

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/466/2025

ATAS/641/2025

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 août 2025

Chambre 10

En la cause

A_____

recourant

représenté par Me Leonardo CASTRO, avocat

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 _____ 1972, de nationalité kosovare, arrivé en Suisse en 1991, a travaillé en tant qu'aide-peintre/staffeur et a bénéficié d'une rente entière de l'assurance-invalidité dès le 1^{er} juillet 1995 ainsi que d'une rente de 20% de l'assurance-accidents depuis le 1^{er} juin 1997, en raison de problèmes au genou droit apparus en 1994 à la suite d'un accident.
- b.** La rente de l'assurance-invalidité a été supprimée au 1^{er} mai 2007 après révision, au motif que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée.
- c.** Dans des notes d'entretien du 10 avril 2007, le service de placement de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) a considéré que la préoccupation de l'assuré ne semblait pas être la recherche d'un emploi, mais sa situation financière. Ne s'estimant pas en mesure de retrouver un travail, il ne voyait par ailleurs pas l'utilité d'une aide pour des recherches d'emploi, de sorte que le mandat de placement a été clôturé.
- d.** L'assuré a retrouvé par ses soins un emploi dans le domaine du nettoyage dès 2007.
- e.** Entre 2009 et 2017, plusieurs demandes de prestations ont été déposées par l'assuré, faisant suite à divers accidents touchant l'épaule et le genou droits, notamment un sinistre du 29 mars 2017 ayant nécessité une intervention chirurgicale sous forme d'arthroscopie de l'épaule droite avec acromioplastie et résection de la clavicule distale, réalisée le 27 mars 2018.
- f.** Dans le cadre de l'instruction du dossier, la docteure B_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport d'expertise, le 8 décembre 2013, dans lequel elle a retenu un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive prolongée depuis 2010 (F43.21) et un épisode dépressif léger depuis un an (F32.0), tous deux sans répercussion sur la capacité de travail de l'assuré.
- g.** Dans un avis du 9 octobre 2018, le service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI a indiqué que l'assuré se trouvait en incapacité totale de travail depuis le 29 mars 2017 en raison d'une atteinte à l'épaule droite ayant justifié une opération le 27 mars 2018 et qu'il disposait d'une capacité de travail dans une activité adaptée de 50% depuis le mois de mai 2018 et de 100% dès le 15 octobre 2018.
- h.** L'OAI a rendu une décision de refus de prestations compte tenu de ce que la demande avait été déposée tardivement et, qu'à l'échéance du délai d'attente, il n'existait plus d'invalidité.
- i.** Le 9 mai 2019, l'assuré s'est à nouveau blessé à l'épaule droite, suivi d'un nouveau traumatisme le 1^{er} novembre 2019. Il a été opéré le 20 février 2020 en vue de traiter une lésion du sus-épineux.

B. a. Le 27 avril 2020, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI, mentionnant une lésion à l'épaule droite présente depuis le 29 mars 2017 à titre d'atteinte à la santé.

b. Dans un rapport du 16 août 2020, le docteur C_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a mentionné que l'assuré était en incapacité totale de travail dans son activité habituelle depuis le 7 janvier 2020 et qu'il disposerait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à compter du 30 septembre 2020.

c. Sur demande de l'assurance-accidents, l'assuré a séjourné au sein de la clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) du 23 février au 23 mars 2021.

Dans un rapport du 29 mars 2021, les experts de ce centre ont diagnostiqué, à titre principal, des traumatismes de l'épaule droite et, à titre secondaire, un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21) ainsi qu'une lombo-sciatalgie aiguë gauche non déficitaire. Le cas n'était médicalement pas stabilisé et, sur le plan orthopédique, des limitations fonctionnelles provisoires pouvaient être retenues (port de charge supérieur à 10-15 kg, port de charges répété supérieures à 5-10 kg, travail prolongé avec le membre supérieur droit au-dessus ou au niveau du plan des épaules, activité nécessitant de la force ou des mouvements répétés du membre supérieur droit et position en porte-à-faux prolongée). Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable et celui dans une activité adaptée était théoriquement favorable, mais limité par des facteurs personnels et contextuels qui pourraient interférer avec le processus de réorientation, lequel ne pouvait être mené pour le moment compte tenu de l'état psychologique très fragile de l'assuré et de l'importance de ses douleurs.

Une évaluation psychiatrique réalisée le 24 février 2021 par un psychiatre de la CRR a précisé que l'assuré présentait un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21), l'épisode dépressif étant sévère et consécutif à ses ennuis à l'épaule droite. Malgré l'introduction d'une médication lors du séjour à la CRR et quelques entretiens de soutien psychothérapeutique, la symptomatologie ne s'était pas améliorée. Un suivi intégré en ambulatoire était donc conseillé.

La participation de l'assuré aux ateliers professionnels a abouti à la conclusion qu'il n'était actuellement pas capable d'adhérer à un programme d'activités comportant des gestes simples et des contraintes physiques peu importantes. Au vu de la performance démontrée, des réserves considérables devaient être émises, à ce stade, quant à l'employabilité de l'assuré dans une activité de production.

d. Dans un rapport du 30 avril 2021, le docteur D_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant de l'assuré, a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des troubles dépressifs récurrents modérés avec syndrome somatique, présents depuis le 29 mars 2021 (F33.11). Il s'agissait d'une rechute dépressive moyenne faisant suite à un trouble de l'adaptation, avec réaction dépressive prolongée, isolement social partiel et

douleurs. S'agissant de la journée type, le médecin a noté que l'assuré participait aux tâches physiquement légères telles que courses et ménage malgré un ralentissement lui faisant prendre plus de temps. Avant fin mars 2021, le trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée n'avait pas impacté la capacité de travail de l'assuré, qui avait été entière. Depuis le 29 mars 2021, la capacité de travail était limitée à 50% dans l'activité habituelle de l'assuré et dans toute autre activité adaptée, en raison d'un ralentissement psychomoteur modéré, de troubles de la concentration et d'un isolement social partiel. Le traitement venait de débuter et la situation n'était pas stabilisée. Il proposait une réévaluation à six mois après une réadaptation professionnelle dans une activité adaptée d'un point de vue somatique.

e. En juin 2021, le médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents, sur la base de l'appréciation de son confrère de la CRR, a considéré que l'assuré souffrait d'une dysphorie, laquelle était probablement en relation de causalité naturelle avec l'évènement accidentel. Il s'agissait d'une affection légère et chronique, non incapacitante qui pouvait ne pas répondre favorablement à un traitement, dans un contexte non médical impactant le pronostic, avec un risque majeur d'invalidation.

f. Dans une évaluation du mois d'octobre 2021, le médecin orthopédiste de l'assurance-accidents a jugé que la stabilisation de l'épaule droite n'était pas encore acquise et le serait à trois mois après poursuite de la physiothérapie. Il se ralliait aux limitations fonctionnelles décrites par la CRR, et précisait que les activités coude au corps étaient déjà exigibles sans limitation. En janvier 2022, le même médecin a évalué l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 10%.

g. Le 1^{er} novembre 2021, en réponse aux questions de l'assurance-accidents, le Dr D_____ a mentionné que l'assuré avait présenté des troubles dépressifs récurrents sévères en mars 2021 (F33.2) ayant évolué favorablement depuis le 8 septembre vers des troubles dépressifs récurrents moyens avec syndrome somatique (F33.11). Les symptômes se présentaient sous forme de tristesse, fatigue, angoisses, idées noires passives et difficultés à accepter l'accident de 2017.

h. Dans un rapport du 23 mars 2022, le Dr D_____ a indiqué que l'évolution de la santé psychologique de l'assuré était stationnaire malgré une bonne compliance et une dégradation cognitive progressive. L'assuré participait aux tâches physiquement légères malgré une fatigue et une tristesse le ralentissant. Sa capacité de travail dans une activité professionnelle adaptée à son état de santé était toujours évaluée à 50% à cause du ralentissement psychologique et des troubles de la concentration. Il suggérait un bilan de compétence puis une réinsertion à 50% et, en cas de mauvaise adaptation, un bilan neuropsychologique.

i. Le Dr C_____ a indiqué, par rapport du 10 mai 2022, que l'assuré était connu pour des lombalgies chroniques, une lésion du genou, ainsi qu'un problème de la

coiffe de l'épaule droite avec persistance d'un conflit sous-acromial. Sa profession de nettoyeur n'était plus exigible mais un travail adapté en position assise était tout à fait possible.

j. Le 25 mai 2022, le docteur E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué suivre l'assuré depuis mars 2022, un nouvel accident de l'épaule droite ayant eu lieu le 16 mars et un second impliquant le genou droit étant intervenu le 11 avril 2022. Les atteintes à la santé l'empêchaient de soulever et porter des charges, marcher pour de longs trajets, monter et descendre les escaliers, fléchir le tronc et s'accroupir. Il était actuellement en incapacité totale de travailler.

k. Le 6 août 2022, le docteur F_____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant de l'assuré, a indiqué que celui-ci ne pouvait plus exercer son activité de concierge en raison de limitations dans le port de charges, la station debout et la marche.

l. L'assuré a séjourné à la clinique de Crans-Montana des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) du 30 janvier au 9 février 2023 aux fins de l'éloignement des facteurs de stress, d'une réadaptation psychosomatique et d'un réajustement thérapeutique. La lettre de sortie du 21 mars 2023 mentionne un diagnostic de trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère (2020) et un ralentissement idéomoteur marqué à l'admission, des troubles de l'attention et de la concentration légers, une thymie abaissée, des affects cohérents peu mobilisables, une tristesse au premier plan avec anhédonie, aboulie et apragmatisme, des troubles de l'endormissement. L'assuré rapportait entendre un son de type « bruit blanc » provenant de l'intérieur de sa tête et s'aggravant lorsqu'il se retrouvait dans des conditions de foule. L'échelle Honos (*Health of the Nation Outcome Scales*) était passée de 30 à 24 points durant le séjour. L'assuré avait demandé sa sortie anticipée pour des motifs personnels. En raison de la persistance d'une symptomatologie dépressive importante, marquée par un ralentissement idéomoteur, et d'un sentiment de culpabilité important, avec des angoisses anticipatoires, contact avait été pris avec la psychiatre traitante afin d'organiser au plus vite un suivi en ambulatoire avec renforcement du réseau extrahospitalier et que cette médecin réévalue la pertinence d'une augmentation ou d'un changement du traitement psychotrope à la prochaine consultation.

m. Le SMR ayant jugé nécessaire la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire orthopédique, rhumatologique et psychiatrique avec un bilan neuropsychologique, celle-ci a été attribuée au centre d'expertise Swiss Expertises Médicales et réalisée par les docteurs G_____, H_____, I_____ et J_____, respectivement spécialiste en médecine interne générale, en psychiatrie et psychothérapie, en rhumatologie, ainsi qu'en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Aux termes de l'évaluation interdisciplinaire figurant dans un rapport d'expertise du 24 octobre 2023, établi après des consultations réalisées en juin 2023, les experts ont jugé que l'assuré ne souffrait pas de pathologies invalidantes rhumatologiques ou internistiques. Il existait par contre des limitations sur le plan orthopédique en raison de gonalgies gauches, d'une méniscopathie externe du genou gauche, d'omalgies droites et de lésions de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite qui engendraient une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle depuis la première intervention à l'épaule droite. Dans une activité adaptée d'un point de vue orthopédique n'impliquant pas de port de charges de plus de 5 kg, de travail au-dessus du plan de l'horizontal, de montées répétitives d'escaliers et d'échelles, la capacité de travail de l'assuré était entière sans baisse de rendement depuis toujours sauf périodes post-opératoires (du 25 mars au 25 juin 2018, opération du 25 [recte : 27] mars 2018, et du 20 février au 20 mai 2020, opération du 20 février 2020). Sur le plan psychiatrique, aucun diagnostic incapacitant n'était retenu, de nombreuses discordances et incohérences étant présentes, ce qui permettait de conclure à une amplification manifeste des symptômes et, couplé à l'examen clinique, d'éliminer toute pathologie psychiatrique incapacitante. L'évaluation neuropsychologique effectuée par une professionnelle rapportait elle aussi de nombreuses incohérences qui ne permettaient pas de valider les résultats.

S'agissant plus spécifiquement de l'expertise psychiatrique, l'anamnèse dressée fait notamment état de ce que les troubles psychiques de l'assuré étaient la conséquence de ses problèmes physiques à l'épaule et de ce qu'il ne voyait pas d'effet positif aux suivis psychiatriques et psychologiques, n'ayant ressenti aucune amélioration après l'hospitalisation à la clinique de Crans-Montana et se sentant même plus fatigué qu'auparavant. Selon les constatations de l'examen clinique pratiqué par l'expert, l'intéressé était orienté aux quatre modes, calme et détendu, mais il présentait une mimique grave. L'humeur était neutre, il n'y avait pas de tristesse, pas de crises de larmes, pas de ralentissement psychomoteur. L'attention et la concentration étaient stables et de bonne qualité, et des troubles significatifs de la mémoire n'étaient pas présents. Il n'y avait pas non plus de symptôme en faveur d'une hyper activité neuro-végétative pouvant refléter la présence d'un état anxieux, de signe indirect de fatigue ou de fatigabilité, ni de signe indirect en faveur d'un trouble psychotique. Dans son évaluation médicale, le Dr H_____ a relevé plusieurs discordances, d'une part entre les plaintes de l'assuré et la description de sa journée type, n'étant capable, selon ses dires, de ne pratiquement rien faire, et, d'autre part, entre ses allégations et les rapports médicaux des trois/quatre dernières années. Des discordances avec les données objectives de l'examen clinique étaient aussi relevées. Une majoration et une amplification des symptômes psychiques était ainsi retrouvée, ce qui avait d'ailleurs déjà été souligné par la Dre B_____ et avait aussi été mis en avant au cours de l'examen neuropsychologique mené en parallèle de l'expertise pluridisciplinaire, lequel montrait de nombreuses incohérences et confirmait la faiblesse des plaintes.

L'affirmation de l'assuré selon laquelle son état ne s'était pas amélioré après plusieurs années de traitement laissait par ailleurs supposer qu'il se trouvait au moins au « même niveau que ses vérités » que lorsqu'il avait commencé le suivi. L'expert psychiatre s'est en outre prononcé sur les précédents rapports psychiatriques et a souligné que le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée retenu par la CRR n'était pas incapacitant. Quant aux évaluations du Dr D_____, elles étaient contradictoires car ce médecin évoquait tantôt un épisode dépressif moyen, tantôt un épisode dépressif sévère lors du début de sa prise en charge en mars 2021. Le même traitement antidépresseur avait par ailleurs été maintenu pendant deux ans et n'était pas cohérent avec un diagnostic d'épisode dépressif résistant. Lors du séjour à Crans-Montana, le traitement n'avait pas non plus été modifié, alors que l'épisode dépressif sévère retenu était une pathologie psychiatrique grave. La sortie de l'assuré après seulement dix jours d'hospitalisation n'était également pas cohérente avec le trouble annoncé. Ainsi, l'expert psychiatre ne retenait aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, mais des troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2) sans incidence sur celle-ci. S'agissant de la discussion du diagnostic, l'expert a souligné que les plaintes de l'assuré et la description de sa journée type étaient en nette discordance par rapport aux données d'un examen clinique ne retrouvant pas de symptôme dépressif ou de symptôme anxieux d'une sévérité significative, ni de troubles cognitifs. Ces plaintes étaient également en contradiction avec le contenu des rapports de son psychiatre qui décrivait une participation partielle aux tâches ménagères et une capacité de travail de 50% depuis septembre 2021. Les nombreuses contradictions retrouvées donnaient à la majoration et à l'amplification des troubles une place prépondérante en sachant qu'aux mêmes périodes où le psychiatre traitant retenait un épisode dépressif moyen, au moins deux évaluations, celles de la CRR et du Dr K_____, renaient le diagnostic non incapacitant de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Enfin, à la mini-ICF, l'expert a inscrit la mention « aucun problème » en face de chaque item.

Était jointe au rapport d'expertise pluridisciplinaire une évaluation neuropsychologique établie le 24 août 2023 par L_____, psychologue spécialiste en neuropsychologie, à la suite de deux consultations menées le même mois. Selon les observations cliniques de la praticienne, l'assuré présentait des difficultés à entrer en contact avec une absence oculaire, une faible appétence au langage et de fréquentes phrases avortées. Il se soumettait aux tâches et demandes de manière passive. Sa coopération était satisfaisante, avec un besoin important de stimulations. Bien orienté, il semblait fatigué dès le début des entretiens sans signe d'une augmentation majeure au fil de l'examen. Un ralentissement idéatoire important était observé durant toute l'évaluation et l'assuré présentait une amimie et une aprosodie. La thymie était abaissée et des pleurs étaient présents à l'évocation de certains événements. Bien que les tests réalisés montraient plusieurs dysfonctionnements et altérations, la neuropsychologue relevait que les

facteurs intégrés à l'évaluation neuropsychologique classique ainsi que les résultats aux tests de validations étaient insuffisants. Certaines performances étaient de plus incohérentes au sein d'une même fonction et le tableau cognitif très sévère et diffus touchant la quasi-totalité des fonctions cognitives investiguées n'était pathognomonique d'aucune atteinte neurologique ou étiologie neurodégénérative spécifique. Ainsi, malgré une possible composante thymique, médicamenteuse, douloureuse et hypoxique, le testing ne pouvait pas être considéré comme valide et n'était vraisemblablement pas représentatif du fonctionnement cognitif réel de l'assuré. Il ne permettait pas de statuer sur la gravité de l'atteinte cognitive selon les recommandations en vigueur.

n. L'assuré a séjourné une première fois au sein de la clinique de rééducation et psychiatrie du N_____ du 4 au 18 octobre 2023. Selon la lettre de sortie du 23 octobre 2023, il était calme à l'admission, mais avec une anxiété palpable. La thymie était dépressive avec un émoussement des affects. L'assuré présentait une aboulie, un apragmatisme, un ralentissement psychomoteur et des troubles de la concentration. Il rapportait une anxiété de fond à l'origine de limitations dans les activités de la vie quotidienne associée à des attaques de panique dans la journée, des idées suicidaires passives, un sentiment de culpabilité, le sentiment d'être diminué par ses douleurs chroniques, des hallucinations auditives, un appétit diminué et des troubles du sommeil. Le diagnostic posé était celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3). Le traitement médicamenteux pour soigner les hallucinations a été majoré.

o. Par avis du 10 novembre 2023, le SMR a considéré l'expertise pluridisciplinaire comme pleinement probante.

p. L'OAI a rendu un projet de décision, le 13 novembre 2023, dans lequel il a informé l'assuré de son intention de rejeter la demande, la comparaison des revenus avec et sans invalidité révélant une perte de gains nulle.

q. Selon une lettre de sortie de la clinique du N_____ faisant suite à un second séjour de l'assuré dans l'institution du 24 novembre au 2 décembre 2023, son status psychique lors de l'admission était marqué par une tristesse, une anxiété, un sentiment de désespoir, une baisse de l'estime de soi, des troubles du sommeil et de l'appétit, une perception négative de l'avenir et des ruminations suicidaires sans projet. Le diagnostic principal posé était celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel de dépression sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2). Après une semaine environ d'hospitalisation, l'assuré avait demandé avec insistance sa sortie de la clinique pour des examens en lien avec ses soucis somatiques.

r. En janvier 2024, l'assuré a transmis à l'OAI une expertise médicale du 22 décembre 2023 du docteur M_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, mandaté pour évaluer sa situation.

Au niveau des plaintes, l'expertise rapportait que, selon l'assuré, les hallucinations auditives avaient été présentes quelques mois et avaient disparu après un

traitement antipsychotique et deux hospitalisations. Au status clinique, le Dr M_____ mentionnait un ralentissement psychomoteur modéré à sévère, significatif, sans agitation, avec des troubles de la concentration et une légère fuite d'idées, une thymie abaissée tout au long de l'entretien, et parfois des pleurs. Il notait que la tristesse était présente de manière sévère durant la plupart de la journée depuis janvier 2023 et n'avait pas été influencée par les circonstances extérieures. L'anhédonie était quasi-totale, avec une fatigue qui avait ralenti l'assuré de manière sévère dans le passé et dans une moindre mesure depuis trois semaines, quand son état s'était à nouveau partiellement amélioré. Les scores à l'échelle de Hamilton montraient une dépression sévère depuis janvier 2023 et une dépression moyenne actuellement. En tenant compte de l'anamnèse, des tests et mesures psychométriques et de l'examen clinique du 22 décembre 2023, l'expert retenait des symptômes anxieux et dépressifs qui s'inscrivaient dans le contexte d'un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique entre mars 2021 et décembre 2022 ainsi que de décembre 2023 au présent (F33.11), un trouble dépressif récurrent sévère sans symptômes psychotiques entre janvier 2023 et juin 2023 (F33.2), et un trouble dépressif récurrent sévère avec symptômes psychotiques entre juillet et novembre 2023 (F33.3). Compte tenu de ces diagnostics, la capacité de travail de l'assuré avait été de 50% entre mars 2021 et décembre 2022, avait été nulle entre janvier 2023 et novembre 2023 et était à nouveau réduite de moitié depuis trois semaines selon les indices jurisprudentiels de gravité, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, à savoir toute activité adaptée au niveau d'acquisition, pour autant qu'elle le soit d'un point de vue somatique. L'évolution future était difficilement déterminable avec des fluctuations entre des limitations modérées et sévères depuis mars 2021 au présent. La situation n'étant pas stabilisée, la poursuite du suivi psychiatrique hebdomadaire et un changement de traitement antidépresseur étaient souhaitables, avec une réévaluation dans six mois. Se prononçant sur l'expertise psychiatrique du Dr H_____, le Dr M_____ a mentionné qu'elle ne précisait pas depuis quand la journée type rapportée par l'assuré était en place et ne prenait pas en compte que l'évolution de son état de santé avait été fluctuante. Ne pas interroger l'évolution des symptômes était discordant pour une expertise psychiatrique. L'expert aurait au moins pu commenter le trouble dépressif sévère au regard de l'hospitalisation en 2023, de telles hospitalisations étant au préalable absentes. Contrairement à ce qu'avait retenu l'expertise pluridisciplinaire, le fait que la neuropsychologue n'ait pas pu estimer la gravité des atteintes neuropsychologiques n'était pas une preuve des nombreuses incohérences soulignées dans l'expertise, ni ne prouvait l'absence de limitations. Une telle interprétation des experts n'était ni objective, ni neutre. On peinait par ailleurs à comprendre comment les experts avaient pu retenir de manière consensuelle des incohérences, alors que l'interniste et le rhumatologue avaient décrit une journée type impactée. Le déroulement d'une journée type rapporté dans l'expertise orthopédique était aussi en nette discordance avec la mini-ICF et la journée type

supposée par le Dr H_____. Le fait que l'assuré soit apparu fermé aux yeux de l'experte orthopédiste, répondant à peine aux questions, n'était pas du tout incohérent avec un trouble dépressif sévère et les experts n'expliquaient pas pourquoi ceci le serait. Au surplus, l'expert psychiatre n'avait pas exposé pour quelle raison il retenait un trouble anxieux et dépressif mixte, à l'exclusion d'un trouble dépressif sévère avec symptômes psychotiques. Au cas où il pensait que l'assuré simulait des hallucinations auditives, il aurait dû retenir le diagnostic de simulation, et non celui qu'il avait mentionné. S'agissant de la mini-ICF, il était surprenant de constater que l'expert n'avait retenu aucun problème, ce qui était discordant non seulement par rapport à la description de la journée type de l'assuré, mais aussi au regard d'une capacité de travail nulle dans la dernière activité d'un point de vue somatique et du diagnostic psychiatrique retenu par cet expert. Bien que léger, ce diagnostic n'était néanmoins pas inexistant et il était rare que même une personne en bonne santé n'ait aucun problème dans aucun des domaines de l'évaluation. Pour la situation en cause, cela apparaissait quasiment impossible. Enfin, il existait une discordance majeure entre l'examen psychiatrique ne retrouvant pas de tristesse et de ralentissement psychomoteur et l'examen clinique neuropsychologique qui objectivait une thymie abaissée avec amimie et aprosodie, pleurs et ralentissement psychomoteur. La non-reconnaissance des symptômes psychotiques était aussi en contradiction avec l'examen neuropsychologique qui avait objectivé une difficulté à entrer en contact et une absence de contact oculaire. De manière générale, le Dr M_____ faisait état d'une discordance entre un travail quantifié à 78 heures par les experts pour réaliser le rapport d'expertise pluridisciplinaire, comprenant moins de cinq heures d'entretien avec l'assuré, et l'absence de discussion des divergences majeures au niveau des examens cliniques, sans contact téléphonique avec les psychiatres traitants pour clarifier l'évolution des limitations et des traitements.

s. Le 12 février 2024, dans le délai prolongé par l'OAI pour faire valoir ses observations, l'assuré, sous la plume de son conseil, a formulé plusieurs griefs contre le projet de décision, tant sous l'angle de la situation médicale que de la comparaison des revenus et de ses perspectives de trouver un emploi adapté sur le marché de l'emploi.

t. Dans un avis du 2 mars 2024, le SMR a considéré que l'évaluation du Dr M_____ était exhaustive et cohérente et qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter de ses conclusions depuis l'aggravation de l'état de santé psychiatrique de l'assuré intervenue le 4 octobre 2023. Concernant l'appréciation rétrospective pour la période précédant ladite aggravation, le SMR réfutait les critiques apportées à l'expertise pluridisciplinaire par le Dr M_____ et maintenait que les conclusions de celle-ci étaient probantes. Par conséquent, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de travail au-dessus du plan horizontal, pas de montées répétitives d'escaliers, pas d'échelles, difficulté importante d'évoluer au sein d'un groupe et difficulté

moyenne pour la planification et structuration des tâches, flexibilité et capacités d'adaptation, capacité de jugement et de prise de décision), la capacité de travail de l'assuré était entière dès janvier 2019 (à l'exception d'une période d'incapacité de travail temporaire post-opératoire du 20 février au 20 mai 2020), nulle en octobre et novembre 2023 et de 50% dès décembre 2023.

u. Le 17 avril 2024, le service de réadaptation de l'OAI a estimé qu'il ne se justifiait pas d'allouer à l'assuré des mesures d'ordre professionnel compte tenu de ce qu'il était à même de trouver un travail adapté par ses propres moyens, le cas échéant avec l'aide des organes du chômage, au vu de sa capacité de travail résiduelle, de ses limitations fonctionnelles, de son parcours professionnel et des gains réalisés. Au vu du large éventail d'activités existantes ne nécessitant pas de formation préalable, compatibles avec les limitations fonctionnelles de l'assuré, de telles mesures n'apparaissaient pas nécessaires. À titre d'exemples, le service de réadaptation citait des tâches simples de surveillance, de vérification, de contrôle, de logistique ou d'accueil.

v. Dans un nouveau projet de décision du 26 septembre 2024, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui allouer une rente d'invalidité de 63% dès le 1^{er} octobre 2024 et de refuser l'octroi de mesures professionnelles.

w. Le 24 octobre 2024, l'assuré a transmis ses observations et a en substance contesté disposer d'une capacité de travail exploitable dans un marché équilibré du travail ainsi que la date retenue pour une aggravation de son état de santé compte tenu de sa première hospitalisation déjà intervenue en janvier 2023.

x. Le SMR a relevé que le Dr H_____ s'était positionné de manière convaincante sur la première hospitalisation à la clinique de Crans-Montana, ce qui le conduisait à maintenir ses conclusions concernant la capacité de travail de l'assuré jusqu'à l'aggravation de son état de santé en octobre 2023.

y. Par décision du 3 janvier 2025 envoyée sous pli simple, l'OAI a accordé à l'assuré une rente de 63% dès le 1^{er} octobre 2024.

- C. a.** Par acte du 9 février 2025 envoyé par courrier recommandé le lendemain, l'assuré, par le biais de son avocat, a interjeté recours devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) contre la décision du 3 janvier 2025, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à ce qu'une rente complète d'invalidité lui soit octroyée dès le 1^{er} janvier 2024, subsidiairement à ce qu'une mesure d'instruction médico-professionnelle concernant son aptitude à la réadaptation soit mise en œuvre.

En substance, le recourant a exposé qu'une entière incapacité de travail devait être reconnue dès le mois de janvier 2023, et non uniquement dès le mois d'octobre 2023, dès lors qu'il avait déjà été hospitalisé en début d'année pour un trouble dépressif récurrent, épisode actuel grave. Le délai de carence d'une année commençait par conséquent à courir en janvier 2023, ce qui ouvrait le droit à la

rente dès janvier 2024. Il a également souligné qu'une déduction de 20% sur le salaire avec invalidité issue des statistiques devait être opérée compte tenu de ce que sa capacité de travail était réduite et ne dépassait pas 50%, et a contesté disposer de perspectives d'embauche effectives sur le marché du travail compte tenu de sa situation personnelle. Il a en outre invoqué une violation de son droit d'être entendu, dans la mesure où il n'avait pas eu accès à tout son dossier, notamment pas le rapport du SMR rendu après réception de l'expertise pluridisciplinaire.

En tant que nouvelle pièce, le recourant a produit une lettre de convocation du service de chirurgie orthopédie des HUG à une intervention fixée au 9 février 2024.

b. Dans sa réponse du 17 mars 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours, réfutant notamment l'argument selon lequel la capacité de travail du recourant serait inexploitable. L'intéressé n'était en effet pas proche de l'âge de la retraite, était arrivé en Suisse à l'âge de seize ans et disposait d'un permis de séjour. Ses limitations fonctionnelles permettaient l'exercice d'une activité légère. Dans le cadre de l'instruction des précédentes demandes de prestations, il avait par ailleurs été relevé que le recourant ne voyait pas l'utilité de mesures de réadaptation et ne cherchait pas à retrouver un emploi, mais sollicitait une aide financière (note de placement du 10 avril 2007). Cette attitude était relevée dans de nombreuses pièces médicales du dossier, qui décrivaient une exagération des plaintes.

c. Par réplique du 10 avril 2025, le recourant a persisté dans ses conclusions et a exposé que l'intimé s'était à tort écarté de l'évaluation du Dr M_____, en se fondant sur l'avis du SMR non probant rendu après réception de l'expertise pluridisciplinaire. S'agissant de l'évaluation de l'invalidité, il fallait tenir compte uniquement de certaines branches d'activités qui lui étaient accessibles pour fixer le revenu avec invalidité, ce qui aboutissait à un salaire inférieur et à une perte de gain de 69.67% ouvrant le droit à une rente entière. Quant à l'analyse de la capacité de travail résiduelle, l'intimé se référait de manière infondée à une note de placement de 2007, obsolète au vu de l'évolution de la situation depuis lors, et au surplus non pertinente pour juger de la question.

Le recourant a par ailleurs produit un rapport du Dr D_____ daté du 8 avril 2025, dans lequel ce médecin discutait l'avis du SMR du 2 mars 2024.

d. Par duplique du 20 mai 2025, l'intimé a persisté dans ses conclusions et produit un nouvel avis du SMR, daté du même jour, se prononçant sur la prise de position du Dr D_____ du 8 avril 2025. Le SMR estimait que les critiques du psychiatre traitant n'apportaient pas d'élément médical nouveau susceptible de modifier sa position.

e. Ladite écriture a été transmise au recourant.

f. Sur ce, 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 Interjeté en temps utile compte tenu de la notification de la décision le 9 janvier 2025 au domicile élu, selon les allégations du recourant, et au vu de ce que le 8 février 2025 était un samedi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA et 38 al. 3 LPGA *cum* art. 60 al. 2 LPGA).

2. Au vu des conclusions du recours, le litige porte sur le point de savoir si la rente d'invalidité doit être versée depuis le 1^{er} janvier 2024 en lieu et place de la date du 1^{er} octobre 2024 reconnue par l'intimé, ainsi que sur la quotité de la rente.

3. Dans un grief de nature formelle qu'il convient de traiter en premier lieu, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, en ce sens qu'il n'a pas eu accès à tous les éléments de son dossier avant le prononcé de la décision litigieuse et que les arguments qu'il a élevés à la suite du projet de décision n'y avaient pas été discutés.

3.1 La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 141 V 557 consid. 3.1 et les références).

Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. comprend également le devoir pour l'autorité de motiver sa décision, afin que le destinataire puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle. Pour répondre aux exigences de motivation, il suffit que l'autorité mentionne au moins brièvement les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision ; elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les arguments invoqués par les parties (ATF 129 I 232 consid. 3.2 ; 126 I 97 consid. 2b).

En matière d'assurance sociales, l'art. 47 al. 1 let. a LPGA prévoit que l'assuré a le droit de consulter le dossier pour les données qui le concernent. Par ailleurs, selon

l'art. 42 LPGA, les parties ont le droit d'être entendues. Il n'est pas nécessaire de les entendre avant une décision sujette à opposition.

S'agissant de la prise de décision en matière d'assurance-invalidité, la loi prévoit que l'office AI communique à l'assuré au moyen d'un préavis toute décision finale qu'il entend prendre au sujet, notamment, d'une demande de prestations. L'assuré a le droit d'être entendu, conformément à l'art. 42 LPGA. Les parties peuvent faire part de leurs observations concernant le préavis dans un délai de 30 jours (art. 57a al. 1 et 3 LAI).

Une violation du droit d'être entendu, pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, est considérée comme réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours disposant du même pouvoir d'examen que l'autorité inférieure et pouvant ainsi contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée (ATF 133 I 201 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_181/2013 du 20 août 2013 consid. 3.3 et la référence).

Selon la jurisprudence, le fait de ne pas avoir eu la possibilité de prendre connaissance d'un rapport, ni se déterminer sur son contenu avant le prononcé d'une décision administrative, ne sont pas des circonstances qui constituent une violation du droit d'être entendu d'une gravité telle qu'elle ne peut être réparée dans le cadre de la procédure cantonale, soumise à la maxime d'office. Si le droit d'être entendu garantit le droit de se déterminer sur les différentes pièces versées au dossier, la personne assurée ne saurait en déduire le droit d'avoir « le dernier mot sur le plan médical » (arrêt du Tribunal fédéral 9C_433/2023 du 12 mars 2024 consid. 3.2 et les références).

3.2 En l'espèce, par correspondances des 21 mai et 27 juin 2024, le conseil du recourant a sollicité une copie du dossier de son mandant. L'intimé a répondu par lettre du 3 juillet 2024 en affirmant qu'il avait revu ses conclusions initiales à la lumière des pièces versées au dossier et qu'un nouveau projet de décision serait prochainement rendu. Cela a été fait en date du 26 septembre 2024 à la suite duquel, dans ses observations du 24 octobre 2024, le recourant a demandé à obtenir le dernier rapport du SMR et requis un nouveau délai pour se prononcer. Le 6 novembre 2024, le recourant a une nouvelle fois sollicité le dernier rapport du SMR, sans que celui-ci ou son dossier ne lui parvienne. Ce n'est finalement que dans le cadre de la procédure devant la chambre de céans que le recourant a pu consulter le dossier et prendre connaissance des derniers avis du SMR, notamment celui du 2 mars 2024 rendu après audition.

3.3 Au vu de ce qui précède, il apparaît que l'intimé n'a pas fait suite aux demandes du recourant à pouvoir obtenir une copie de toutes les pièces de son dossier, ce qu'il ne conteste du reste pas. Le recourant s'est ainsi vu priver de la possibilité de prendre connaissance et de discuter de la position du SMR à l'occasion de ses observations faisant suite au préavis rendu par l'intimé. Dans

cette mesure, le droit d'être entendu du recourant a effectivement été violé. Cela étant, compte tenu du plein pouvoir de cognition de la chambre de céans en fait et en droit (*cf.* art. 89A *cum* art. 61 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]), la violation – qui n'apparaît pas spécialement grave, ce d'autant plus que le recourant avait déjà obtenu une copie de son dossier antérieur – doit être considérée comme réparée par le biais de la procédure de recours. Dans ce cadre, le recourant a en effet été en mesure de consulter le dossier et a pu faire utilement valoir tous ses moyens dans sa réplique.

Il n'y a par conséquent pas matière à annuler la décision litigieuse pour ce motif.

Quant à l'argument selon lequel l'intimé n'aurait pas discuté des griefs du recourant à la suite du projet de décision, il n'apparaît pas fondé. Dans la décision querellée, l'intimé a en effet exposé maintenir sa position après audition et s'est par ailleurs brièvement prononcé sur les arguments soulevés par le recourant, soulignant avoir soumis les pièces médicales produites au SMR et persister dans son analyse de la capacité de travail dans une activité adaptée. Il a au surplus expliqué avoir effectué un nouveau calcul de l'invalidité en fonction des dernières données salariales disponibles, ce qui ne modifiait pas le résultat.

Une telle motivation a été suffisante pour permettre au recourant de comprendre la décision litigieuse et de la contester utilement devant l'autorité de recours. Le devoir de motivation de l'autorité ne signifie par ailleurs pas qu'elle doit discuter en détail tous les arguments d'une partie, ce qui est d'autant moins attendu dans les procédures de masse des assurances sociales.

4.

4.1 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 (*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).

4.2 En l'occurrence, bien que la date d'octroi de la rente d'invalidité soit discutée, il n'est cependant pas contesté que celle-ci doit prendre effet seulement après le 1^{er} janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

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

A droit à une rente d'invalidité, l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

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).

5.1 Le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques ou psychosomatiques et aux syndromes de dépendance (ATF 148 V 49 ; 145 V 215 ; 143 V 418 ; 143 V 409). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_265/2023 du 19 août 2024 consid. 3.2).

Le point de départ de l'évaluation prévue pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), les troubles dépressifs (ATF 143 V 409), les autres troubles psychiques (ATF 143 V 418) et les troubles mentaux du comportement

liés à l'utilisation de substances psychoactives (ATF 145 V 215) est l'ensemble des éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis, mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante. À ce stade, ladite autorité doit encore s'assurer que l'atteinte à la santé résiste aux motifs d'exclusion, tels que l'exagération des symptômes ou d'autres manifestations analogues, qui conduiraient d'emblée à nier le droit à la rente (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1, 2.1.2, 2.2 et 2.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.1.1).

5.2 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).

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

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

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).

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 distincte. 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_458/2023 du 18 décembre 2023 consid. 3.2 et la référence).

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

5.3 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 pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

6. En l'espèce, sous l'angle de l'évaluation de sa situation médicale, le recourant critique l'analyse opérée par l'intimé concernant le point de départ du délai d'attente d'une année au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI et estime qu'il a présenté une incapacité de travail déterminante depuis le mois de janvier 2023, ce qui lui ouvrirait le droit à une rente d'invalidité une année plus tard, dès le 1^{er} janvier 2024, au lieu du 1^{er} octobre 2024 tel que retenu dans la décision litigieuse. Il invoque à cet égard avoir été hospitalisé une première fois en psychiatrie en janvier 2023 à la clinique de Crans-Montana et le fait que le SMR a lui-même admis que la seconde hospitalisation intervenue en octobre 2023 faisait partir le délai d'attente, alors que sa situation médicale était dans les deux cas identique.

L'intimé se fonde pour sa part sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire et celles du SMR expliquant que l'expert psychiatre mandaté avait précisément analysé l'hospitalisation de janvier 2023 et décrit pour quelles raisons elle ne pouvait être prise en considération.

Afin de résoudre le litige, il est donc nécessaire de se pencher sur les différents avis médicaux au dossier et de déterminer leur force probante respective.

6.1 S'agissant de l'expertise pluridisciplinaire, la chambre de céans observe tout d'abord qu'elle contient un résumé du dossier médical, que les experts ont présenté des anamnèses professionnelle, familiale et sociale, ainsi que les antécédents personnels du recourant. Ils ont en outre interrogé ce dernier sur ses plaintes, ses habitudes et le déroulement d'une journée type. Les experts ont consigné le résultat de leurs constatations objectives à la suite de leur examen clinique et ont requis des prélèvements sanguins pour vérifier la compliance médicamenteuse. Leur rapport, établi en pleine connaissance du dossier, après une évaluation consensuelle, tient compte des plaintes du recourant et résulte d'une analyse complète des troubles. Il répond ainsi à tous les réquisits jurisprudentiels sur le plan formel pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Au surplus, il peut être constaté que les critiques du recourant se concentrent sur la seule évaluation de son trouble psychique et qu'il ne remet pas en cause les appréciations des experts sur le plan physique, en particulier le fait que les atteintes à l'épaule et au genou ne l'empêchent pas d'exercer une activité adaptée, sans diminution du taux de sa capacité de travail ou de son rendement. L'unique élément non cité expressément par les experts rhumatologue et orthopédiste que le recourant mentionne est qu'il aurait été opéré une nouvelle fois de l'épaule droite le 9 février 2024. Il a produit à cet égard une lettre de convocation du service de chirurgie orthopédique des HUG pour une intervention fixée le jour en question, mais aucun rapport de ses orthopédistes, postérieur à cette intervention, qui permettrait de connaître son évolution depuis lors. Il ne soutient par ailleurs pas que l'opération, pour autant qu'elle ait été pratiquée, aurait eu une influence sur son état de santé dans une mesure non prise en considération par les experts. Dans ces circonstances, une pleine valeur probante peut être accordée aux conclusions de l'expertise sur le plan orthopédique, rhumatologique et internistique.

6.2 S'agissant de l'expertise psychiatrique, la chambre de céans constate qu'elle remplit elle aussi les réquisits jurisprudentiels au niveau formel. Il reste cependant à déterminer si ses conclusions peuvent être suivies au fond, ce qui nécessite d'examiner en détail le raisonnement de l'expert.

Ce dernier a exclu un trouble psychique incapacitant en raison d'une majoration et d'une amplification des symptômes psychiques.

Le Dr H_____ a en premier lieu retenu des discordances entre les plaintes du recourant et la description que celui-ci fait d'une de ses journées-types. Une telle affirmation est peu compréhensible, une certaine cohérence apparaissant au contraire entre les deux éléments, le recourant se décrivant très affecté sur le plan moral et ne participant, selon ses dires, à aucune tâche du quotidien.

L'expert psychiatre retient aussi une discordance entre la description d'une journée-type et les rapports médicaux des trois-quatre dernières années, qui font état d'une certaine participation du recourant aux tâches ménagères. Une telle divergence ne peut cependant être constatée, dans la mesure où le déroulement détaillé d'une de ses journées par le recourant ne permet pas de situer temporellement ses déclarations et, à défaut de précision, de penser qu'il s'est exprimé sur une autre période de son quotidien que celle contemporaine à l'expertise. Hormis l'affirmation qu'il ne prend pas les transports publics depuis trois à quatre ans, aucune indication n'est en effet donnée quant au fait que la description du quotidien porterait sur la même période que celle où le Dr D_____ a établi ses rapports à l'attention de l'intimé (avril 2021 et mars 2022). Le recourant a au contraire mentionné être aidé par sa fille, laquelle était en congé maternité depuis quelques mois au moment de l'expertise.

Le Dr H_____ a aussi retenu une discordance entre les plaintes du recourant et les données objectives de son examen clinique, qui faisaient état d'une personne

orientée aux quatre modes, calme et détendue malgré une mimique grave. L'humeur était neutre, il n'y avait pas de tristesse, pas de crises de larmes, pas de ralentissement psychomoteur. L'attention et la concentration étaient stables et de bonne qualité, et des troubles significatifs de la mémoire n'étaient pas présents. Il n'y avait pas non plus de symptôme en faveur d'une hyper activité neuro-végétative pouvant refléter la présence d'un état anxieux, de signe indirect de fatigue ou de fatigabilité, ni de signe indirect en faveur d'un trouble psychotique. Sans pouvoir être directement mises en doute, ces constatations tranchent néanmoins avec celles des autres praticiens faites approximativement à la même époque. La neuropsychologue a ainsi décrit une personne examinée ayant de la difficulté à entrer en contact, passive et fatiguée, présentant un ralentissement idéatoire important, une amimie et une aprosodie. La thymie était abaissée, avec des pleurs présents. En outre, d'après les constatations de l'expert en médecine interne générale, le recourant fuyait le regard, parlait d'un ton monocorde, s'exprimait le moins possible et les interactions étaient minimales.

Par ailleurs, les renvois que l'expert psychiatre opère à l'expertise réalisée en 2013 par la Dre B_____ et le fait que celle-ci aurait aussi mis en avant une majoration des symptômes ne paraissent pas déterminants, compte tenu de ce que le recourant ne bénéficiait alors d'aucun suivi psychiatrique, de ce qu'aucun médecin ne fait remonter ses troubles psychiques à cette période et de ce que l'experte parlait alors d'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), et non d'une majoration des plaintes psychiques.

L'expert se fonde aussi sur les avis du psychiatre de la CRR et du Dr K_____ pour nier la présence d'un trouble incapacitant, ceux-ci ayant diagnostiqué un simple trouble de l'adaptation. Outre que, sous l'angle juridique, un tel trouble n'exclut pas, *ipso facto*, une incapacité de travail lorsque, comme en l'espèce, la réaction dépressive est prolongée (F43.21, diagnostic posé par le psychiatre de la CRR ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_408/2023 consid. 5.2), le Dr H_____ semble partir de la prémisse erronée que l'opinion du Dr K_____ constitue une expertise en bonne et due forme alors que ce médecin – qui n'a pas vu le recourant – se prononçait uniquement sur la question du lien de causalité naturelle, pertinente en matière d'assurance-accidents.

Dans son analyse, le Dr H_____ retient finalement un trouble anxieux et dépressif mixte, et indique que ce trouble n'a pas de caractère incapacitant, sans que l'on comprenne si cette affirmation est rattachée au cas d'espèce ou est formulée de manière générale. Or, s'il est certes vrai que, selon la jurisprudence, seul un trouble psychique grave peut en principe avoir un caractère invalidant (cf. ATF 148 V 49 consid. 6.2.2), il n'en demeure pas moins que le droit à une rente d'invalidité ne s'examine pas dans l'absolu, en fonction du diagnostic retenu, mais en fonction de l'influence concrète de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et de gain de la personne assurée (cf. ATF 142 V 106 consid. 4.4), analyse qui doit être faite au cas par cas sur la base d'une procédure structurée. La capacité

de travail réellement exigible doit ainsi 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 ; consid. 4.3 *supra*). Il n'est dès lors pas suffisant de poser un certain diagnostic psychique pour en exclure automatiquement des effets invalidants, sauf dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble psychique, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1). Or, en l'occurrence, au vu des comorbidités physiques et de la durée du suivi psychiatrique, le trouble psychique du recourant ne répond pas à cette définition.

Le Dr H_____ s'est également prévalu de ce que l'examen neuropsychologique réalisé relevait de nombreuses incohérences n'ayant pas permis de valider les résultats des tests, ce qui confirmait selon lui la faiblesse de la plausibilité des plaintes du recourant. Cependant, l'absence de validation des tests et l'incohérence de certaines performances permettent tout au plus, comme l'explique la neuropsychologue dans son rapport du 24 août 2023, d'exclure un trouble cognitif, mais ne permettent pas, en tant que telles, d'exclure une maladie psychique. Il apparaît par ailleurs que les résultats délivrés, bien que considérés comme non probants d'un trouble cognitif par la neuropsychologue pour les motifs susindiqués, ont tout de même mis en avant plusieurs altérations des fonctions cognitives ainsi qu'une thymie abaissée, une amimie et une aprosodie, constatées lors de l'examen clinique.

En définitive, on retient de l'expertise du Dr H_____ que celui-ci a exclu une maladie psychique invalidante en raison d'une exagération des symptômes. En la matière, 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). 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 (*cf.* 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 (*cf.* ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et la référence). Du côté médical, il convient notamment de distinguer l'exagération de la simple tentative plus ou moins consciente – et habituelle dans les situations

d'expertise – de la personne assurée de convaincre l'expert de l'existence des symptômes dont elle se plaint. D'autre part, il faut également exclure médicalement que le comportement aggravant soit dû à un trouble psychique autonome ayant valeur de maladie (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_193/2024 du 6 août 2024 consid. 6.2.2).

Or, sur le vu des éléments relevés précédemment, la chambre de céans n'est pas convaincue en l'espèce de l'existence d'une exagération des symptômes excluant une maladie psychique invalidante. Comme déjà souligné, les éléments de majoration retenus par l'expert ne paraissent pas clairs, ou à tout le moins ne les a-t-il pas énoncés clairement, dans une mesure permettant à la juridiction de céans de les comprendre. Les autres indices typiques d'une majoration des symptômes ne sont pas non plus présents, le recourant ayant établi ses plaintes de manière précise, se soumettant à un traitement médicamenteux et à une psychothérapie, et ne bénéficiant pas, à teneur des informations récoltées, d'un environnement psycho-social intact.

6.3 Il convient en outre de replacer l'appréciation du Dr H_____ dans le contexte de l'instruction médicale globale et de tenir compte de ce que le SMR a lui-même considéré l'avis du Dr M_____ comme probant pour la période prévalant dès le 4 octobre 2023, date de la seconde hospitalisation psychiatrique à partir de laquelle les médecins de l'intimé ont retenu une aggravation de l'état de santé du recourant. Le SMR a relevé, s'agissant de l'expertise privée produite par le recourant, qu'elle était exhaustive et cohérente, basée sur des éléments objectifs (anamnèse, constat clinique examen psychométrique et mini ICF), qu'il n'y avait pas d'indice en faveur d'une exagération des symptômes, que la description clinique était cohérente avec l'atteinte retenue et qu'il existait une cohérence entre les limitations fonctionnelles retenues et les limitations dans les activités comparables de la vie. Il s'est par contre écarté de l'examen rétrospectif de la capacité de travail du recourant faite par l'expert privé avant le 4 octobre 2023, pour les raisons qu'il a détaillées dans son avis du 2 mars 2024.

À ce titre, le SMR souligne notamment que le Dr H_____ aurait exposé de manière convaincante que l'hospitalisation de janvier 2023 n'était pas pertinente pour l'appréciation du trouble psychique, au regard de l'absence de modification du traitement médicamenteux à cette époque et de la brièveté du séjour. Dans sa dernière prise de position du 8 avril 2025, le Dr D_____ a cependant précisé que le traitement du recourant avait été modifié peu de temps avant l'hospitalisation et qu'une discussion avec les médecins de la clinique de Crans-Montana avait précisément eu lieu pour débattre d'un changement de médication ou de sa continuation, tenant compte des nombreux changements de traitement déjà intervenus suivis de retours vers la même molécule. Il n'apparaît par ailleurs pas que le Dr H_____ ait contacté le psychiatre traitant pour vérifier les prescriptions médicamenteuses délivrées, ce qu'il aurait dû faire avant d'en tirer des conclusions, au vu des dates espacées des rapports médicaux de ce dernier qui ne

permettaient pas de s'assurer du traitement suivi sur la durée. La chambre de céans n'est pas non plus convaincue par l'argument du Dr H_____ concernant la brièveté du séjour, la lettre de sortie de la clinique faisant bien état de ce qu'il s'agissait d'une décision personnelle du recourant, et non du corps soignant. Elle souligne au surplus la préoccupation du corps médical face à cette sortie et le fait qu'il a insisté pour que le suivi extrahospitalier ambulatoire soit renforcé, au vu de la persistance d'une symptomatologie dépressive importante. Dans ces circonstances, comme le relève le recourant, un maintien en institution n'aurait pu se faire que dans le cadre d'un placement à des fins d'assistance, qui répond à des conditions strictes, notamment de mise en danger de la vie ou de l'intégrité corporelle de la personne concernée ou de celle d'autrui (art. 426 ss du Code civil suisse du 10 décembre 1907 [CC - RS 210]).

Au vu de ce qui précède, les arguments invoqués par l'intimé et le SMR pour se départir des conclusions du Dr M_____ pour la période *in casu* déterminante – de janvier à septembre 2023 – n'apparaissent pas suffisamment probants. L'on peine à comprendre que le SMR retienne seulement une aggravation de l'état de santé du recourant en octobre 2023, lors de la seconde hospitalisation, alors que son état de santé ne paraissait alors pas fondamentalement plus atteint que lors de la première hospitalisation (dans les deux cas, trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère diagnostiqué tant par les médecins officiant dans les deux cliniques que par le Dr M_____). Le SMR ne justifie pas non plus la divergence d'appréciation par la présence ou non de symptômes psychotiques, existants selon le Dr M_____ entre juillet et novembre 2023, et relevés par la clinique du N_____ en octobre 2023.

Aux yeux de la chambre de céans, l'appréciation du Dr M_____ et les diagnostics qu'il pose paraissent plus cohérents avec l'évolution de la situation du recourant que l'évaluation du Dr H_____, au regard notamment des trois hospitalisations en milieu psychiatrique intervenues durant l'année 2023. L'expert privé retient ainsi de manière convaincante une détérioration de l'état de santé du recourant depuis janvier 2023, le trouble dépressif moyen ayant alors évolué vers un trouble dépressif récurrent sévère, celui-ci redevenant moyen à l'issue de la dernière hospitalisation. Il n'apparaît en outre pas déterminant de se pencher sur l'appréciation quelque peu divergente du psychiatre traitant pour la période suivant l'hospitalisation à la clinique de Crans-Montana (le Dr D_____ retient, dans son rapport du 8 avril 2025, un trouble dépressif sévère au début de l'hospitalisation de janvier 2023 ayant évolué vers un trouble moyen à la sortie), compte tenu de ce que seule la capacité de travail après le délai d'attente d'une année est déterminante, en l'occurrence celle effective au mois de janvier 2024 selon les conclusions du recours. Or, à cette date, l'expert privé et le psychiatre traitant s'accordent à dire que la capacité de travail du recourant est de 50%, ce qui est aussi admis par le SMR.

6.4 Eu égard à ce qui précède, la chambre de céans considère que l'expertise psychiatrique du Dr H_____ n'est pas suffisamment probante pour l'analyse de l'état de santé du recourant depuis le mois de janvier 2023 et que, compte tenu des autres avis psychiatriques au dossier dont une partie est considérée comme convaincante par l'intimé, il a été démontré au niveau de la vraisemblance prépondérante que le recourant a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne depuis le mois de janvier 2023.

Par conséquent, le délai d'attente d'une année échoit le 1^{er} janvier 2024, date à partir de laquelle la rente d'invalidité doit prendre effet. En ce sens, le recours apparaît fondé.

6.5 En lien avec la question de l'évaluation de sa capacité de travail, le recourant sollicite, dans une conclusion subsidiaire, qu'il soit constaté que sa capacité de réadaptation ou de travail n'a pas pu être déterminée de façon suffisamment claire lors d'un examen portant sur la seule orientation professionnelle effectuée par l'intimé ou un autre organe spécialisé et qu'une mesure d'instruction médico-professionnelle concernant son aptitude à la réadaptation soit ordonnée.

Il ressort cependant de ses arguments que le recourant ne conteste pas disposer d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 1^{er} janvier 2024, tel qu'évalué par les Drs M_____ et D_____. Il se fonde au contraire sur cette prémisse pour calculer le taux d'invalidité.

Il ne peut donc être retenu que le recourant soutiendrait que sa capacité de travail ne pourrait être déterminée qu'après d'éventuelles mesures de réadaptation mises en œuvre par l'autorité intimée, lesquelles n'apparaissent pas non plus nécessaires au vu des avis médicaux déjà récoltés examinant la situation sous un angle médico-théorique.

Par ailleurs, le recourant ne discute des conclusions du service de placement de l'intimé (de 2007) que dans le cadre de la question de son employabilité sur le marché de l'emploi (*cf. infra* consid. 6.1.3). Il ne critique pas l'appréciation du service de réadaptation effectuée au mois d'avril 2024 selon laquelle des mesures d'ordre professionnel n'apparaissaient pas nécessaires ou de nature à rétablir, maintenir ou améliorer sa capacité de gain, au vu du large éventail d'activités existantes sans formation préalable et compatibles avec ses limitations fonctionnelles, et ne requiert en particulier pas une mesure de reclassement au sens de l'art. 17 LAI.

Ces éléments n'étant pas contestés, ils ne seront pas revus par la chambre de céans.

6.6 Partant, il peut être conclu que le recourant présentait, à la date déterminante du 1^{er} janvier 2024, au niveau somatique, une capacité de travail de 0% dans son activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée. Sur le plan psychiatrique, sa capacité de travail était alors de 50% dans toute activité adaptée.

7. Le recourant soutient qu'il n'a aucune perspective réaliste d'exercer une activité adaptée à 50% compte tenu de son absence de formation certifiante, de son parcours professionnel, de ses limitations fonctionnelles et de son âge, et que la CRR avait déjà émis des doutes quant à son employabilité dans une activité de production.

7.1 La notion de marché équilibré du travail, au sens de l'art. 16 LPGA, est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques. Il n'y a donc pas lieu d'examiner la question de savoir si un assuré peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail sur un marché où les places de travail disponibles correspondent à l'offre de main d'œuvre (arrêt du Tribunal fédéral 9C_248/2018 du 19 septembre 2018 consid. 6.2 et les références). En d'autres termes, il n'y a pas lieu de poser des exigences excessives à la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain, au regard en particulier des postes permettant l'exécution de travaux peu exigeants du point de vue physique et sous l'angle des qualifications ou connaissances professionnelles requises. Restent ainsi exigibles une activité ou un poste de travail qui requièrent une certaine obligeance de la part de l'employeur, le marché du travail équilibré comprenant aussi de telles places de travail, dites « de niche » (arrêt du Tribunal fédéral 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 et les références).

La jurisprudence a par ailleurs admis que les possibilités de travail sur un marché du travail équilibré sont suffisamment concrétisées dans la mesure où entrent en considération, comme exemples d'activités exigibles, des travaux simples de surveillance ou de contrôle, l'utilisation et la surveillance de machines (semi-) automatiques ou d'unités de production, ainsi que l'activité de surveillant de musée ou de parking (arrêt du Tribunal fédéral 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 et les références).

Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché du travail équilibré lorsque, notamment, l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (ATF 148 V 174 consid. 9.1 et les références). Cependant, là encore, le caractère irréaliste des possibilités de travail doit découler de l'atteinte à la santé – puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGA) – et non de facteurs étrangers à l'invalidité, par

exemple de facteurs psychosociaux ou socioculturels (arrêt du Tribunal fédéral 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 et les références).

D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence).

7.2 En l'occurrence, il n'apparaît pas que les perspectives du recourant d'exercer une activité lucrative soient si limitées qu'elles ne lui permettraient pas d'exploiter sa capacité de travail résiduelle.

Sur le plan médical, il est admis que le recourant ne peut plus exercer son activité habituelle. En janvier 2024, soit à l'échéance du délai d'attente d'une année, le recourant est cependant en mesure d'exercer une activité adaptée à un taux de 50%. Les limitations fonctionnelles retenues par le SMR sur le plan somatique et psychique, non contestées par le recourant (pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de travail au-dessus du plan horizontal, pas de montées répétitives d'escaliers, pas de montées d'échelles, difficultés importantes à évoluer au sein d'un groupe, difficulté moyenne pour la planification et structuration des tâches, flexibilité et capacité d'adaptation, de jugement et de prise de décision diminuées), ou les exigences mentionnées par le Dr M_____ (toute activité adaptée au niveau d'acquisition) empêchent l'exercice d'activités contraignantes pour les genoux et les épaules ou sollicitant trop fortement les capacités psychiques du recourant. Elles ne sont cependant pas si étendues qu'elles restreindraient l'accès à un marché équilibré du travail, celui-ci offrant en particulier des possibilités d'emploi dans des activités légères ou alternées (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_391/2014 du 9 juillet 2014 consid. 4). Les constatations faites lors du séjour à la CRR ne contredisent pas ce qui précède puisque, selon le rapport du 29 mars 2021, le recourant avait un pronostic de réinsertion dans une activité adaptée théoriquement favorable.

S'agissant de l'âge du recourant (52 ans au moment de la décision litigieuse), il se trouve encore relativement éloigné de l'âge légal de la retraite et, à l'instar de ce qui prévaut en matière d'abattement sur le salaire avec invalidité issu des statistiques, le seul fait qu'un assuré ait dépassé la cinquantaine au moment du droit à la rente n'est pas pertinent (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_766/2017 et 8C_773/2017 du 30 juillet 2018 consid. 8.6, en matière d'abattement sur le salaire avec invalidité). Au vu, en l'occurrence, du nombre non négligeable d'années de travail restantes avant l'âge de la retraite du recourant, on ne peut déduire que

toute perspective d'emploi est irréaliste du fait qu'il a dépassé la cinquantaine et qu'aucun employeur ne consentirait à l'engager.

Les autres éléments dont se prévaut le recourant (absence de formation certifiante, parcours professionnel présentant plusieurs années d'inactivité) constituent, d'une part, des facteurs psychosociaux étrangers à l'invalidité qui ne peuvent être pris en considération (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 et les références) et doivent, d'autre part, être relativisés en ce sens qu'ils ne l'ont pas, dans le passé, empêché de trouver rapidement un emploi lors de son arrivée en Suisse et de se réadapter seul dans le nettoyage après plusieurs années de perception d'une rente de l'assurance-invalidité. Bien que la flexibilité mentale et la capacité d'adaptation du recourant soient aujourd'hui diminuées du fait de son atteinte psychique, il ne ressort pas de l'instruction menée que ces facultés seraient totalement absentes dans une mesure restreignant toute employabilité sur le marché équilibré du travail.

7.3 Enfin, s'agissant de la référence faite par l'intimé dans son mémoire de réponse à la note de placement d'avril 2007 qui concluait à l'absence de volonté du recourant d'être placé, il peut être admis, avec ce dernier, que les constatations faites à l'époque ne sont pas pertinentes par rapport à la question de son employabilité dans le marché équilibré du travail. Cela étant, la décision attaquée ne repose pas sur cet élément et, selon l'analyse qui précède, les perspectives de gain du recourant dans une activité adaptée ne paraissent pas irréalistes.

7.4 Par conséquent, le grief tiré d'une inexploitable de la capacité de travail résiduelle doit être rejeté.

- 8.** Il reste désormais à se prononcer sur le taux d'invalidité du recourant dès le 1^{er} janvier 2024.
- 9.** En vertu de l'art. 28*b* LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2) ; pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour les taux d'invalidité compris entre 40 et 49%, la quotité de la rente s'échelonne de 25 à 47.5% (al. 4).

La quotité de la rente est déterminée en fonction de l'incapacité de gain au moment où le droit à la rente prend naissance (*cf.* art. 28 al. 1 let. c LAI).

Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré exerçant une activité lucrative, le revenu qu'il 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. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 16 LPGA et 28*a* al. 1 LAI).

L'art. 25 RAI pose les principes de la comparaison des revenus. Les revenus déterminants au sens de l'art. 16 LPGa sont établis sur la base de la même période et au regard du marché du travail suisse (art. 25 al. 2 RAI).

Si les revenus déterminants sont fixés sur la base de valeurs statistiques, les valeurs médianes de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique font foi. D'autres valeurs statistiques peuvent être utilisées, pour autant que le revenu en question ne soit pas représenté dans l'ESS. Les valeurs utilisées sont indépendantes de l'âge et tiennent compte du sexe (art. 25 al. 3 RAI). Les valeurs statistiques sont adaptées au temps de travail usuel au sein de l'entreprise selon la division économique ainsi qu'à l'évolution des salaires nominaux (art. 25 al. 4 RAI).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus sans et avec invalidité et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; 128 V 29 consid. 1 ; 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 143 V 295 consid. 2.3 et les références ; 129 V 222 ; 128 V 174).

9.1 Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente ; des exceptions ne peuvent être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références ; 135 V 297 consid. 5.1 et les références ; 134 V 322 consid. 4.1 et les références).

Aux termes de l'art. 26 al. 4 RAI, si le revenu effectivement réalisé ne peut pas être déterminé ou ne peut pas l'être avec suffisamment de précision, le revenu sans invalidité est déterminé sur la base des valeurs statistiques visées à l'art. 25 al. 3 RAI pour une personne ayant la même formation et une situation professionnelle correspondante.

Les activités antérieures sont déterminantes pour fixer la valeur statistique précise. Il faut établir quel serait le revenu d'une personne sans atteinte à sa santé physique, psychique ou mentale, au bénéfice de la même formation et placée dans

une situation professionnelle équivalente ou analogue (art. 26 al 4 RAI ; OFAS, Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI], ch. 3314).

Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3).

9.2 S'agissant du revenu avec invalidité, si l'assuré ne réalise pas de revenu déterminant, il est déterminé en fonction des valeurs statistiques visées à l'art. 25 al. 3 RAI (art. 26^{bis} al. 2 RAI).

Il y a lieu de tenir compte de la formation professionnelle ou de la situation et de l'expérience professionnelles antérieures, pour autant que l'on puisse encore raisonnablement exiger de l'assuré qu'il exerce les activités en question. Si l'activité précédente n'est plus raisonnablement exigible, il convient de déterminer le salaire statistique d'une activité qui l'est encore. Des emplois simples d'auxiliaires sont en principe proposés dans toutes les branches du marché du travail, raison pour laquelle c'est la valeur totale et non la valeur pour une branche spécifique qui doit généralement être utilisée dans ce cas (OFAS, CIRAI, ch. 3412 et 3413).

Selon la jurisprudence, il y a lieu de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1_tirage_skill_level, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1). La valeur statistique – médiane – s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 ; 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

Lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur

privé et secteur public [Confédération] ensemble), respectivement T17 (à partir de 2012) si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalide et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545 et les références ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_124/2021 du 2 août 2021 consid. 4.4.1 ; 8C_111/2021 du 30 avril 2021 consid. 4.2.1 et les références).

Le 1^{er} janvier 2024, la modification de l'art. 26^{bis} al. 3 RAI du 18 octobre 2023 (RO 2023 635) est entrée en vigueur.

Selon sa nouvelle teneur, l'art. 26^{bis} al. 3 RAI prévoit désormais qu'une déduction de 10% est opérée sur la valeur statistique visée à l'al. 2. Si, du fait de l'invalidité, l'assuré ne peut travailler qu'avec une capacité fonctionnelle au sens de l'art. 49 al. 1^{bis}, de 50% ou moins, une déduction de 20% est opérée. Aucune déduction supplémentaire n'est possible.

- 10.** En l'occurrence, le revenu sans invalidité déterminé par l'intimé n'est pas critiqué. Fondé sur les statistiques dans le secteur de la construction du fait que le recourant aurait travaillé dans ce domaine sans l'atteinte primaire à la santé ayant touché le genou, il peut en effet être validé.

Concernant le revenu avec invalidité, le recourant reproche à l'intimé de l'avoir établi sur le salaire médian total des statistiques, alors qu'il aurait dû le fonder sur une moyenne pondérée en fonction des domaines de travail lui étant accessibles. En tenant compte uniquement des branches professionnelles pertinentes (hébergement et restauration [branche 55-56], activités de services administratifs [branche 77, 79-82] et autres services personnels [branche 96]), le revenu avec invalidité devait s'élever à CHF 4'507.- par mois pour un poste à plein temps, soit un montant plus bas que celui pris en considération par l'intimé.

La méthode de calcul du revenu d'invalide appliquée par l'intimé est conforme à la loi et à la jurisprudence. En effet, au vu des limitations fonctionnelles que présente le recourant, celui-ci ne peut plus réaliser des métiers physiquement ou psychiquement contraignant. Il conserve néanmoins une capacité de travail de 50% dans des activités légères, situation dans laquelle il faut en règle générale selon la jurisprudence recourir aux données de la ligne « total secteur privé », ce salaire statistique recouvrant un large éventail d'activités variées et non qualifiées compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes. La capacité de travail résiduelle du recourant n'apparaissant pas mieux mise en valeur dans certaines branches d'activité particulières, il ne se justifie en l'espèce pas de se départir de ce salaire statistique, ce d'autant plus que le recourant n'a pas travaillé durant de nombreuses années dans un domaine spécifique. Le fait que les médecins de la CRR aient émis des doutes quant à l'employabilité du recourant dans une activité de production au vu des résultats de sa participation aux ateliers professionnels n'apparaît dans ce contexte pas déterminant, ce d'autant plus que le rapport final de la CRR conclut à un pronostic de réinsertion dans une activité adaptée théoriquement favorable.

De surcroît, contrairement à ce que prétend le recourant sans réellement le détailler, on ne peut retenir que sa capacité de travail serait mise à profit de manière plus efficace dans les secteurs d'activité qu'il mentionne. Le domaine de l'hébergement et de la restauration n'est pas plus adapté aux limitations d'épargne du membre supérieur et du genou, en tant qu'il contient des activités pouvant être contraignantes pour ces membres (activités hôtelières et de préparation et service des repas, telles que serveur ou plongeur). S'agissant des activités de services administratifs, elles recouvrent des professions qui n'apparaissent pas particulièrement en adéquation avec les compétences ou l'expérience professionnelle du recourant (diverses activités de location, activités des agences de voyage, activités administratives), ou, de nouveau, des activités n'étant pas spécifiquement adaptées à ses limitations (services relatifs aux bâtiments et aménagement paysager). Le recourant n'explique pas non plus en quoi sa capacité de travail serait mieux mise en valeur dans la branche des autres services personnels, qui recouvre des services comme la blanchisserie-teinturerie, la coiffure et les soins de beauté ou les services funéraires et les activités connexes.

Dans ces circonstances, il y a lieu de confirmer le revenu avec invalidité pris en considération par l'intimé correspondant au salaire statistique total du secteur privé pour un homme, de niveau 1, et, par voie de conséquence, le calcul de l'invalidité dès 2024 aboutissant à un taux de 63% et à une rente de cette quotité.

Il n'est en effet plus contesté que le calcul de l'invalidité tient compte d'une déduction de 20% sur le salaire d'invalidé, conformément aux prescriptions de l'art. 26^{bis} al. 3 RAI, du fait que le recourant ne dispose que d'une capacité fonctionnelle de 50%.

- 11.** Partant, la décision litigieuse doit être annulée, le recours doit être partiellement admis et la rente d'invalidité de 63% doit être allouée dès le 1^{er} janvier 2024.

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

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

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 3 janvier 2025.
4. Dit que le recourant a droit à une rente d'invalidité de 63% dès le 1^{er} janvier 2024.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

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