

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/665/2025

ATAS/497/2025

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 juin 2025

Chambre 5

En la cause

A_____

recourant

représenté par G_____, curatrice

contre

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

intimé

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

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assuré), né en _____ 1971, de nationalité portugaise, a travaillé en qualité d'employé viticole auprès de B_____ (ci-après : l'employeur). Suite à un accident intervenu le 2 août 2021, le docteur C_____, spécialiste en médecine interne générale, a délivré à l'assuré plusieurs certificats médicaux d'arrêt de travail, qui ont été reconduits régulièrement depuis lors.
- b.** À la demande de GROUPE MUTUEL, l'assuré a été examiné en date du 17 décembre 2021 par le médecin-conseil de l'assureur, le docteur D_____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Ce dernier a rendu un rapport médical, daté du même jour, mentionnant des troubles au genou après une contusion antéro-supérieure patellaire droite intervenue le 2 août 2021. Selon le médecin-conseil, il n'y avait pas d'atteintes traumatiques irréversibles et l'on pouvait donc espérer que la situation se stabiliserait et que l'incapacité totale de travail dans son activité se prolongerait jusqu'à la fin de l'année 2021.
- c.** En date du 27 janvier 2022, l'employeur a annoncé à GROUPE MUTUEL, en sa qualité d'assureur perte de gain maladie, que l'assuré était en incapacité de travail pour maladie, depuis le 13 janvier 2022.
- d.** En date du 10 août 2022, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) a reçu une demande de prestations invalidité de l'assuré.
- e.** L'OAI a relevé des lacunes dans la demande d'invalidité, au niveau des médecins et des événements et a convoqué l'assuré, qui s'est présenté à un entretien, en date du 20 octobre 2022. Lors de l'entretien, l'assuré a expliqué que la demande de prestations invalidité avait été remplie par son employeur et a fourni des explications complémentaires, à savoir qu'il souffrait de lombalgies et gonalgies, avec des douleurs dans les deux jambes et plus particulièrement au genou droit. L'incapacité de travail datait du 13 janvier 2022. L'assuré avait tenté de reprendre son travail à 50%, pendant trois semaines, en septembre 2022 ; les atteintes à sa santé se manifestaient lorsqu'il était à genoux, accroupi, lorsqu'il descendait les escaliers, en terrain irrégulier et en cas de port de charges.
- f.** Le Dr C_____ a complété un formulaire médical en date du 20 octobre 2022 indiquant une capacité de travail exigible de 50% dans une activité adaptée et une date de l'aptitude à la réadaptation débutant le 1^{er} novembre 2022. Il indiquait, comme diagnostic, des lombalgies déficitaires et réservait son pronostic sur la capacité de travail du patient.
- g.** GROUPE MUTUEL a demandé un rapport d'évaluation de la situation de l'assuré au docteur E_____, spécialiste en médecine du travail, qui a rendu son rapport médical en date du 3 février 2023. Le médecin a confirmé les diagnostics de gonalgie droite sur trouble dégénératif ainsi qu'une coxarthrose bilatérale débutante. Il a considéré que l'activité habituelle n'était plus exigible, mais que

dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, la capacité de travail aurait été entière depuis janvier 2022. Au vu de l'arrêt de travail prolongé, avec un certain déconditionnement, il lui paraissait judicieux de faire une reprise progressive à raison de 50% pendant un mois, puis à 100%. Il mentionnait que la capacité de travail pouvait être améliorée par la poursuite de quelques séances de physiothérapie et, en cas de confirmation d'une polyneuropathie alcoolique, l'introduction d'un neuromodulateur pouvait être discutée. Toutefois, le pronostic lui paraissait réservé au vu de la situation socio-économique de l'assuré, qui avait un faible niveau d'instruction, peu de ressources personnelles, qui souffrait d'une barrière linguistique et dont la famille se trouvait au Portugal.

h. Le docteur F_____, spécialiste en neurologie, a réalisé une électroneuromyographie (ci-après : ENMG), en date du 21 février 2023, en raison des douleurs aux membres inférieurs. S'agissant de la neurographie, il a relevé, pour la sensibilité, une vitesse de conduction normale des nerfs sursau et péroniers superficiels à gauche et pour la motricité une latence de la réponse M, amplitude et vitesse normales du nerf fibulaire sur muscle pédieux à gauche et tibial sur muscle abducteur du gros orteil à droite. La latence des réponses des ondes était dans les normes et les latences et amplitudes au niveau des pieds étaient dans la durée normale des réponses.

i. Par décision du 24 février 2023, GROUPE MUTUEL a considéré que l'incapacité de travail à 100% de l'assuré était médicalement justifiée dans sa profession actuelle et qu'une reprise du travail n'était plus envisageable dans cette dernière. En revanche, sur le plan médical, l'assuré disposait d'une capacité de travail de 100%, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de déplacement sur sol irrégulier et en pente, pas de montée ou de descente répétée d'escaliers ou de marches, pas de station statique debout prolongée, avec une alternance des positions assise et debout au moins trois fois par heure, pas de travaux en position accroupie ou à genoux et pas de travaux de force ou de manutention de charges lourdes, qui devaient être limitées à 12 kg. L'assureur considérait, en tenant compte de la situation concrète de l'assuré et du marché du travail, qu'un changement d'activité était exigible. Au vu de ce qui précédait et dans la mesure où une reprise de travail n'intervenait pas entre-temps, une indemnité journalière, de transition, pour le changement d'occupation, serait accordée comme suit : 100% du 1^{er} mars au 31 mai 2023 puis 50% du 1^{er} au 30 juin 2023. Il était encore mentionné que, si l'assuré ne trouvait aucun emploi adapté d'ici au 31 mai 2023, il lui était possible de s'inscrire auprès de l'assurance-chômage.

j. Une note de travail de l'OAI, datée du 2 août 2023, mentionnait un entretien téléphonique entre l'employée de l'OAI et l'assistante sociale s'occupant de l'assuré, qui parlait portugais et qui se demandait si l'assuré n'allait pas être mis sous curatelle, car il ne semblait pas comprendre ce qu'on lui disait, ce qui faisait peser des doutes sur ses capacités cognitives.

k. Par ordonnance du tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant (ci-après : TPAE) datée du 18 octobre 2023, une curatelle de représentation et de gestion de l'assuré a été instituée ; G_____ a notamment été désignée à la fonction de curatrice.

l. Dans un questionnaire médical reçu le 21 février 2024, la docteure H_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a confirmé notamment que l'échographie des jambes n'avait montré aucune atteinte structurelle ou musculaire mais peut-être des éléments en faveur d'une atteinte neurologique, raison pour laquelle il était suggéré au médecin traitant de l'adresser à un neurologue pour rechercher une éventuelle polyneuropathie des membres inférieurs. Il était mentionné que le docteur I_____, spécialiste en rhumatologie, avait été consulté mais excluait une polyarthrite rhumatoïde. Le patient n'avait pas été revu par la Dre H_____ depuis le mois de mars 2023, date de ses deux dernières consultations.

m. Par avis médical du 28 juin 2024, le service médical régional (ci-après : le SMR) de l'OAI a résumé la situation médicale de l'assuré, soit un traumatisme du genou droit, suivi de douleurs lombaires, sur troubles dégénératifs étagés, douleurs de la hanche droite, sur tendinopathie du petit et moyen fessier et douleurs étagées des jambes avec talalgies et métatarsalgies multi-investigués sans étiologie claire, depuis janvier 2022. Par ailleurs, selon son médecin traitant, l'assuré souffrait d'une dépression sévère, sans suivi psychiatrique et était au bénéfice d'un traitement de Cymbalta 120 mg/jour et de Seroquel 50 mg/jour ; l'activité habituelle n'était plus exigible. Selon le médecin du SMR, les rapports médicaux du Dr C_____ étaient trop sommaires pour se faire une idée de l'état de santé de l'assuré, raison pour laquelle le SMR proposait une expertise rhumatologique et psychiatrique.

n. Le J_____ (ci-après : J_____), a été désigné pour réaliser l'expertise en question. Par e-mail du 3 juillet 2024 adressé au SMR de l'OAI, le J_____ a proposé qu'une partie rhumatologique soit effectuée par l'un de ses médecins rhumatologues, ce à quoi l'OAI a répondu, par e-mail du 5 juillet, qu'après consultation du SMR, l'avis d'un rhumatologue n'était pas indispensable car un spécialiste en médecine physique et réadaptation pouvait se prononcer sur le plan somatique.

o. L'OAI a désigné, en qualité d'experts, les docteurs K_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et L_____, spécialiste en psychiatrie. Le rapport d'expertise administrative bi-disciplinaire a été rendu en date du 1^{er} octobre 2024.

Sur le plan somatique, la situation clinique et symptomatologique était la suivante : l'assuré présentait une fatigue au niveau des deux jambes, accompagnée d'une tuméfaction des jambes, des orteils et en région pré-tibiale, région qui était douloureuse ; l'expert notait également des talalgies au début de la marche et au

lever du lit ; l'assuré ressentait également des fourmillements dans les pieds. L'assuré présentait des douleurs au niveau de la face latérale de la hanche droite ; il notait des contractures musculaires. L'assuré pouvait marcher environ 200 m puis la douleur augmentait de façon importante ; l'assuré présentait des lombalgies basses, de caractère mécanique et météo dépendantes. Il était noté, sur le plan cutané, des lésions des deux pieds érythémateux avec un aspect circiné sur le bord externe du pied, qui évoluait depuis trois ans environ.

Sur le plan psychique, l'assuré n'avait pas d'antécédent notable et présentait des symptômes dépressifs modérés, compatibles avec un diagnostic de dysthymie, caractérisé par une humeur fluctuante entre neutre et triste, des troubles persistants du sommeil et une fatigue chronique. Ces symptômes semblaient essentiellement secondaires aux conséquences physiques de son accident, ainsi qu'à la dégradation progressive de sa situation socio-économique, marquée par des limitations professionnelles, des difficultés financières et une perte de certains projets de vie. Il n'avait pas d'antécédent psychiatrique notable. Les diagnostics retenus par les experts comme étant incapacitants, dans le cadre de l'évaluation consensuelle, étaient les suivants ; sur le plan somatique : des gonalgies bilatérales (M25.5), des lombalgies basses chroniques (M54.5) et des coxalgies droites (M25.5) ; sur le plan psychique, aucun diagnostic incapacitant n'était retenu, seule une dysthymie (F34.1) était mentionnée, sans être pourtant incapacitante.

p. Par avis médical du 3 octobre 2024, le SMR a examiné les rapports d'expertise au regard des rapports du médecin traitant et des pièces médicales au dossier. Il a demandé aux deux experts de compléter leur rapport d'expertise en posant les questions suivantes : pour le Dr K_____, il était demandé de fournir le status pour l'examen des jambes, des chevilles et des pieds, qui n'était pas détaillé, et de fournir le diagnostic retenu en lien avec les douleurs des jambes, les talalgies et les métatarsalgies. Le Dr L_____ devait répondre pour le diagnostic retenu pour l'année 2022 et notamment s'il y avait des limitations fonctionnelles durant cette période, ainsi que concernant l'évolution de la capacité de travail pendant l'année 2022, période où l'expert avait noté que l'assuré ruminait constamment, souffrait de troubles du sommeil et s'était isolé de manière importante.

q. Les experts ont complété le rapport d'expertise en date du 23 octobre 2024. Le Dr K_____ a conclu qu'il rejoignait l'avis du Dr I_____ et de la Dre H_____ selon lesquels il existait des douleurs, mais sans substrat anatomique clair. Il n'existait pas non plus de signes évocateurs de maladie rhumatologique inflammatoire et aucun diagnostic ne pouvait, dès lors, être retenu. De plus, l'examen ENMG était normal, ainsi que l'examen vasculaire veineux. Le Dr L_____ s'est prononcé sur l'évolution de la capacité de travail durant l'année 2022 ; il a retenu des symptômes dépressifs modérés, qui s'inscrivaient dans le cadre d'une dysthymie qui n'avait jamais atteint le seuil diagnostique d'un épisode dépressif majeur, notamment en raison de l'absence de certains critères essentiels, tels que les idées suicidaires, une perte marquée d'intérêt pour toutes les activités,

des ralentissements psychomoteurs sévères. Ainsi, le diagnostic retenu de dysthymie était valable pour toute cette période, avec une intensification temporaire des symptômes. En tenant compte de certaines limitations fonctionnelles, qui s'étaient manifestées pendant l'année 2022, le psychiatre considérait que de janvier à juin 2022, les symptômes dépressifs étaient particulièrement marqués, de telle sorte que la capacité de travail sur le plan psychiatrique était limitée à 50%. À partir de juillet 2022, une amélioration relative des symptômes avait été observée, notamment grâce au suivi psychiatrique et l'efficacité partielle du traitement antidépresseur, ce qui permettait, de juillet à décembre 2022, de retenir une capacité de travail sur le plan psychiatrique de 80%.

r. L'OAI a procédé à la comparaison des revenus afin de déterminer le degré d'invalidité, en retenant une capacité de travail, dans une activité adaptée, de 80% pour l'année 2022 et de 100% pour l'année 2023. Par feuille de calcul du 29 novembre 2024, le salaire avec invalidité était fixé selon le tableau de l'Enquête suisse sur la structure des salaires, *TA1_tirage_skill_level*, pour un homme, qui aboutissait, après indexation selon l'indice suisse nominal des salaires, à un revenu annuel brut avec invalidité de CHF 47'777.- selon un temps de travail de 80% pendant l'année 2022. Le salaire pour un temps de travail à 100% était de CHF 57'682.-. Il en résultait, pour l'année 2022, une perte de gain et un taux d'invalidité de 17.17%. Pour l'année 2023, les bases de calcul étaient les mêmes, mais pour un temps de travail à 100% en lieu et place de 80%, ce qui aboutissait à un revenu annuel brut, avec invalidité, de CHF 60'725.- et à un revenu sans invalidité à 100% de CHF 58'876.-. On aboutissait ainsi à une perte de gain et un taux d'invalidité de 0%.

B. a. Par projet de décision du 3 décembre 2024, l'OAI a informé la curatrice de l'assuré de son intention de refuser toute rente d'invalidité ou mesures professionnelles. À l'issue de l'instruction, l'OAI reconnaissait une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle, dès le début du délai d'attente d'un an, soit dès le 2 août 2021. En revanche, dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 50%, dès le 1^{er} janvier 2022, puis de 80%, dès le 1^{er} juillet 2022 et enfin de 100%, dès le 1^{er} janvier 2023. Après comparaison des revenus, le taux d'invalidité était inférieur à 40%, de telle manière que l'assuré n'avait pas droit à une rente. De surcroît, des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées dans sa situation.

b. À l'issue de la procédure d'audition, l'OAI a confirmé son projet, dans une décision du 28 janvier 2025 de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles.

C. a. Par acte posté en date du 26 février 2025, la curatrice de l'assuré a interjeté recours au nom de son protégé, contre la décision du 28 janvier 2025, auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans). Le recourant a conclu, préalablement, à son audition et à celle de son

médecin traitant, le Dr C_____ et, principalement, à ce que la décision soit annulée, la cause renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction, à ce qu'il soit ordonné à l'OAI de procéder à une nouvelle expertise médicale, puis d'octroyer au recourant une rente entière d'invalidité. Selon le recourant, ses plaintes n'avaient pas été complètement prises en compte par les experts et il y avait de grandes divergences entre les conclusions de ces derniers et les conclusions du médecin traitant, qui retenait une incapacité totale de travail, même dans une activité adaptée. Il était reproché aux experts de ne donner aucune indication sur le type d'activité adaptée que pouvait exercer le recourant, ce dernier ne parlant pas français et ayant essentiellement exercé des métiers manuels, après avoir arrêté sa scolarité à la fin de l'école obligatoire.

b. Par réponse du 26 mars 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il était rappelé qu'il n'appartenait pas au médecin de désigner concrètement dans quel métier la capacité de travail de l'assuré pouvait être exploitée au mieux, dès lors que cette question ne relevait pas de son domaine de spécialisation, mais de celui du conseiller en réadaptation. De surcroît, les facteurs psychosociaux et socioculturels ne figuraient pas au nombre des atteintes à la santé, susceptibles d'entraîner une incapacité de gain. S'agissant des plaintes du recourant, ce dernier avait pu s'exprimer librement devant les experts, par le truchement d'un interprète. En outre, l'expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique avait été réalisée avec une anamnèse complète et des examens clinique *lege artis*, de telle sorte que sa valeur probante devait être reconnue. Enfin, la lecture attentive du dossier ne permettait pas de retrouver d'éléments cliniques objectifs soutenant les appréciations du Dr C_____ ; la présence de fluctuations de l'humeur, suite aux atteintes somatiques, était reconnue, mais elles ne présentaient pas des éléments cliniques suffisants pour retenir un trouble incapacitant.

c. Par réplique du 23 avril 2025, le recourant a persisté dans ses conclusions préalables et principales.

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

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

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances

sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

1.2 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

2. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimé du 28 janvier 2025, refusant au recourant toute prestation invalidité.

3.

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

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence).

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

3.2 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).

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

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

3.4 Selon la jurisprudence, l'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (*cf.* ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.2). Il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées.

3.5 Une fois le diagnostic posé par un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2), la capacité de travail réellement exigible doit être examinée, sans résultat prédéfini, au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier (*cf.* ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

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

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

3.6 Selon la jurisprudence, une dysthymie (F34.1) est susceptible d'entraîner une diminution de la capacité de travail lorsqu'elle se présente avec d'autres affections,

à l'instar d'un grave trouble de la personnalité. Pour en évaluer les éventuels effets limitatifs, ces atteintes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée selon l'ATF 141 V 281 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_599/2019 du 24 août 2020 consid. 5.1 et la référence).

4.

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

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

formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

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

4.3 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).

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

4.4 Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

4.5 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de

la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

4.6 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

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

4.8 En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé, susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à

la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a *in fine* ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_43/2023 du 29 novembre 2023 consid. 5.1 et 5.2 et les références).

5.

5.1 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 139 V 176 consid. 5.3).

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

5.3 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît

nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

6.

6.1 En l'espèce, d'un point de vue formel, le recourant critique l'expertise, considérant qu'elle s'est déroulée sur une période relativement courte puisque l'examen somatique a duré 1h10 et l'examen psychiatrique 1h45. De surcroît, le recourant invoque qu'il n'a pas pu répondre directement aux questions, car il était accompagné d'un interprète et ses propos étaient rapportés par l'intermédiaire d'un tiers.

À cet égard, il convient de rappeler que dans les limites du mandat confié, la conduite de l'expertise (modalités de l'examen clinique et choix des examens complémentaires) est laissée au libre arbitre de l'expert. Dans ce contexte, une prétendue courte durée de l'entretien entre la personne assurée et le médecin ou la non-prise de contact de ce dernier avec un confrère ne permettent pas de dénier toute force probante à une expertise psychiatrique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_458/2023 du 18 décembre 2023 consid. 7.1.2 et la référence).

Selon la jurisprudence, la durée de l'examen - qui n'est pas en soi un critère de la valeur probante d'un rapport médical -, ne saurait remettre en question la valeur du travail de l'expert, dont le rôle consiste notamment à se prononcer sur l'état de santé psychique de l'assuré dans un délai relativement bref (arrêt du Tribunal fédéral 9C_660/2021 du 30 novembre 2022 consid. 5.3.4 et les références).

Compte tenu de ces éléments, les critiques concernant la durée de l'expertise ne peuvent pas être retenues comme indices d'un défaut de valeur probante. Celle-ci sera examinée plus en détail, *infra*.

S'agissant des plaintes du recourant concernant la présence d'un interprète, on rappellera que la question de savoir si, dans un cas concret, un examen médical doit se dérouler dans la langue maternelle de l'assuré ou avec l'assistance d'un interprète, est en principe laissée à la libre appréciation de l'expert, responsable de la bonne exécution du mandat (arrêt du Tribunal fédéral 8C_152/2023 du 14 novembre 2023 consid. 4.3 et les références).

Dans le cas présent, un interprète accompagnait le recourant lors des consultations et entretiens d'expertise et aucun indice ne permet de supposer que ses plaintes n'ont pas été correctement traduites et communiquées aux experts.

Ces deux griefs de nature formelle seront donc écartés.

6.2 S'agissant des critiques concernant la valeur probante des rapports d'expertise, le recourant se fonde, notamment, sur un rapport médical du Dr C_____, daté du 20 février 2025, dans lequel ce dernier considère que le recourant présente des troubles psychiatriques sévères, qui ont un impact direct sur ses capacités cognitives et organisationnelles, ce qui rend toute activité professionnelle extrêmement difficile, voire impossible. Le médecin traitant estime qu'il n'y a pas d'amélioration significative qui permettrait un retour progressif au travail et qu'aucune évolution favorable n'est attendue, compte tenu de ses capacités intellectuelles et de ses antécédents médicaux. Le recourant est dans l'incapacité de structurer ses tâches et de fonctionner de manière autonome dans un cadre professionnel, ce qui rend toute adaptation de poste inefficace. Sur le plan physique, en raison de ses douleurs chroniques sévères, toute activité manuelle physique aurait un effet délétère sur sa santé, aggraverait ses douleurs persistantes. Par ailleurs, son absence de maîtrise du français limite considérablement ses perspectives dans un emploi nécessitant une interaction cognitive et sociale. Compte tenu de ces éléments, le médecin traitant considère que l'OAI doit procéder à nouvelle expertise médicale, spécifiquement neuropsychologique et psychiatrique, afin de réévaluer la capacité réelle du recourant à intégrer un emploi, dans un cadre adapté.

Les appréciations du médecin traitant étant différentes de celles des experts, le recourant met en doute la valeur probante de l'expertise administrative bi-disciplinaire.

6.3 Le rapport des experts correspond en tous points aux exigences en la matière. Il a été établi en parfaite connaissance du dossier médical, dont les pièces sont résumées. Il contient, en outre, une anamnèse personnelle, familiale et professionnelle très fouillée.

L'expert K_____ a décrit de manière très claire ses observations, lors de l'examen physique et a énuméré les diagnostics incapacitants, en détaillant sur quels troubles somatiques précis il se fondait. Selon lui, il y avait une cohérence et une concordance positive et directe entre les constatations radio-cliniques et les plaintes de l'assuré.

L'expert psychiatre a, quant à lui, réalisé un entretien approfondi constitué d'une biographie rapportée par l'expertisé, d'une description de son quotidien avant les événements marquants, des aspects sociaux, familiaux et sentimentaux, ainsi que des aspects scolaires et professionnels. L'expertisé a décrit son dernier poste de travail, la perception de son avenir professionnel avec les limitations fonctionnelles perçues et sa situation financière. Il a également relaté de manière

détaillée le déroulement représentatif d'une journée-type, l'organisation des loisirs, les hobbies, l'aide nécessaire pour le ménage et dans la vie quotidienne, les moyens de transport utilisés, les types de déplacement, les vacances *etc.* L'expert psychiatre a rapporté ses observations cliniques de manière détaillée, à la suite d'un entretien approfondi. Les diagnostics retenus sont soigneusement motivés, et le Dr L_____ a précisé sur quels critères il se fondait, en évoquant les diagnostics différentiels.

En ce qui concerne les aspects somatiques, les douleurs ont été prises en compte par l'expert K_____, plus particulièrement la persistance d'une douleur du genou droit, l'expert ayant relevé une boiterie à droite et des signes cliniques compatibles avec un conflit de hanche et une tendinopathie du moyen fessier bilatéral, ainsi que des signes compatibles avec une gonarthrose du genou droit. Le médecin relève que l'assuré a pu rester 50 minutes en station assise, sans plaintes. Au vu des lésions structurelles touchant les deux genoux, le rachis lombaire ainsi que la hanche droite, l'expert estime que celles-ci ne peuvent être raisonnablement améliorées à moyen et long terme par d'éventuelles mesures thérapeutiques, raison pour laquelle la capacité de travail dans l'activité habituelle est définitivement nulle. En revanche, en fonction des limitations fonctionnelles qui sont clairement décrites, l'expert considère que l'assuré peut fournir du travail huit heures par jour, à un rendement considéré comme complet et donc exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à 100%, relevant de plus que le pronostic est excellent.

S'agissant des aspects psychiatriques, l'expert a relevé qu'il existe une incohérence notable entre, d'une part, l'intensité des symptômes psychiatriques rapportés dans le dossier médical par le médecin traitant, évoquant une « dépression sévère » et d'autre part, l'évaluation objective réalisée au jour de l'entretien. Il mentionne que lors de l'entretien, les symptômes dépressifs observés apparaissent modérés et compatibles avec un diagnostic de dysthymie, plutôt que d'un épisode dépressif majeur, tel qu'une dépression sévère. Les symptômes relevés incluent une humeur fluctuante, entre neutre et triste, des troubles du sommeil, une fatigue persistante, mais pas d'atteinte majeure des capacités cognitives, de concentration ou de motivation générale, qui pourraient justifier un diagnostic de dépression sévère. Les limitations fonctionnelles mentionnées par l'expertisé, lors de l'entretien, semblent principalement liées à ses troubles physiques qui restreignent de manière homogène sa capacité à mener certaines activités, mais ces limitations ne paraissent pas entièrement incapacitantes d'un point de vue psychiatrique. Les examens paracliniques révèlent une consommation active de cannabis et excessive d'alcool que l'assuré n'a pas avouée lors de l'entretien, ce qui suggérerait un défaut de coopération lors de l'évaluation, alors qu'il a été bien questionné sur les éventuelles consommations de substances. L'expert ajoute qu'une abstinence est exigible, en l'absence de syndrome de dépendance et qu'une psychothérapie ciblée sur cette

problématique pourrait être proposée en cas de difficultés à stopper ces consommations, qui peuvent entretenir, voire majorer, la symptomatologie dépressive objectivée.

Lors de l'entretien, l'assuré a indiqué que sa situation s'était dégradée depuis sa chute, car avant cet événement, il décrivait une vie normale, travaillait bien et avait de la force ; il avait une vie active et pouvait pratiquer des activités physiques telles que le football, la course et la danse. Depuis lors, il ne peut plus se livrer à des activités physiques. Sur le plan des rapports sociaux, l'assuré dit s'être bien intégré, notamment avec d'autres personnes de sa nationalité et avoir des amis à Genève et au Portugal. Il se rend régulièrement au Portugal, pour voir son épouse et ses filles, mentionnant qu'il s'y est rendu pour la dernière fois au mois d'août 2024, avec l'accord de son médecin et qu'il a pu aller pêcher à plusieurs reprises avec un cousin et passer du temps avec sa famille au domicile ou à la plage. Durant ces vacances, il dit avoir éprouvé du plaisir et s'être senti mieux psychologiquement ; sur le plan physique, l'eau de mer a nettement amélioré ses lésions cutanées aux pieds, mais il n'a constaté aucune amélioration concernant ses douleurs aux jambes.

Dans la description de sa journée-type, l'assuré dit avoir réussi à maintenir une routine quotidienne et se réveiller entre 6h00 et 6h30, puis se laver et prendre son petit-déjeuner. Après cela, il sort marcher seul, à un rythme adapté à ses limitations, puis rentre chez lui en raison des douleurs exacerbées par la marche. À midi, il se prépare un repas qu'il mange seul puis, l'après-midi, il se repose de nouveau sur son canapé, devant la télévision. Il utilise le bus et le train et voit régulièrement son ami de Genève qui le rejoint chez lui et ses deux autres amis le week-end. Le soir, il prépare un repas et mentionne souvent ne plus avoir envie de manger à cause de ses douleurs. Il se couche tôt, vers 20h30, mais se réveille vers 2h00 du matin sans pouvoir se rendormir, en raison de douleurs au dos. L'assuré dit faire très souvent des appels vidéo, avec sa fille cadette et ses parents ; concernant ses hobbies, il a désinvesti la plupart de ses activités habituelles physiques, telles que la danse, mais fait des mots fléchés, regarde la télévision et les nouvelles sur son téléphone et consulte les réseaux sociaux. S'agissant des tâches ménagères, il nettoie et range sa chambre, bien qu'il bénéficie actuellement de l'aide d'une femme de ménage et dit pouvoir réaliser l'ensemble des tâches ménagères, petit à petit, ainsi que faire des courses alimentaires. Sur le plan des fonctions cognitives, l'assuré mentionne une fatigue quasi permanente, mais ne rapporte pas de problèmes de mémoire ou de concentration. Sur le plan de l'humeur, il n'est pas triste en permanence, mais lorsqu'il est seul, il a parfois des pensées négatives, éprouve un sentiment de culpabilité, décrit un sentiment d'inutilité et a tendance à se dévaloriser. Il n'a pas d'idéation suicidaire et a pu se maintenir grâce à son entourage soutenant. Son appétit est conservé et il apprécie cuisiner, en y prenant du plaisir, mais il rapporte un sommeil perturbé par ses douleurs et des ruminations négatives. Questionné sur la prise de substances, il

reconnaît fumer un paquet de tabac par jour, depuis l'âge de 17 ans, mais ne pas fumer de cannabis et consommer de l'alcool de manière contrôlée, soit un demi-verre de vin ou une bière en été, sans avoir jamais bu de manière excessive et ne pas être « *addict* ».

La description d'une journée-type montre que l'assuré a su garder une routine et est capable d'effectuer de manière autonome ses tâches ménagères telles que la cuisine, les courses et le ménage, avec l'aide d'une femme de ménage. Il a maintenu un contact à distance avec sa famille, se réjouit lorsqu'il est en vacances en compagnie de sa fille et de son épouse et dispose d'un cercle d'amis, limité mais présent, à Genève.

Contrairement aux appréciations du médecin traitant C_____, on n'observe pas de signes pouvant concrètement justifier une dépression sévère. Interrogé sur ce point, l'assuré ne dit pas être triste en permanence, ni avoir des pensées négatives sur sa situation globale, mais lorsqu'il est seul, sa projection dans l'avenir est morose. Bien qu'il ait débuté un suivi auprès du docteur M_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, depuis environ deux ans, il n'a communiqué dans ses écritures aucun rapport médical de son psychiatre, qui pourrait confirmer une éventuelle sévérité de son atteinte, celle-ci n'étant alléguée que par son médecin traitant généraliste, le Dr C_____. À cet égard, il faut préciser que ce dernier, dans son questionnaire médical du 20 février 2024, reconnaît à l'assuré une capacité de travail dans une activité adaptée de « 50%, dès maintenant », alors même que dans son rapport médical du 20 février 2025, le même médecin considère que le recourant ne peut pas exercer d'activité lucrative, en raison de ses troubles psychiatriques et cognitifs, associés à ses douleurs chroniques.

On notera encore que le SMR a examiné les rapports d'expertise de manière scrupuleuse, en demandant aux deux experts des informations complémentaires, qui ont été fournies le 23 octobre 2024.

La chambre de céans considère que le médecin traitant fait certes, des appréciations différentes de l'état de santé de son patient, mais ne fait pas état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions des experts.

Partant, le rapport d'expertise et son complément doivent se voir reconnaître une pleine valeur probante, étant rappelé qu'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).

Étant encore relevé que le spécialiste en médecine du travail, le Dr E_____, a déjà mentionné, dans son rapport médical du 3 février 2023, que la capacité de travail de l'assuré, sur le plan somatique, était entière depuis le mois de janvier

2022, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il ne mentionne aucun trouble de nature psychiatrique, si ce n'est que les examens de laboratoire montrent une augmentation de la Gamma-GT, compatible avec une consommation d'alcool excessive.

S'agissant des critiques du recourant, quant à ses limitations linguistiques et scolaires, pour exercer une activité moins physique, il sied de rappeler que les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé, susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI.

6.4 Enfin, les critiques adressées aux experts, qui reconnaissent au recourant une capacité d'exercer une activité adaptée sans préciser laquelle, elles doivent être écartées, car il n'appartient pas au médecin de déterminer si un assuré peut mettre en valeur sur le marché du travail la capacité de travail résiduelle retenue sur le plan médico-théorique (*cf.*, s'agissant du rôle du médecin dans le cadre de l'évaluation de la capacité de travail : ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; 125 V 256 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_740/2022 du 15 juin 2023 consid. 4.3.1 et la référence).

Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans considère que le recourant n'est pas parvenu à démontrer, au degré de la vraisemblance prépondérante, que sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles n'était pas complète.

La chambre de céans constate que, même si l'on devait reconnaître au recourant une capacité de travail de 80% en lieu et place de 100%, les calculs effectués par l'OAI pour l'année 2022 montrent que le taux d'invalidité qui en résulte est inférieur à 18%, étant précisé que lesdits calculs ne sont pas contestés par le recourant et qu'ils n'apparaissent pas non plus contestables.

6.5 S'agissant des actes d'instruction demandés par le recourant, il sied de rappeler que si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c).

Le recourant a eu largement l'occasion de se prononcer aussi bien dans ses écritures que dans le cadre de l'expertise psychiatrique, raison pour laquelle son audition n'est pas nécessaire. Il en est de même de celle de son médecin traitant, dont les appréciations ont été communiquées à plusieurs reprises, de telle sorte que son audition n'est pas non plus nécessaire.

Quant à la demande d'une nouvelle expertise en neurologie et psychiatrie, on rappellera que lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale

complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3). Le recourant n'a fait mention d'aucun élément objectivement vérifiable qui aurait été oublié dans le cadre de l'expertise bi-disciplinaire mandatée par l'OAI, de telle sorte qu'une nouvelle expertise est inutile. S'agissant d'un éventuel volet neurologique, on rappellera que le neurologue F_____ a effectué un examen ENMG, en février 2023, qui n'a révélé aucune atteinte neurologique significative.

7.

7.1 À l'aune de ce qui précède, la chambre de céans n'a d'autre choix que de rejeter le recours.

7.2 Étant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), et que l'assistance juridique n'a pas été demandée, au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Véronique SERAIN

Philippe KNUPFER

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