives en cas d'échec des anti-inflammatoires non stéroïdiens étaient des traitements biologiques ou inhibiteurs JAK. Compte tenu des antécédents de cancer, elle préconisait l'introduction du traitement biologique, avec notamment des sérologies pour évaluer le *status* vaccinal et infectieux. Elle prévoyait un bilan phosphocalcique et vitamine D3, une radio du thorax en vue de l'introduction d'un traitement biologique, et une radiographie du bassin afin d'évaluer une éventuelle atteinte radiographique, l'atteinte IRM seule n'étant pas considérée comme une atteinte déjà radiographique.

Il a également produit un courrier du 8 novembre 2024 de la Dre N_____ à l'attention de son assureur maladie, afin de solliciter le remboursement du traitement prescrit. Elle a indiqué que le patient souffrait d'une spondylarthrite ankylosante très active, avec l'échec des anti-inflammatoires et de la physiothérapie.

c. Par décision du 13 décembre 2024, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance juridique.

d. Dans sa réponse du 8 janvier 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a notamment rappelé que le recourant n'avait aucun suivi spécialisé psychiatrique ou psychologique, ni aucun traitement psychotrope, ce qui allait à l'encontre d'une atteinte psychiatrique invalidante. Les experts avaient retenu une certaine incohérence entre l'importance des plaintes et les constatations objectives lors de leur examen. Ils n'avaient pas jugé nécessaire de procéder à des examens complémentaires, étant rappelé que les modalités de l'examen clinique et le choix des examens complémentaires étaient laissés au libre arbitre des experts. Aucun élément objectif ne permettait de remettre en cause les conclusions de l'expertise.

Enfin, la décision litigieuse avait été rendue le 4 novembre 2024 et le score de BASDAI était de 2.925 lors de l'expertise, de sorte qu'il s'agissait d'une aggravation de l'atteinte rhumatologique postérieurement à la décision litigieuse.

L'intimé a annexé un rapport du SMR du 8 janvier 2025 prenant position sur les nouvelles pièces médicales produites par le recourant. Sur le plan ORL, il a rappelé que le dernier examen clinique du 12 avril 2024 effectué par le Dr J _____ et l'audiogramme du 15 janvier 2024 avaient mis en évidence un état stationnaire concernant l'otite chronique droite, qui n'était donc pas acutisée en avril 2024. Il y avait une suspicion de choléstéatome à droite sans confirmation clinique en l'état du dossier et une odynodysphagie que rapportait le patient lors de l'anamnèse. En cas de confirmation d'un choléstéatome à droite, l'indication d'intervention chirurgicale serait à discuter par les spécialistes en ORL pour éviter une péjoration de l'audition à moyen terme tout en rappelant que la Dre H _____ avait estimé qu'une intervention chirurgicale sur un terrain post-radique n'était pas indiquée. Sur le plan fonctionnel, l'assuré entendait la voix chuchotée qui était plus ou moins bien comprise des deux côtés selon les constats de l'ORL traitant et n'était pas gêné de manière significative par l'acouphène droit, car il n'était pas preneur pour le moment d'un essai d'appareillage acoustique. Sur le plan oncologique ORL, il y avait une odynodysphagie nouvelle chez cet assuré qui avait refusé une panendoscopie de contrôle. Par ailleurs, le Dr J _____ avait évoqué une absence de récurrence locorégionale. Par conséquent, en l'état actuel du dossier, il n'y avait pas d'élément médical objectif pour une récurrence. Enfin, sur le plan rhumatologique, le SMR a relevé une aggravation de la spondylarthrite axiale postérieurement à la décision litigieuse, étant relevé que le score de BASDAI était à 2.925 lors de l'expertise. Partant, les nouvelles pièces médicales versées au dossier n'apportaient pas d'éléments médicaux nouveaux susceptibles de modifier ses conclusions du 10 juin 2024, basées sur le rapport d'expertise bidisciplinaire du 29 mai 2024.

e. Par écriture du 31 janvier 2025, le recourant a persisté dans ses conclusions. La Dre N _____ avait relevé que le rapport d'expertise ne comportait pas d'examen des sacro-iliaques, ce qui était pourtant essentiel pour évaluer l'atteinte de la spondylarthrite axiale ankylosante, et précisé que sa maladie était encore actuellement active. L'importance de ces examens était par ailleurs confirmée par la littérature. Les experts n'avaient pas procédé à un examen des sacro-iliaques et les imageries sur lesquelles ils s'étaient basés dataient de plusieurs mois et n'étaient pas en lien avec ses plaintes. Ils ne disposaient donc pas des informations et examens essentiels. En outre, ils avaient souligné qu'il avait été compliant au traitement et avaient confirmé le diagnostic de spondylarthrite ankylosante, mais malgré cela, ils avaient indiqué ne pas comprendre ses plaintes, alors que certains traitements en vue de soulager ses douleurs n'avaient pas fonctionné, comme expliqué par la Dre F _____. Dans la mesure où ils ne disposaient pas d'examen des sacro-iliaques lors de l'expertise, ils ne pouvaient

constater l'ampleur de ses atteintes et juger de leur cohérence. Les experts avaient retenu qu'il bénéficiait d'un contexte psychosocial pas très favorable, ce qui allait à l'encontre des affirmations de l'intimé, qui faisait état de bonnes ressources sociales. Concernant l'atteinte rhumatologique, le diagnostic de spondylarthrite axiale posé par la Dre N_____ se basait sur l'IRM de février 2021, de sorte que les experts auraient dû être en mesure de poser ce diagnostic et de se prononcer sur les conséquences de cette atteinte sur sa capacité de travail, dès lors qu'elle était présente avant la décision litigieuse.

Le recourant a produit un rapport du 24 janvier 2025 de la Dre N_____, laquelle a relevé qu'elle le suivait depuis fin 2024 et qu'elle n'avait donc aucune information détaillée sur ses incapacités de travail passées, ni sur les constatations cliniques précédentes. Sur le plan médical, il avait été traité uniquement avec des anti-inflammatoires, et très brièvement avec un anti-TNF, malgré une activité persistante de la maladie. L'arrêt du traitement avait été motivé par la crainte d'une récurrence de son cancer ORL. La spondylarthrite axiale était parfois désignée par le terme de spondylarthrite ankylosante, mais l'association internationale de spondylarthrite recommandait l'usage du terme spondylarthrite axiale, bien que Swissmedic privilégiait encore celui de spondylarthrite ankylosante, qui restait également plus familier pour les non-experts. Après une rapide lecture du rapport d'expertise, elle relevait l'absence d'un examen des sacro-iliaques, qui était pourtant essentiel pour évaluer l'atteinte spécifique de la spondylarthrite axiale/spondylarthrite ankylosante. Actuellement, la maladie du patient était active.

Il a également annexé un extrait de littérature relatif au recours à l'IRM dans le diagnostic des spondylarthrites axiales « utilités et pièges diagnostiques ».

f. Le 24 février 2025, l'intimé a persisté dans ses conclusions, pour les motifs développés par le SMR.

Il a produit un nouveau rapport de ce dernier, établi le 20 février 2025, relevant que la Dre N_____ avait confirmé qu'il n'y avait pas de divergences concernant le diagnostic rhumatologique retenu. Le fait que l'expert rhumatologue utilisait le terme de spondylarthrite ankylosante était approprié, étant donné que le rapport d'expertise était destiné à des non-experts. Il était exact que l'examen des sacro-iliaques n'était pas mentionné dans le rapport, mais l'expert avait noté, s'agissant de *status* du rachis, qu'au cours de cette partie de l'examen, l'expertisé s'était montré très démonstratif en essayant de l'empêcher de l'examiner et en lui prenant la main. L'aspect fonctionnel en lien avec l'atteinte rhumatologique était lié à la mobilité de la colonne vertébrale et à l'activité de la maladie, évaluée par le score de BASDAI dans le cas d'espèce. Par conséquent, le fait que l'examen des sacro-iliaques ne soit pas mentionné dans le rapport d'expertise n'avait pas d'incidence significative sur l'aspect fonctionnel en lien avec la spondylarthrite ankylosante, étant donné que l'examen de la mobilité de la colonne vertébrale figurait dans le rapport d'expertise, ainsi que le score de BASDAI. Par ailleurs,

l'expert rhumatologue s'était prononcé de manière précise, exhaustive et objective, sur l'impact fonctionnel de la maladie en prenant en compte les plaintes subjectives de l'intéressé. Quant à l'article cité par le recourant, il s'agissait d'un article centré sur la place prépondérante de l'imagerie dans le diagnostic des spondylarthrites dont les lésions constatées n'étaient pas spécifiques, et un certain nombre de diagnostics différentiels, en particulier des lésions d'origines dégénératives ou mécaniques, pouvaient présenter des aspects similaires aux lésions inflammatoires rhumatismales. Cet article n'avait pas d'influence dans le cas présent, car il n'y avait pas de divergence entre les diagnostics retenus par la rhumatologue traitante et l'expert rhumatologue, lequel s'était prononcé de manière précise et exhaustive sur l'impact fonctionnel de la maladie chez l'intéressé. Partant les nouvelles pièces médicales n'apportaient pas d'éléments nouveaux susceptibles de modifier ses précédentes conclusions.

g. Par écriture du 26 février 2025, le recourant a persisté dans ses conclusions et maintenu que toutes ses atteintes à la santé n'avaient pas été prises en considération dans le cadre du rapport du SMR ou de l'expertise, qui ne disposaient donc pas d'une pleine valeur probante. Il s'est rapporté aux documents joints et a souligné qu'il bénéficiait actuellement d'un traitement de Tramal, molécule prescrite en cas de fortes douleurs.

Il a produit un rapport du 24 septembre 2024 du professeur O_____, médecin chef de service au service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale des HUG, faisant suite à une consultation le 30 août 2024. Le spécialiste a retenu le diagnostic d'otite moyenne chronique et rapporté notamment une surdité brusque survenue en 2019. Le patient se plaignait d'un écoulement clair au niveau de l'oreille droite, sans otalgie, ni hypoacousie, ni troubles neurologiques (céphalée-phono-photophobie), mais avec un acouphène épisodique à droite et une sensation d'instabilité subjective à la marche.

Il a transmis un rapport d'IRM de l'oreille interne et du rocher du 20 décembre 2024.

Il a remis un rapport du 7 février 2025 de la docteure P_____, médecin cheffe de clinique au service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale des HUG, relevant notamment que le patient n'était pas dérangé par la perforation et avait décidé de ne pas opter pour la tympanoplastie, étant donné les risques d'une chirurgie dans un terrain irradié. Les investigations réalisées en décembre 2024 avaient permis d'exclure un cholestéatome et une lésion cochléaire ou rétro-cochléaire. Il serait revu en consultation de contrôle dans une année.

Dans un rapport joint du 17 février 2025, Q_____, physiothérapeute, a indiqué que l'intéressé souffrait de lésions inflammatoires des zones antérieures en D2 jusqu'à D5 et en L1 jusqu'à L4, de lésions inflammatoires au niveau des articulations costo-vertébrales droites en D6 et des articulations sacro-iliaques des deux côtés, d'une spondylarthrite axiale et de douleurs et inflammations à l'épaule

droite. Il rapportait des épisodes aigus dans toute la colonne vertébrale, lombaire, dorsale et cervicale, ainsi que des douleurs irradiantes dans les jambes dues aux inflammations bilatérales des articulations sacro-iliaques, des douleurs à l'épaule droite avec une irradiation dans le bras accompagné de faiblesse et d'une diminution de force et d'amplitude.

Il a en outre produit un rapport du 18 février 2025 de la Dre N_____, diagnostiquant une spondylarthrite axiale, une hypovitaminose D et une ancienne hépatite B. Elle a rappelé plusieurs comorbidités citées dans son précédent rapport, sans reprendre la lombosacralgie chronique avec suspicion de sacrolilite, le tabagisme chronique actif, la consultation de cardiologie sans particularité en 2023 et la consultation ORL de contrôle tous les six mois « (actuellement en rémission) », mais en ajoutant les mentions d'une otite moyenne chronique à droite sur une perforation tympanique, une surdité brusque, l'absence de récurrence locorégionale, des douleurs thoraciques pariétales, des céphalées et une infection des voies respiratoires supérieures. Elle a indiqué que le patient n'avait eu aucun effet de l'Arcoxia, qu'il décrivait d'importantes difficultés à dormir en raison des rachialgies qui le réveillaient. Durant sa consultation, il avait dû se lever et marcher en raison des douleurs importantes. Elle lui avait expliqué que la spondylarthrite n'était pas due au travail et qu'il s'agissait d'un dérèglement du système immunitaire. Vu l'absence d'effet des anti-inflammatoires, un traitement immunosuppresseur devrait être instauré. Le patient était très inquiet par rapport à ses antécédents de cancer. Il était important de traiter le rhumatisme inflammatoire, car toute inflammation chronique pouvait augmenter le risque de cancer. Le traitement anti-TNF était à privilégier et elle le verrait dans deux mois pour voir si ce traitement pourrait être débuté. Elle lui avait en outre prescrit des gouttes de vitamine D.

Il a transmis un rapport du 19 février 2025 de la Dre F_____, laquelle a mentionné les diagnostics de carcinome indifférencié du nasopharynx en rémission, de spondylarthrite axiale HLA B27 positif sous anti-inflammatoires non stéroïdiens puis anti-TNF (Humira) non efficace avec évolution défavorable et persistance des douleurs dorsolombaires qui restaient très invalidantes pour toutes les activités de la vie quotidienne, de probable état dépressif réactionnel sous-jacent multifactoriel en lien avec la douleur chronique et la situation psychosociale difficile, d'otite moyenne chronique à droite sur une perforation tympanique en Turquie, et d'opération de sinusite maxillaire et frontale en 2004.

h. Par écriture du 26 mars 2025, l'intimé a également persisté dans ses conclusions, se référant pour le surplus au rapport du 26 mars 2025 du SMR, annexé, se déterminant sur les dernières pièces transmises.

Sur le plan otologique, le SMR a conclu à l'absence d'atteinte à la santé aigue, le conduit auditif externe de l'oreille droite et la membrane tympanique avec une petite perforation centrale sans écoulement étant calmes. L'examen qualitatif de l'audition étant bon selon l'acoumétrie. Au niveau oto-neurologique, l'examen

vestibulaire clinique était sans particularité chez cet assuré qui se plaignait d'acouphène épisodique à droite et d'une sensation d'instabilité subjective à la marche. Sur le plan oncologique au niveau de la sphère ORL, la dernière IRM du 24 mai 2024 avait conclu à une stabilité clinique selon le rapport médical du 24 septembre 2024. L'imagerie par IRM de l'oreille interne et du rocher du 21 décembre 2024 avait permis d'exclure la présence de cholestéatome bilatéralement, de lésion cochléaire ou rétro-cochléaire. Un comblement de rétention des sinus frontaux avait été révélé par cet examen qu'il conviendrait d'investiguer. Cette constatation radiologique supplémentaire au niveau des sinus frontaux n'avait pas engendré de plaintes de la part de l'intéressé et elle était postérieure à la décision litigieuse. Ces pièces médicales n'apportaient pas d'éléments médicaux objectifs nouveaux susceptibles de modifier les conclusions du 10 juin 2024 basées sur le rapport d'expertise.

i. Copie de cette écriture a été transmise au recourant le 28 mars 2025 et la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales 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 À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10).

1.3 Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 LPA).

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

2. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision du 4 novembre 2024, par laquelle l'intimé a nié le droit du recourant à une rente, en raison d'un degré d'invalidité insuffisant.

3.

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

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (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 1er 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2 et les références).

3.2 En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en mars 2023, soit six mois après le dépôt de la demande du 26 septembre 2022 (cf. art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

4. 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.

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).

L'art. 4 al. 1 LAI dispose que l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

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).

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).

4.1 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA.

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

On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

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

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).

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).

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). Dans les limites du mandat confié, la conduite de l'expertise (modalités de l'examen clinique et choix des examens complémentaires) est laissée au libre arbitre de l'expert (arrêts du Tribunal fédéral 8C_458/2023 du 18 décembre 2023 consid. 7.1.2 ; 9C_538/2009 du 8 janvier 2010 consid. 3.3).

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).

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

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 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_162/2023 du 9 octobre 2023 consid. 2.3 et les références).

4.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

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).

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales 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. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral I.321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

5. En l'espèce, dans sa décision litigieuse du 4 novembre 2024, l'intimé a retenu, conformément aux conclusions du SMR du 10 juin 2024, elles-mêmes fondées sur le rapport d'expertise du K_____, que le recourant ne pouvait plus exercer son activité habituelle de parqueteur depuis le 1^{er} mars 2022, mais qu'il disposait d'une capacité de travail résiduelle de 80% dans un métier adapté respectant strictement ses limitations fonctionnelles, à compter du 31 août 2022.

Le recourant conteste cette appréciation et soutient que sa capacité de travail est nulle dans toute activité.

Il convient donc d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise.

5.1 La chambre de céans relève que ce document contient un résumé de toutes les pièces médicales remises aux experts, une évaluation interdisciplinaire et le rapport des deux spécialistes. Ces derniers ont notamment interrogé l'intéressé dans le cadre d'un entretien ouvert, puis de façon plus détaillée sur ses antécédents, ses divers troubles, leur apparition et l'évolution des limitations, les traitements, la gestion des troubles au quotidien, les stratégies d'adaptation et la réaction de son entourage. Ils ont présenté des anamnèses familiale, professionnelle et sociale, et résumé le déroulement d'une journée-type, avant de consigner leurs constatations objectives. Les spécialistes ont posé des diagnostics clairs et évalué la cohérence et la plausibilité, ainsi que les ressources et les capacités de l'intéressé. Ils ont énuméré les restrictions retenues et se sont déterminés sur la capacité de travail, dans l'activité habituelle et dans un métier adapté. Leurs conclusions, dûment motivées, sont convaincantes.

Partant, le rapport d'expertise, établi en pleine connaissance du dossier, après des examens complets et une analyse approfondie de la situation, en tenant compte des doléances de l'intéressé, répond à tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

5.2 Le recourant fait tout d'abord valoir qu'un expert doit toujours se montrer très prudent lorsqu'il se prononce sur la capacité de travail pour une période antérieure au jour de l'expertise, soit à une époque à laquelle il n'avait pas connaissance du cas, et soutient que le rapport du K_____ se détermine sur sa capacité de travail depuis son arrivée en Suisse, en 2013, ce qui suffirait à lui ôter toute valeur probante.

Cette critique n'est pas fondée. D'une part, la mission des experts visait précisément à déterminer la capacité de travail de l'intéressé pour une période antérieure à leur examen, afin que l'intimé puisse statuer, de manière rétroactive, sur son droit aux prestations. D'autre part, il sera relevé que l'expert somatique a évalué la capacité de travail depuis 2022 seulement (*cf.* rapport p. 10, 11, 19 et 20). Quant à l'expert psychiatre, il a exclu toute atteinte à la santé psychique et considéré que la capacité de travail du recourant était par conséquent entière, « depuis toujours » (*cf.* rapport p. 10, 11, 32 et 33). Cette conclusion est étayée par plusieurs éléments objectifs, dont les constatations de l'expert lors de son examen, l'absence de tout antécédent psychiatrique vérifiable autre que les allégations de l'expertisé, l'absence de tout suivi spécialisé psychiatrique ou psychologique, l'absence de traitement psychotrope (*cf.* rapport p. 29), d'antidépresseur, d'anxiolytique ou de somnifère (*cf.* rapport p. 31).

5.3 Le recourant fait ensuite grief à l'expert somatique de ne pas avoir requis de nouvelles imageries et de s'être fondé sur des examens remontant à plusieurs mois, voire plusieurs années. Il relève notamment que la sclérose et les érosions sous-chondrales bilatérales des sacro-iliaques n'ont pas été prises en compte par le SMR dans son rapport du 10 juin 2024.

La chambre de céans rappellera à cet égard que le choix d'éventuels examens complémentaires est laissé au libre arbitre de l'expert, dans les limites du mandat reçu. En l'occurrence, le Dr L_____ a admis le diagnostic de spondylarthrite ankylosante HLA B27 positif, retenu à partir de février 2021 par les médecins traitants du recourant, et pris en considération des limitations fonctionnelles en lien avec cette atteinte (*cf.* rapport p. 18). Il a expliqué que l'évolutivité de la maladie était représentée par le test BASDAI, dont le score était plutôt faible (2.925), alors que le test fonctionnel de BASFI était plutôt élevé (5.4). Il a relevé que cette différence révélait une certaine incohérence (*cf.* rapport p. 18). Il a en outre constaté que la comparaison entre les IRM de la colonne dorso-lombaire réalisées en 2021 et en 2022 montrait une stabilité de l'ensemble des lésions, notant uniquement la disparition de la lésion inflammatoire de l'articulation costo-vertébrale droite à hauteur de D6, une discrète diminution des anomalies de signal en lien avec l'atteinte inflammatoire des articulations

sacro-iliaques, et l'apparition d'une inflammation significative du versant iliaque postérieur de l'articulation sacro-iliaque gauche (*cf.* rapport p. 17).

Enfin, le Dr L_____ a indiqué qu'il serait logique d'effectuer un nouveau bilan radiologique, avant d'envisager une reprise thérapeutique par une biothérapie (*cf.* rapport p. 19). De telles investigations n'étant cependant pas nécessaires à la réalisation de sa mission, on ne saurait lui reprocher de ne pas les avoir ordonnées, puisqu'il a admis que la maladie était active et avait des répercussions sur la capacité de travail. Il ressort d'ailleurs clairement du rapport de la médecin traitante que la radiographie du thorax, produite par l'intéressé à l'appui de son recours (*cf.* rapport du 13 novembre 2024), s'inscrit dans le cadre d'un mandat thérapeutique, puisque la Dre N_____ a indiqué qu'elle prévoyait un bilan phosphocalcique et la prescription de vitamine D3, ainsi qu'une radiographie du thorax en vue de l'introduction d'un traitement biologique, et une radiographie du bassin afin d'évaluer une éventuelle atteinte radiographique, l'atteinte IRM seule n'étant pas considérée comme une atteinte déjà radiographique (*cf.* rapport du 25 novembre 2024 relatif à la consultation du 7 novembre 2024).

La Dre N_____ a relevé qu'un examen des sacro-iliaques était essentiel pour évaluer l'atteinte spécifique de la spondylarthrite axiale/spondylarthrite ankylosante, et confirmé que la maladie du patient était active (*cf.* rapport du 24 janvier 2025). L'expert a rapporté qu'il avait procédé à un examen du rachis, en particulier colonnes cervicale, dorsale et lombaire, puis des régions paravertébrales, précisant cependant que l'expertisé s'était montré très démonstratif en essayant de l'empêcher de l'examiner et en lui prenant la main (*cf.* rapport p. 15). Le recourant en saurait dans ces circonstances, rien déduire de l'absence de compte-rendu quant à l'examen des sacro-iliaques. Qui plus est, il est rappelé que l'expert rhumatologue a lui aussi admis que la maladie était active.

Comme retenu à juste titre par le SMR, les scores de BASDAI et de BASFI, évalués à 7.3/10, respectivement à 7.8/10 lors de la consultation du 7 novembre 2024, sont postérieurs à la décision litigieuse et ne constituent donc pas des éléments de nature à remettre en cause les conclusions de l'expertise, le Dr L_____ ayant lui aussi effectué ces examens, dont les scores étaient beaucoup plus faibles, tant pour le test BASDAI (2.925), que pour le test de BASFI (5.4 ; *cf.* rapport d'expertise p. 18).

Pour le reste, le recourant ne soutient pas que l'expert aurait ignoré des éléments de nature diagnostique objectivement vérifiables sur la base de nouveaux examens radiologiques. Il ne prétend pas non plus que les troubles relevés par la Dre N_____ suite au CT du 10 juin 2024, soit une sclérose et des érosions sous-chondrales bilatérales des sacro-iliaques (*cf.* rapport du 25 novembre 2024), justifieraient de retenir un diagnostic supplémentaire ou différent par rapport à celui de spondylarthrite ankylosante HLA B27 positif.

5.4 À cet égard, il sied de relever que si le recourant a, dans un premier temps, remis en cause le diagnostic posé par le Dr L_____, soutenant que la Dre N_____ avait retenu un trouble différent, soit celui de spondylarthrite axiale (*cf.* rapport du 25 novembre 2024), il n'a par la suite plus repris, à juste titre, une telle critique.

Cette dernière est en effet dénuée de tout fondement, puisque la Dre N_____ a expressément indiqué que la spondylarthrite axiale était parfois désignée par le terme de spondylarthrite ankylosante (*cf.* rapport du 24 janvier 2025).

5.5 L'intéressé allègue ensuite que les experts ont mentionné sa surdité et ses problèmes de sommeil, mais que ces troubles n'auraient pas été pris en considération, alors qu'ils avaient des répercussions sur sa capacité de travail.

La chambre de céans constate que si l'existence d'une « surdité gauche » d'apparition brusque ressort effectivement des notes de suites des HUG (*cf.* consultation du 6 août 2019), seule une atteinte de perception a été rapportée par la suite (*cf.* consultation du 16 janvier 2021), sans nouvelles plaintes de perte d'audition (*cf.* consultations des 13 novembre 2023 et 12 avril 2024). La Dre H_____ a rappelé, à l'anamnèse, un *status post* radio et chimiothérapie pour un carcinome du rhino-pharynx en 2015-2016, un *status post* mise d'un drain trans-tympanique droit pour une otite séreuse en 2016, et un déficit cochléo-vestibulaire brusque droit avec des vertiges de longue durée et une hypoacousie en 2018-2019. Lors de sa consultation du 15 mai 2023, le patient se plaignait d'une otorrhée droite intermittente, d'acouphène et d'hypoacousie droite. À l'examen, elle a toutefois constaté que la voix chuchotée était plus au moins bien comprise des deux côtés. Quant à l'audiogramme tonal, il avait montré un déficit de transmission dans les fréquences graves et une élévation des seuils dans les fréquences aiguës jusqu'à 55 dB droite, et était normal à gauche. La spécialiste a conclu à une otite chronique active droite dans le contexte de rhino-pharyngite post-radique et précisé que le patient n'était pas preneur pour le moment d'un essai d'appareillage acoustique afin de diminuer l'intensité de l'acouphène droit (*cf.* rapport du 15 mai 2023).

Le rapport relatif au Cone beam CT du rocher, produit par le recourant dans le cadre de la présente procédure, conclut à des signes d'otite chronique à droite avec des signes de tympano-sclérose, ainsi qu'à un comblement épitympanique antérieur avec un doute sur la lyse osseuse focale au contact. Si ce document mentionne une « surdité mixte avec une composante de transmission des deux côtés » à titre d'indication (*cf.* rapport du 15 juillet 2024), il y a lieu de relever que les médecins consultés postérieurement à cet examen n'ont plus fait état d'une quelconque perte d'audition. Ainsi, le Prof. O_____ a confirmé le diagnostic d'otite moyenne chronique. Il a notamment rappelé la surdité survenue en 2019 et rapporté que le patient se plaignait d'un écoulement clair au niveau de l'oreille droite, avec un acouphène épisodique à droite et une sensation d'instabilité

subjective à la marche, mais sans hypoacousie, sans otalgie, et sans troubles neurologiques (cf. rapport du 24 septembre 2024). La Dre F_____, médecin traitante du recourant, n'a signalé aucun problème d'audition (cf. rapport du 19 février 2025). La Dre P_____ a relevé la surdité brusque survenue en 2019 à titre de comorbidité, sans mentionner de perte d'acuité auditive, que ce soit dans l'anamnèse actuelle ou dans ses conclusions (cf. rapport du 7 février 2025).

Ainsi, force est donc de constater que l'existence d'une surdité au moment du prononcé de la décision n'est pas étayée, seul un acouphène épisodique à droite pouvant être retenu. Or, l'intensité de ce trouble pourrait être atténuée par un appareillage acoustique, que l'intéressé a indiqué à la Dre H_____ ne pas vouloir essayer (cf. rapport du 15 mai 2023). Au surplus, il sera encore rappelé que le Dr G_____ a attesté d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée, sans limitation au niveau ORL (cf. rapport du 12 janvier 2023) et que l'intervention chirurgicale évoquée par le SMR en cas de confirmation d'un cholestéatome à droite (cf. avis du 8 janvier 2025) n'est plus d'actualité, puisque la Dre P_____ a expliqué que cette pathologie avait pu être écartée à l'issue des investigations réalisées en décembre 2024 (cf. rapport du 7 février 2025). Partant, il peut être tenu pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'acouphène épisodique à droite dont souffre le recourant ne constitue pas une atteinte à la santé ayant des répercussions durables sur sa capacité de gain.

S'agissant des troubles du sommeil, le recourant ne se prévaut d'aucun document qui attesterait, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, qu'ils auraient une influence sur sa capacité de travail. La chambre de céans relèvera en particulier que les troubles d'endormissement ont été rapportés uniquement par la Dre F_____ (cf. rapport du 20 juin 2023), laquelle n'a retenu aucune limitation fonctionnelle en lien avec ces difficultés (cf. rapports des 18 octobre 2022 et 20 juin 2023) et ne les a plus mentionnées dans son dernier rapport (cf. rapport du 19 février 2025). En outre, l'expert psychiatre a notamment constaté, lors de son évaluation, que les fonctions cognitives du recourant n'étaient pas altérées, que ce soit en terme de mémoire des faits récents ou anciens, ou encore de l'attention et de la concentration (cf. rapport p. 25 et 26), et il n'a pas constaté de fatigue perceptible (cf. rapport p. 26).

5.6 Au niveau psychiatrique, le recourant a relevé que la Dre F_____ avait signalé un état dépressif et anxieux, lequel n'avait pas été retenu dans l'expertise alors qu'il avait notamment expliqué dans ce cadre que lorsqu'un bouton apparaissait sur sa peau il craignait que ce soit un cancer, ce qui témoignait d'une anxiété latente. Le Dr E_____ avait confirmé qu'il était craintif en raison de son cancer.

Ces appréciations des médecins traitants, qui ne sont pas des spécialistes en psychiatrie, ne sauraient en aucun cas remettre en cause les conclusions dûment motivées et convaincantes de l'expert psychiatre, rendues à l'issue d'un examen

complet et approfondi. L'exemple cité par la Dre F_____ ne constitue à l'évidence pas un élément propre à douter du bien-fondé de l'expertise.

Le recourant ne cherche en outre nullement à démontrer que le rapport d'expertise psychiatrique comporterait des contradictions manifestes ou ignorerait des éléments cliniques ou diagnostiques essentiels, et encore moins à expliquer en quoi le point de vue de ses médecins traitants serait objectivement mieux fondé que celui de l'expert. Enfin, il ne produit aucun rapport émanant d'un psychiatre, ni ne soutient qu'il bénéficierait d'un suivi spécialisé.

5.7 Enfin, la chambre de céans relèvera que la Dre F_____, laquelle a signalé l'inefficacité du traitement, une évolution défavorable et la persistance des douleurs dorsolombaires qui restaient très invalidantes pour toutes les activités de la vie quotidienne (*cf.* rapport du 19 février 2025), n'a pas soulevé d'élément concret qui justifierait de s'écarter des conclusions des experts ou de douter de leur validité. Il est rappelé que le Dr L_____ a dûment pris en considération le diagnostic de spondylarthrite axiale HLA B27 positif et a tenu compte de l'impact fonctionnel de cette maladie, puisqu'il a admis plusieurs limitations fonctionnelles et une capacité de travail résiduelle diminuée de 20%. Quant aux autres atteintes rappelées par la médecin traitante, soit le carcinome indifférencié du nasopharynx en rémission, le probable état dépressif réactionnel sous-jacent multifactoriel en lien avec la douleur chronique et la situation psychosociale difficile, l'otite moyenne chronique à droite sur une perforation tympanique en Turquie, et l'opération de sinusite maxillaire et frontale en 2004, elles ne sont pas déterminantes. En effet, le carcinome du nasopharynx est en rémission et n'a aucune influence sur la capacité de travail, comme attesté par le Dr G_____ (*cf.* rapport du 12 janvier 2023). Concernant le diagnostic d'otite moyenne chronique à droite, il est relevé que le Prof. O_____ a précisé que l'intéressé se plaignait uniquement d'un écoulement clair au niveau de l'oreille droite, avec un acouphène épisodique et une sensation d'instabilité subjective à la marche (*cf.* rapport du 24 septembre 2024). Or, la Dre H_____ a expliqué que le patient avait choisi de ne pas se faire appareiller, ce qui pourrait pourtant diminuer l'intensité de l'acouphène (*cf.* rapport du 15 mai 2023). Quant à la sensation d'instabilité subjective à la marche, rien ne permet de penser qu'elle justifierait des limitations fonctionnelles, ce que le recourant et sa médecin traitante ne soutiennent au demeurant pas. Enfin, la Dre P_____ a clairement indiqué que le recourant n'était pas dérangé par la perforation tympanique (*cf.* rapport du 7 février 2025). Pour le reste, il sera rappelé que la Dre F_____ n'est pas une spécialiste en psychiatrie et que l'opération de sinusite a été réalisée il y a plus de 20 ans, sans qu'aucun trouble ne soit retenu depuis lors, à teneur des pièces du dossier.

Les rapports de la Dre N_____, qui ne font pas état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés par le Dr L_____, ne permettent pas non plus de remettre en cause les conclusions de l'expertise.

À toutes fins utiles, la chambre de céans relèvera encore que la capacité de travail résiduelle et les limitations fonctionnelles retenues par les experts correspondent à l'évaluation du Dr D_____ (cf. rapport du 31 août 2022). La Dre C_____ avait également admis une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée (cf. rapport 27 octobre 2022), avant d'attester d'une totale inaptitude « pour l'instant », sans pour autant signaler l'apparition de nouvelles atteintes à la santé ni une aggravation de la symptomatologie (cf. rapport du 16 janvier 2024) permettant de comprendre les raisons de cette nouvelle appréciation. Dans le même sens, la Dre F_____ avait d'abord considéré que son patient était apte à travailler à un taux oscillant entre 80% et 100% dans un métier n'impliquant pas de station debout prolongée ni de port de charges lourdes (cf. rapport du 20 juin 2023), puis a attesté de douleurs qui restaient très invalidantes pour toutes les activités de la vie quotidienne (cf. rapport du 19 février 2025), sans livrer le moindre facteur tangible qui justifierait de s'écarter de la capacité de travail initialement admise. Quant à la Dre N_____, elle a indiqué qu'elle suivait le recourant depuis la fin de l'année 2024 et qu'elle n'avait aucune information détaillée sur ses incapacités de travail passées (cf. rapport du 24 janvier 2025). Elle n'a pas attesté d'un quelconque arrêt de travail, ni suggéré que le recourant serait dans l'impossibilité d'exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par l'expert, au taux de 80%. Elle a uniquement constaté que le patient n'était pas suffisamment contrôlé avec des anti-inflammatoires seuls (cf. rapports des 25 novembre 2024, 24 janvier et 18 février 2025).

5.8 Eu égard à tout ce qui précède, la chambre de céans retiendra, conformément aux conclusions du rapport d'expertise qui remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, que le recourant dispose d'une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par les experts, depuis le 31 août 2022.

Par conséquent, il est superflu d'entendre le recourant, qui s'est déjà exprimé à plusieurs reprises par écrit, ou de mettre en œuvre une expertise, par appréciation anticipée des preuves.

5.9 Le recourant, représenté par une avocate, ne conteste pas le calcul du degré d'invalidité effectué par l'intimé. Il n'émet aucune critique à l'encontre des revenus avec et sans invalidité retenus dans la décision litigieuse.

Rien ne justifie de s'en écarter.

Il en découle donc que l'intimé était fondé à nier le droit du recourant à une rente, compte tenu du degré d'invalidité de 31%, insuffisant pour ouvrir le droit à une telle prestation.

6. Par conséquent, 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.~~ Dit qu'il n'est pas perçu d'émolument. ***Rectification d'une erreur matérielle le 14.10.2025/JRJ/RNA**
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

Melina CHODYNIECKI

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