

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/964/2024

ATAS/168/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 mars 2025

Chambre 10

En la cause

A_____

recourant

Représenté par Maître Mélanie MATHYS DONZE

contre

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

intimé

Siégeant : Joanna JODRY, Présidente ; Christine TARRIT-DESHUSSES et Andres PEREZ, Juges assesseurs.

EN FAIT

A. a. A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1963, originaire de Bosnie-Herzégovine, marié et père de trois enfants nés en 1988, 1990 et 1995, est arrivé en Suisse en 1995. Sans formation, il a travaillé dès le mois de mai 2007 en qualité d'employé de blanchisserie pour le B_____ Genève (ci-après : l'employeur).

b. Le 26 mars 2018, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), mentionnant être en incapacité de travail depuis le 8 octobre 2017 en raison de douleurs dans le dos, les épaules et la région cervicale, de nervosité, de crises d'angoisse, de dépression et d'arthrose.

c. Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI a reçu de nombreuses pièces, dont :

- un rapport du 5 février 2018 du docteur C_____, spécialiste en neurologie ;
- des rapport des 11 avril 2018, 24 mai et 19 août 2020, et 2 septembre 2022 du docteur D_____, spécialiste en chirurgie orthopédique ;
- des rapport des 29 juin 2018, 24 mai et 3 juillet 2019, 22 octobre 2020, et 26 août 2022 de la docteure E_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ;
- des rapports des 9 juillet 2018, 25 octobre 2019, 26 novembre 2020, 4 mai et 28 septembre 2021, 2 et 20 septembre 2022 du docteur F_____, spécialiste en cardiologie ;
- un rapport du 20 février 2019 du docteur G_____, spécialiste en chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique aux hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) ;
- un rapport du docteur H_____ du 10 décembre 2020 ;
- des rapports relatifs à un examen électroneuromyographique du 5 février 2018, à une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) lombaire du 5 mars 2018, un ultrason des artères du cou du 24 novembre 2017, des radiographies de la colonne cervicale et de la colonne dorsale du 10 octobre 2015, un ultrason de l'épaule droite du 26 novembre 2017, des radiographies et un ultrason des mains du 8 octobre 2017, des radiographies du bassin et de la hanche gauche du 28 mars 2018, des radiographies de la colonne cervicale du 31 octobre 2018, un angio-CT aortique du 7 février 2019, une échocardiographie du 31 octobre 2019.

d. L'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire confiée au Centre Médical Expertise (ci-après : CEMEDEX).

Dans leur rapport du 25 septembre 2023, les docteurs I_____, chirurgien orthopédique, J_____, spécialiste en médecine interne générale, K_____, spécialiste en rhumatologie, et L_____, spécialiste en psychiatrie, ont retenu les diagnostics de cervico-dorso-lombalgies chroniques (M54.90) avec une scoliose dorso-lombaire et des lésions dégénératives de tout le rachis, un trouble de la sensibilité aux deux mains (R20.1) sur un status après une opération pour syndrome du tunnel carpien des deux côtés, une suspicion d'une neuropathie du nerf cubital au coude droit, une rhizarthrose débutante des deux mains (M19.03), un aspect discrètement hyperdense du trochiter, des deux côtés, probablement secondaire à une enthésopathie de la coiffe, une légère arthrose acromio-claviculaire bilatérale, une fatigue chronique (R53) d'origine multifactorielle, une polyglobulie légère avec suspicion de maladie de Vaquez (D45), une dyspnée légère (R06.0) chronique dans un contexte de tabagisme actif (T65.2), une cardiopathie hypertensive compensée, un déconditionnement global dans un contexte de sédentarité et surpoids, un anévrisme de l'aorte ascendante non rompu (I71.2), une hypertension artérielle traitée, une hypercholestérolémie (E78.0), des céphalées de tensions légères (G44.2), un syndrome douloureux somatoforme persistant depuis 2017, un épisode dépressif moyen en 2017 en rémission (durée supérieure à deux ans), un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), une accentuation de certains faits de personnalité (Z63.1) et des difficultés dans l'entourage immédiat (Z63).

Sur le plan rhumatologique et orthopédique, les diagnostics de tendinopathie fissuraire du sus-épineux de l'épaule droite et de syndrome du tunnel carpien des deux côtés, prédominant à droite, avaient été posés en février 2018. En mars 2018, une IRM lombaire avait montré une discopathie avec un débord discal L4-L5 en contact avec la racine L4 gauche et L2-L3 en contact avec la racine L2 gauche. En avril 2018, l'expertisé avait consulté un spécialiste en chirurgie orthopédique puis les diagnostics de syndrome cervico-dorso-lombaire et de rhizarthrose débutante des deux côtés avaient été posés. La radiographie du rachis lombaire montrait des discopathies modérées avec une ostéophytose L1-L2 et L3-L4, ainsi qu'à moindre degré L4-L5 évoquant plutôt l'existence d'une maladie de Forestier. Ces radiographies montraient également une scoliose lombaire droite avec une atteinte articulaire postérieure. Dans son rapport du 2 septembre 2022, le Dr D_____ avait mentionné, entre autres, des cervico-brachialgies. Les radios effectuées mettaient en évidence des lésions dégénératives modérées prédominantes au niveau C3-C4.

Sur le plan de la médecine interne, l'intéressé présentait un tabagisme actif, une hypertension artérielle et une hypercholestérolémie. Le suivi cardiologique du Dr F_____ de 2018 faisait état d'une cardiomyopathie hypertensive avec dysfonction diastolique du ventricule gauche et fonction systolique préservée, avec une fraction d'éjection à 60% et une dilatation importante de l'aorte ascendante avec un diamètre de 48 mm. Il n'était retenu aucune indication

chirurgicale vasculaire. L'assuré se plaignait de fatigue et de dyspnée légère aux efforts habituels.

Dans la partie évaluation de la cohérence et de la plausibilité, les experts ont retenu, de façon consensuelle, d'importantes incohérences entre l'intensité des plaintes décrites par l'expertisé et les constatations cliniques et radiologiques. Ils ont relevé, entre autres, une incohérence entre l'intensité des plaintes décrites et le fait de pouvoir voyager avec des lombalgies durant 24h en autobus. De plus, l'auto-estimation de l'expertisé quant à son incapacité de travail dans toute activité était en décalage avec les constatations cliniques. Concernant l'évaluation des aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence des facteurs pesants et des ressources, ils ont noté qu'il n'y avait pas d'aspect lié à la personnalité qui pouvait avoir une incidence, des facteurs pesants et des ressources, étant rappelé l'expertise psychiatrique n'avait pas retenu de trouble de la personnalité. S'agissant de la motivation de la capacité de travail globale, l'activité de référence était celle d'un employé dans une buanderie. Dans cette activité, la capacité de travail retenue était de 0% depuis octobre 2017 aux niveaux rhumatologique, orthopédique, de médecine interne et psychiatrique. Dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré et respectant ses limitations fonctionnelles, la capacité de travail était de 100% depuis octobre 2017 sur le plan somatique. Au niveau psychiatrique, la capacité de travail avait été nulle du 5 octobre 2017 au 6 juillet 2019, et était de 50% depuis lors.

Partant, de façon consensuelle, la capacité de travail était de 0% depuis le 8 octobre 2017 dans l'activité habituelle et de 50% depuis le 7 juillet 2019 dans une activité adaptée. Il n'y avait pas de mesures médicales ni de thérapies qui pourraient avoir une incidence sur la capacité de travail.

Les experts ont annexé un rapport de radiographie de la colonne totale, du bassin, des épaules et des mains du 12 juillet 2023.

e. Dans un avis du 6 octobre 2023, la docteure M_____, médecin auprès du service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR) a considéré que les conclusions de l'expertise du CEMEDEX pouvaient être suivies. Elle a rappelé les atteintes à la santé retenues et résumé les limitations fonctionnelles qui comprenaient la position debout statique, la marche, la montée et la descente des escaliers, l'utilisation fréquente d'escabeau, la position en porte-à-faux du buste et du rachis cervical, qui étaient limitées dans le temps, de l'ordre de 30 à 90 minutes selon les activités, les flexion/extension/rotations du rachis cervical et lombaire, le soulèvement à partir du sol de charge de plus de 5 kg et le port proche du corps de charge de plus de 10 kg, les mouvements de préhension ou de prono-supination forcés des deux mains, mais les mouvements fins étaient possibles, les efforts maintenus des deux membres supérieurs au-delà de la ligne des épaules, les activités en groupe, surtout compétitif, les tâches simultanées en raison de quelques troubles cognitifs résiduels, les tâches spontanées ou requérant de se poser des limites. Ont encore été relevés une sensibilité au bruit, une

irritabilité, des difficultés d'apprentissage, de gestion des frustrations et des tâches multiples, de prise de décisions, de responsabilité importante. Des horaires réguliers, répartis dans la semaine étaient à privilégier. En cas de taux de travail plus élevé, une diminution de rendement pourrait être présente en raison de fatigue et troubles de concentration.

Depuis le 8 octobre 2017, l'activité habituelle d'employé de blanchisserie n'était plus exigible. En revanche, dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 50% dès le 3 juillet 2019.

B. a. Le 10 octobre 2023, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2018 au 31 octobre 2019. Compte tenu d'une capacité de travail de 50% sans baisse de rendement à compter du 6 juillet 2019 dans une activité strictement adaptée et respectant les limitations fonctionnelles, il avait procédé au calcul du taux d'invalidité, dont la comparaison des revenus sans invalidité (CHF 50'099.-) et avec invalidité (CHF 32'460.-) révélait une perte de gain de 35%, insuffisante pour maintenir le droit à la rente au-delà du 1^{er} novembre 2019.

b. Par courrier du 20 octobre 2023, reçu par l'OAI le 27 octobre 2023, l'assuré a contesté le projet de décision, dès lors qu'il ne se sentait pas capable, tant physiquement que psychiquement, de travailler à 50%. Il a précisé qu'après avoir reçu le projet de décision, ses angoisses, son anxiété et sa nervosité s'étaient amplifiées, ce qui s'était répercuté sur sa famille.

Il a joint un rapport du 26 octobre 2023 de la Dre E_____, aux termes duquel elle suivait l'assuré depuis le 4 novembre 2016. Il avait été dans un état de détresse complète, au bout de ses capacités de contrôle. Il était soigné pour un état dépressif moyen à sévère avec une amplification des douleurs, d'une apathie, la peur de l'avenir. Pendant une longue période, il avait vécu avec un sentiment de rabaissement et d'humiliation lié à ses efforts démesurés de travailler et de garder son poste. Ses efforts afin de respecter et d'être respecté l'avaient progressivement épuisé, puis l'avaient mis dans un état de *burnout*, d'anxiété généralisée, de reviviscence des éléments de guerre vécus.

c. Par décision du 16 février 2024, l'OAI a confirmé son projet de décision, considérant qu'aucun élément médical objectif lui permettait de modifier son appréciation. Il a accordé à l'assuré une rente d'invalidité entière du 1^{er} octobre 2018 au 31 octobre 2019.

C. a. Par acte du 19 mars 2024, l'assuré, représenté par une avocate, a interjeté recours contre cette décision par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Il a conclu, sous suite de frais et dépens, préalablement, à ce que des mesures probatoires soient ordonnées et à ce qu'il puisse être auditionné, principalement, à l'annulation de la décision contestée et à ce qu'il soit constaté qu'il avait droit à une rente entière dès le 1^{er} octobre 2018. En substance, le recourant a contesté disposer d'une capacité de travail de 50%, relevant que son

âge n'avait pas été pris en compte par le SMR, lequel n'avait pas indiqué quelle reconversion professionnelle il serait en mesure d'effectuer. Il était âgé de 56 ans au mois de juillet 2019 et de 60 ans lorsque la décision litigieuse avait été rendue. Au vu de cet âge avancé et de ses limitations fonctionnelles, il n'était pas possible de lui demander une reconversion professionnelle. Il a également contesté les montants retenus pour déterminer le taux d'invalidité.

b. Dans sa réponse du 15 avril 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours. Le recourant n'expliquait pas dans quelle mesure les avis de ses médecins traitants seraient susceptibles de remettre en cause les conclusions de l'expertise du CEMEDEX, dont le rapport était probant.

c. Par décision du 9 avril 2024, l'intéressé a été mis au bénéfice de l'assistance juridique avec effet au 29 février 2024.

d. Dans sa réplique du 17 mai 2024, le recourant a persisté dans ses conclusions, requérant à titre subsidiaire le renvoi du dossier à l'intimé pour nouvelle instruction.

L'expertise du CEMEDEX n'était pas basée sur une anamnèse complète et ses plaintes n'avaient pas été prises en compte de manière correcte par les experts. Il a notamment relevé que depuis le décès des parents de son épouse, cette dernière et lui ne s'étaient plus rendus en Bosnie. Le voyage prévu avec son fils en avril 2023 n'avait en réalité jamais eu lieu, son fils n'ayant pas pu prendre des vacances. Dès lors, les compréhensions entre les indications données et traduites par l'interprète n'étaient pas correctes. Il avait uniquement raconté ce qu'il faisait dans les années précédentes, lorsqu'il travaillait. En outre, l'expert psychiatre s'était basé sur un certificat médical retenant une capacité de travail de 50% dès le mois de juillet 2019. Toutefois, d'autres rapports se trouvaient au dossier et sa psychiatre avait expliqué de manière circonstanciée et objective que sa santé s'était dégradée après 2019 et que sa capacité de travail pourrait uniquement être de l'ordre de 10 à 20% en 2022. Ces éléments n'avaient pas été pris en compte par l'expert psychiatre, qui n'avait pas discuté de l'évolution de son état de santé et du fait que sa situation avait pu évoluer pendant les années d'instruction. En outre, la médecin interniste avait indiqué qu'une probable intervention cardiaque serait nécessaire et que l'évolution était à contrôler par le cardiologue traitant. Elle avait noté que la problématique cardiaque était une source de stress, d'angoisse, d'inquiétude, ce qui provoquait un facteur de surcharge. Cet élément impactant concrètement son quotidien n'était pas évoqué lors de l'expertise sur le plan psychiatrique, ce qui démontrait à nouveau que cette dernière n'était pas complète et ne pouvait se voir accorder de valeur probante. La médecin interniste avait précisé qu'une capacité de travail pourrait uniquement être accordée dans l'attente d'une opération cardiovasculaire, élément qui n'avait pas non plus été discuté par les experts dans leurs conclusions communes. Dans ces conditions, l'expertise ne pouvait pas se voir accorder de valeur probante et un nouvel examen médical devrait être effectué en

tenant compte des rapports des spécialistes qui le suivaient et qui attestaient d'une incapacité de travail à 100%.

En outre, l'intimé n'avait pas précisé quel métier il pourrait exercer, compte tenu de ses limitations fonctionnelles psychiques et somatiques, du fait qu'il ne parlait pas le français et qu'il n'avait jamais exercé l'activité adaptée qui pourrait entrer en ligne de compte. La mesure d'intervention précoce comprenant un cours de français n'avait pas été accordée par l'intimé à cause de son état de santé en juin 2018. Il ne pouvait donc qu'être admis que ses atteintes l'empêchaient complètement de travailler.

S'agissant du calcul du degré d'invalidité, la détermination avait été effectuée le 6 octobre 2023 et n'avait pas été adaptée au moment de la notification de la décision en février 2024. Dès lors que la réduction prise en compte pour la détermination du degré d'invalidité était uniquement de 5%, elle ne correspondait pas à la base légale en vigueur. Le calcul du degré d'invalidité était erroné et devrait conduire à un taux de 100%.

e. Par duplique du 12 juin 2024, l'intimé a reconnu un taux d'invalidité de 46% dès le 1^{er} juin 2024 et conclu à l'octroi de 40% d'une rente entière dès cette date, et à la confirmation de la décision querellée pour le surplus.

S'agissant des contestations du recourant quant à l'existence d'un voyage en Bosnie en avril 2023 pendant 24 heures en autocar, l'expertise s'était déroulée en présence d'un traducteur indépendant et ce seul élément anamnestique ne permettait pas de remettre en question les diagnostics retenus et leurs répercussions sur la capacité de travail. L'intéressé n'avait pas mis en évidence d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'évaluation et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé du rapport. La mise en œuvre de mesures d'investigations complémentaires s'avérait inutile.

Concernant la détermination du degré d'invalidité, le calcul n'avait effectivement pas été adapté à l'entrée en vigueur des modifications législatives. Il avait ainsi procédé à des calculs complémentaires, aux termes desquelles le taux d'invalidité s'élevait à 39% dès le 1^{er} janvier 2022, insuffisant pour reconnaître le droit à une rente d'invalidité, et à 46% dès le 1^{er} janvier 2024.

Il a annexé ses nouvelles déterminations du degré d'invalidité.

f. En date du 29 août 2024, le recourant a persisté dans ses conclusions.

L'experte psychiatre avait constaté une incohérence entre l'intensité des plaintes décrites et le fait de pouvoir voyager avec des lombalgies durant 24 heures en autobus, incohérence qui avait été également relevée de façon consensuelle par les experts. Ces « incohérences » étaient basées sur une anamnèse erronée permettant de remettre en cause tant la valeur probante de l'expertise que les conclusions rendues. Sa psychiatre avait rendu un nouveau rapport, par lequel elle avait

constaté que l'expertise du CEMEDEX, notamment le volet psychiatrique, avait omis certains éléments concernant le diagnostic de stress post-traumatique. Les experts n'avaient pas pris en considération le traumatisme vécu pendant la guerre et son état de détresse, sa basant ainsi sur des éléments anamnestiques erronés. D'un point de vue strictement psychiatrique, la Dre E_____ avait attesté d'une capacité de travail maximale de 30% et sa médecin traitante avait indiqué que le taux d'incapacité de travail était de 100%.

Concernant le calcul du degré d'invalidité à partir du 1^{er} janvier 2022, seule une réduction forfaitaire de 10% avait été retenue, alors que cette réduction pouvait être augmentée selon la situation spécifique du cas. Au vu de ses limitations fonctionnelles et de son âge, une réduction d'au moins 15% devait être appliquée.

Il a produit un rapport de la Dre E_____ du 6 août 2024, mentionnant que l'efficacité thérapeutique était freinée par des capacités d'introspection limitées. Venu dans un état de détresse et *burnout* (Z73.0), le patient avait été suivi durant plusieurs mois avec pour seul objectif d'être stabilisé et de se considérer à nouveau digne de demander une aide et d'être protégé. Un long travail psychothérapeutique avait permis une légère augmentation de la conscience de soi et surtout la prise de conscience de tous les traumatismes vécus, particulièrement dans son enfance, sans droit de s'exprimer, d'avoir son avis, de devoir travailler sans être rémunéré ou encore de ne pas avoir le droit de disposer de son argent même qu'il avait été marié. Il s'était sauvé de la guerre en Bosnie-Herzégovine grâce à un mouvement chaotique migratoire, passant par Zagreb, où le couple s'était caché dans les rues, sans logement ni accueil, avec leur petit bébé. Ils avaient survécu en mendiant pour manger et acheter les médicaments pour le bébé qui était tombé malade (fièvre) dans des circonstances de la vie de réfugié. La mort avait été ressentie de près. Elle voulait croire que ses collègues, qui se prononçaient sur la base d'un manque d'éléments pour le stress post-traumatique « (pour la personne confrontée à la mort directe ou indirecte pour soi-même, son proche ou pire pour son propre enfant, qui voyaient partir sans avoir les moyens de le soigner) » avaient plutôt omis certains éléments et considéré que selon les critères CIM-10 le critère du temps était dépassé. Une trentaine d'années s'étaient certes écoulées depuis la guerre, mais celle-ci avait continué pour le patient. Afin de rester en Suisse, il s'était infligé le même code de vie (très pauvre) et des conditions de travail sans droit de se plaindre ou de refuser des exigences parfois à la limite du possible, ce qui avait provoqué un état dépressif sévère avec une seule solution possible, le suicide. Sa bataille pour la vie avait été le travail et malgré qu'il ait décrit plusieurs situations durant lesquelles il avait lutté pour ne pas agresser ses collègues ou se refaire du mal à lui-même, il avait continué sans trouver le moyen de s'éloigner du stress ou de se protéger. Il avait refoulé beaucoup d'émotions, de colère et l'idée de revenir dans un milieu professionnel le faisait complètement paniquer, car il se voyait retourner dans l'enfer duquel il avait été libéré pour la première fois de sa vie avec un arrêt

maladie. Ses propres capacités de défense étaient très limitées, ce qui faisait que ses réponses paraissaient parfois trop exigeantes, mais il s'agissait de réponses basées sur l'angoisse et la peur émergentes. En conclusion, elle confirmait fermement tous ses diagnostics. Sur le moment son pronostic avait été une capacité de travail de 50%, mais sur une « nouvelle analyse », elle estimait que l'intéressé ne pourrait plus jamais retrouver l'énergie, la force ni le courage de reprendre le travail, vu également son âge qui diminuait davantage sa motivation, ses capacités cognitives et ses propres défenses psychologiques. La capacité de travail était nulle et le pronostic négatif.

g. Le 23 septembre 2024, l'intimé a modifié à nouveau ses conclusions et reconnu un taux d'invalidité de 42% dès le 1^{er} janvier 2022 justifiant l'octroi de 30% d'une rente entière d'invalidité dès cette date, puis un taux d'invalidité de 46% dès le 1^{er} janvier 2024 justifiant l'octroi de 40% d'une rente entière d'invalidité depuis lors. Il tenait compte, en sus de la déduction forfaitaire de 10%, d'un abattement sur le revenu d'invalidité de 5% en raison de l'âge du recourant. Les autres critères habituellement admis ne permettaient pas une réduction plus importante. En effet, les limitations fonctionnelles avaient déjà été prises en compte dans le cadre de la détermination de la capacité de travail et ne pouvaient jouer un rôle significatif sur les perspectives salariales dans le cadre de l'exercice d'une activité adaptée, simple, légère et ne nécessitant pas de formation particulière. Pour ce genre d'activité, le salaire statistique était suffisamment représentatif de celui qu'un assuré invalide pourrait réaliser, puisqu'il recouvrait un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatible avec les limitations fonctionnelles présentées.

Il a produit un rapport du 9 septembre 2024 de la Dre M_____, laquelle a considéré que la Dre E_____ n'avait pas apporté d'éléments nouveaux objectifs, (nouveau diagnostic) ou en faveur d'une aggravation de l'état de santé (tentamen, intensification du suivi, changement de traitement médicamenteux, hospitalisation), de sorte que ses conclusions du 6 octobre 2023 basées sur l'expertise du 25 septembre 2023 demeuraient valables. En outre, la psychiatre traitante n'avait pas détaillé les traumatismes subis par le recourant. Les rapportés, certes difficile, n'étaient pas un élément exceptionnellement menaçant pour la vie. Elle avait indiqué qu'il s'était réfugié dans un état dépressif sévère avec comme seule possibilité le suicide. Toutefois, à sa connaissance, le recourant n'avait jamais attenté à ses jours. Pour le reste, la psychiatre traitant avait fait état d'éléments qui ne pouvaient pas être pris en compte dans l'évaluation de l'incapacité de travail.

h. Le 15 octobre 2024, le recourant a persisté dans ses conclusions, relevant que la Dre M_____ n'était pas une spécialiste en psychiatrie. Le dernier rapport de sa psychiatre expliquait de manière circonstanciée que l'expertise du CEMEDEX omettait de prendre en compte des éléments de l'anamnèse concernant le diagnostic de stress post-traumatique. De ce fait, les conclusions, basées sur une

anamnèse erronée, ne pouvaient se voir accorder de valeur probante. Les éléments vécus de manière traumatique et explicités par sa psychiatre n'avaient pas été pris en compte par l'experte, ce qui expliquait la différence de diagnostic posé.

Subsidiairement, il a relevé que les éléments admis par l'intimé dès le 1^{er} janvier 2022 pour accorder une rente partielle d'invalidité étaient les mêmes critères à prendre en compte pour les années précédentes. Seule une activité adaptée serait possible dès le 1^{er} novembre 2019, ce qui donnait droit à tout le moins à une reconnaissance d'un taux d'invalidité de 50% dès le 1^{er} novembre 2019.

i. Le 5 novembre 2024, l'intimé a relevé qu'un médecin était capable d'apprécier la cohérence du rapport d'un confrère.

j. 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 À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

1.3 Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

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

2. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimé du 16 février 2024, par laquelle l'intimé a octroyé au recourant une rente d'invalidité entière pour la période limitée du 1^{er} octobre 2018 au 31 octobre 2019, singulièrement sur la suppression de cette prestation à compter du 1^{er} novembre 2019, étant encore rappelé que l'intimé conclut désormais à l'octroi de 30% d'une rente entière dès le 1^{er} janvier 2022, respectivement 40% dès le 1^{er} janvier 2024.

3.

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

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2 et les références).

Si un droit à la rente a pris naissance jusqu'au 31 décembre 2021, un éventuel passage au nouveau système de rentes linéaire s'effectue, selon l'âge du bénéficiaire de rente, conformément aux let. b et c des dispositions transitoires de la LAI relatives à la modification du 19 juin 2020. Selon la let. c, pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente a pris naissance avant l'entrée en vigueur de cette modification et qui, à l'entrée en vigueur de la modification, avaient au moins 55 ans, l'ancien droit reste applicable (arrêt du Tribunal fédéral 8C_561/2022 du 4 août 2023 consid. 3.1 et la référence).

3.2 En l'occurrence, la décision querellée a certes été rendue postérieurement au 1^{er} janvier 2022. Toutefois, le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant dès le 1^{er} novembre 2019, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

- 4.** Conformément aux art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, 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.

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

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

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où

elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

4.1 Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA, applicable par analogie (ATF 148 V 321 consid. 7.3.1 ; 145 V 209 consid. 5.3 et les références ; 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 149 V 91 consid. 7.5 et les références). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à l'accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les références).

Une amélioration de la capacité de gain ou de la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré n'est déterminante pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Le fardeau de la preuve quant à cette amélioration de la capacité de travail incombe à l'administration (arrêt du Tribunal fédéral 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.2 et les références).

Un motif de révision a été retenu notamment lorsqu'une méthode différente d'évaluation de l'invalidité s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_716/2022 du 5 juillet 2023 consid. 4.2), lors d'un changement de poste de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_33/2016 du 16 août 2016 consid. 8.1) et lorsqu'une mesure de réadaptation a réussi (arrêt du Tribunal fédéral 9C_231/2016 du 1^{er} juin 2016 consid. 2.1).

En revanche, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les références). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Le simple fait qu'un diagnostic ne soit plus retenu à la suite d'un examen ultérieur ne saurait justifier, à lui seul, la révision du droit à la rente, dans la mesure où un tel constat ne permet pas d'exclure l'existence d'une appréciation

différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé. Une modification sensible de l'état de santé ne saurait être admise que si le nouveau diagnostic est corroboré par un changement clairement objectivé de la situation clinique et par l'amélioration, voire la disparition des limitations fonctionnelles précédemment décrites (arrêts du Tribunal fédéral 9C_860/2015 du 1^{er} juin 2016 consid. 4.3 ; 9C_353/2020 du 5 mai 2021 consid. 2.2 et les références).

Les constatations et conclusions médicales dans le cadre d'une révision doivent porter précisément sur les changements survenus par rapport à l'atteinte à la santé et à ses effets depuis l'appréciation médicale antérieure déterminante. La valeur probante d'une expertise réalisée dans le cadre de la révision du droit à la rente dépend donc essentiellement de la question de savoir si elle contient des explications suffisantes sur la mesure dans laquelle une modification de l'état de santé a eu lieu. Demeurent réservées les situations dans lesquelles il est évident que l'état de santé s'est modifié (arrêt du Tribunal fédéral 8C_385/2023 du 30 novembre 2023 consid. 4.2.3 et les références).

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

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c 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).

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

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

Le 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'écarter 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).

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

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins

traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV 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 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

4.3 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*).

4.4 En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que

le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide 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 lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail 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 (*cf.* RCC 1991 p. 329 ; RCC 1989 p. 328 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). Le caractère irréaliste des possibilités de travail doit alors 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 psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_175/2017 du 30 octobre 2017 consid. 4.2).

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).

4.5 Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment

des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.2).

Pour apprécier les chances d'un assuré proche de l'âge de la retraite de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi, il convient de se placer au moment où l'on constate que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative est exigible du point de vue médical, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 146 V 16 consid. 7.1 ; 145 V 2 consid. 5.3.1 ; 138 V 457 consid. 3). Le fait que la capacité résiduelle de travail a été recouvrée à une date antérieure, toutefois sans avoir encore été établie par des documents médicaux fiables, n'est en revanche pas déterminant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_305/2023 du 29 février 2024 consid. 5.4).

Si on ne peut pas attendre d'un assuré proche de l'âge de la retraite qu'il reprenne une activité adaptée, le degré d'invalidité doit être déterminé en fonction de sa capacité de travail résiduelle dans l'activité qu'il exerçait avant la survenance de son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_913/2012 du 9 avril 2013 consid. 5.3 et 5.4).

En l'absence d'une capacité de gain résiduelle économiquement exploitable, on est en présence d'une incapacité de gain totale qui ouvre le droit à une rente d'invalidité entière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_755/2023 du 20 février 2024 consid. 5.2.2).

À titre d'exemples, le Tribunal fédéral a considéré qu'il était exigible d'un assuré de 60 ans ayant travaillé pour l'essentiel en tant qu'ouvrier dans l'industrie textile qu'il se réinsère sur le marché du travail malgré son âge et ses limitations fonctionnelles (travaux légers et moyens avec alternance des positions dans des locaux fermés ; arrêt du Tribunal fédéral I 376/05 du 5 août 2005 consid. 4.2), de même que pour un soudeur de 60 ans avec des limitations psychiques et physiques, notamment rhumatologiques et cardiaques, qui disposait d'une capacité de travail de 70% (arrêt du Tribunal fédéral I 304/06 du 22 janvier 2007 consid. 4.2), tout comme pour un assuré âgé de 62 ans et dix mois qui disposait d'une certaine capacité d'adaptation, étant relevé que le marché du travail offre des activités autres qu'un travail sur écran, telles que le contrôle, la surveillance et la vérification, lesquelles ne nécessitent pas une longue période de formation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_755/2023 du 20 février 2024 consid. 5.5 et la référence). Notre Haute Cour a en revanche nié la possibilité de valoriser sa capacité de travail résiduelle d'un assuré de 61 ans, sans formation professionnelle, qui n'avait aucune expérience dans les activités fines

médicalement adaptées et ne disposait que d'une capacité de travail à temps partiel, soumise à d'autres limitations fonctionnelles, et qui selon les spécialistes ne présentait pas la capacité d'adaptation nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral I 392/02 du 23 octobre 2003 consid. 3.3), ainsi que dans le cas d'un assuré de 64 ans capable de travailler à 50% avec de nombreuses limitations fonctionnelles (arrêt du Tribunal fédéral I 401/01 du 4 avril 2002 consid. 4c). Le Tribunal fédéral est parvenu au même constat dans le cas d'un agriculteur de 57 ans qui ne pourrait exercer d'activité adaptée sans reconversion professionnelle et qui ne disposait subjectivement pas des capacités d'adaptation nécessaires à cette fin (arrêt du Tribunal fédéral 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.3.2).

4.6 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

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

5. En l'occurrence, l'intimé a alloué au recourant une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2018 au 31 octobre 2019, supprimée dès le 1^e novembre 2019. Il a en effet retenu que le recourant disposait d'une capacité de travail de 50% sans baisse de rendement dans une activité strictement adaptée et respectant ses limitations fonctionnelles à compter du 6 juillet 2019. Après comparaison des revenus sans invalidité (CHF 50'099.-) et avec invalidité (CHF 32'460.-), la perte de gain s'élevait à 35%, soit un taux insuffisant pour maintenir le droit à la rente, supprimée dès le 1^{er} novembre 2019.

Dans sa réplique du 12 juin 2024, l'intimé a admis que son calcul omettait de prendre en considération les modifications législatives. Il a procédé à une nouvelle

détermination du degré d'invalidité, qu'il a fixé à 39% dès le 1^{er} janvier 2022 et 46% dès le 1^{er} janvier 2024.

En date du 23 septembre 2024, il a modifié à nouveau ses conclusions et reconnu un taux d'invalidité de 40% dès le 1^{er} janvier 2022 et de 46% dès le 1^{er} janvier 2024.

5.1 Le recourant nie la valeur probante du rapport du CEMEDEX et relève des erreurs dans l'anamnèse, lesquelles avaient conduit les experts à retenir à tort des incohérences et à écarter le diagnostic psychiatrique stress post-traumatique. Il a notamment rappelé que sa psychiatre traitante avait attesté d'une capacité de travail maximale de 30% et que sa médecin traitante avait indiqué que le taux d'incapacité de travail à retenir était de 100%.

Il fait également grief à l'intimé de ne pas avoir précisé les activités qu'il pourrait exercer et se prévaut de son âge avancé et de ses limitations fonctionnelles pour contester l'existence d'une capacité de travail exigible.

Il remet enfin en cause le calcul du degré d'invalidité, considérant qu'une réduction d'au minimum 15% devrait être appliquée dès le 1^{er} janvier 2022, au vu de toutes ses limitations fonctionnelles et de son âge.

5.2 La chambre de céans constate que l'expertise pluridisciplinaire du CEMEDEX comportant des volets en médecine interne, rhumatologie, psychiatrie et orthopédie, a été rendue sur la base de toutes les pièces au dossier de l'intimé, résumé dans l'Annexe 5 « Synthèse du dossier » du rapport. Ils ont outre requis des investigations paracliniques complémentaires, soit des radiographies de la colonne totale, du bassin, des épaules et des mains, ainsi que des analyses de laboratoire afin de contrôler l'adhésion médicamenteuse et confirmer certains diagnostics.

Chaque spécialiste a rendu son rapport d'expertise, après un examen personnel du recourant. Ils y ont consigné les indications fournies par l'expertisé, d'abord spontanément puis en suivant certains thèmes, notamment les douleurs, les plaintes et leur retentissement, les anamnèses familiale, professionnelle et sociale, le traitement suivi, les habitudes et le déroulement d'une journée-type. Ils ont ensuite livré le résultat de leurs examens cliniques, procédé à une évaluation médicale, puis énuméré les diagnostics retenus, les limitations fonctionnelles, les capacités et les ressources, avant de se déterminer individuellement sur la capacité de travail, dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée à l'état de santé.

Enfin, les experts ont également procédé à une appréciation interdisciplinaire consensuelle, dans laquelle ils ont notamment évalué la cohérence et la plausibilité, avant de rappeler tous les diagnostics retenus et les limitations fonctionnelles, puis de conclure sur la capacité de travail.

Le rapport d'expertise remplit *a priori* toutes les exigences formelles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

5.2.1 Il convient donc d'examiner s'il existe des éléments objectivement vérifiables qui auraient été omis par les experts ou des indices concrets permettant de douter du bien-fondé de leur rapport.

5.2.2 Tout d'abord, l'intéressé se prévaut d'une anamnèse incomplète. Il reproche aux experts d'avoir retenu qu'il se rendait régulièrement en Bosnie en vacances, en voiture, et explique que son épouse et lui n'y sont plus allés après le décès de ses beaux-parents. De plus, le projet de partir en Bosnie en voiture en avril 2023 n'avait en réalité pas pu être réalisé, son fils, qui devait conduire, n'ayant pas pu prendre de vacances.

Outre le fait que le recourant ne précise pas à quand remonte le dernier voyage en Bosnie, ce qui ne permet donc pas de retenir que l'anamnèse des experts seraient erronée, il y a lieu de relever que le long trajet prévu quelques mois seulement avant l'expertise n'a pas pu être effectué, selon les allégations du recourant, en raison de l'indisponibilité de son fils, et non pas parce qu'il considérait en définitive qu'un tel voyage était trop éprouvant au vu de son état de santé. Dans ces circonstances, l'appréciation des experts, qui ont vu une incohérence entre l'intensité des plaintes décrites et le fait de « pouvoir voyager durant 24h en autobus » n'apparaît pas dénuée de tout fondement, même s'il s'agissait en réalité d'un voyage moins long et en voiture privée.

Contrairement à ce que soutient le recourant, les experts n'ont pas fondé « complètement leur analyse sur ce fait ». Leur appréciation repose au contraire sur l'étude approfondie de tout le dossier, sur leurs observations cliniques objectives, ainsi que sur des examens radiographiques complémentaires qui leur ont permis d'affiner et d'actualiser les diagnostics. À titre d'exemples, l'expert orthopédique a relaté qu'il y avait une cohérence entre les plaintes, les examens et les diagnostics concernant les atteintes rachidiennes et aux niveaux des mains, mais par pour les autres doléances, à moins qu'elles ne puissent être expliquées par des atteintes autres qu'orthopédiques (rapport p. 12). De même, l'experte en médecine interne générale a estimé que la fatigue et la dyspnée légère étaient cohérentes et plausibles dans le cadre de la polyglobulie et du tabagisme actif. Cela étant, l'auto-estimation d'être incapable de travailler dans une quelconque activité était en décalage avec les constatations objectives, car l'état de santé général était bon, la fonction cardiorespiratoire conservée et l'autonomie quotidienne parfaite (rapport p. 20). L'expert rhumatologue a relevé que l'intéressé souffrait essentiellement d'atteintes dégénératives modérées dont la physiothérapie devait être le traitement électif. L'importance des douleurs rapportées ne correspondait pas à ce qui était habituellement rencontré dans ce type de diagnostics, ni au niveau des traitements antalgiques (rapport p. 42).

5.2.3 Le recourant reproche ensuite à la Dre L._____ d'avoir retenu une capacité de travail de 50% depuis le mois de juillet 2019, sur la base d'un certificat médical de sa psychiatre traitante, alors que le dossier contenait d'autres rapports

faisant état d'une évolution de son état de santé, ce dont l'experte n'avait pas tenu compte.

Son argumentation ne saurait être suivie. En effet, les différents taux de la capacité de travail retenus par la Dre E_____ ne résultent pas d'une modification de l'état de santé de son patient, mais d'une nouvelle analyse de la situation, ce qu'elle a au demeurant expressément indiqué dans son rapport du 6 août 2024. Elle y a expliqué qu'elle pensait que le recourant ne pourrait plus jamais retrouver l'énergie, la force ni le courage, se référant en outre expressément à l'âge de son patient et à une diminution de la motivation.

5.2.4 Le recourant soutient que la médecin interniste a précisé qu'une capacité de travail « pourrait uniquement être accordée dans l'attente d'une opération cardiovasculaire », ce qui n'avait pas été repris dans les conclusions communes du rapport.

Il ressort toutefois très clairement des conclusions de la Dre J_____ qu'elle a retenu une capacité de travail de 0% dans l'activité habituelle depuis le 8 octobre 2017 et de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles découlant de la dyspnée légère et de la fatigue, soit un métier sédentaire, sans port répété de charge supérieure à 10 kg, sans marche ininterrompue sur plus de 500 m, et sans utilisation fréquente d'escabeau (rapport p. 21). L'experte n'a donc pas réservé ses conclusions quant à la capacité de travail résiduelle dans l'attente d'une éventuelle intervention. Elle a d'ailleurs relevé qu'aucune indication chirurgicale n'était à ce jour retenue, mais qu'une éventuelle chirurgie vasculaire future serait décidée en fonction des prochains contrôles radiologiques, ce qui constituait une source d'inquiétude importante pour l'expertisé (rapport p. 20).

5.2.5 L'intéressé relève à cet égard que l'experte en médecine interne a noté qu'une probable intervention cardiaque serait nécessaire, que l'évolution était à contrôler par le cardiologue traitant, que cette problématique était une source de stress provoquant un facteur de surcharge, ce dont l'experte psychiatre n'avait pas tenu compte.

La chambre de céans rappelle que la Dre L_____ a interrogé l'expertisé sur ses plaintes, sur le retentissement de ces dernières ou encore sur sa perception de l'avenir. Elle a retenu que le discours de l'intéressé restait centré sur ses multiples problèmes de santé, ainsi que sur les sentiments d'abandon par rapport à ses parents biologiques et sur ses craintes d'avenir (rapport p. 28), qu'il rapportait une symptomatologie à prédominance anxieuse, autour de sa santé, et des plaintes algiques multiples (rapport p. 31). Elle a ainsi admis l'existence du trouble anxieux et dépressif mixte diagnostiqué par la psychiatre traitante (F41.2), de sorte qu'elle a tenu compte de la symptomatologie anxieuse présentée par le recourant, notamment en lien avec ses troubles somatiques.

5.2.6 Enfin, dans son écriture du 29 août 2024, le recourant a fait grief aux experts de ne pas avoir pris en compte le traumatisme qu'il avait vécu pendant la guerre, rappelant en outre que sa psychiatre traitante avait diagnostiqué un état de stress post-traumatique.

Dans son rapport du 6 août 2024, la Dre E_____ a relaté que le patient s'était sauvé de la guerre en Bosnie-Herzégovine grâce à un mouvement chaotique migratoire, passant par Zagreb, où le couple s'était caché dans les rues de la ville, sans logement ni accueil, avec un petit bébé dans les bras. Ils avaient survécu en mendiant pour manger et acheter les médicaments pour le bébé qui était tombé malade (fièvre) dans des circonstances de la vie de réfugié. La mort avait été ressentie de près. Si une trentaine d'années s'était écoulée depuis la guerre, cette dernière avait continué pour le recourant.

Il ressort de l'expertise de la Dre L_____ que l'expertisé a clairement été interrogé sur les symptômes d'un état de stress post-traumatique. Il a déclaré ne pas avoir subi de violence, d'accident ou d'agression. Il avait fui les conflits armés « sans être impliqué », avec sa famille. Ils avaient pris un bus et étaient directement venus en Suisse. La psychiatre a relevé l'absence, sur le plan psychique, de tout suivi avant 2017 et de toute hospitalisation. L'intéressé décrivait « quelques cauchemars à caractère hétéro-agressif, avec besoin de se cacher », un comportement d'évitement et une vigilance dans les lieux publics, depuis 2017-2018 (rapport p. 26). Plus loin dans son rapport, elle a indiqué que le couple avait quitté le Bosnie en 1995 « souhaitant se mettre en sécurité devant les conflits armés ». Le recourant n'avait pas été impliqué dans les combats, n'avait pas fait de service militaire. Elle a expressément rapporté les déclarations de l'intéressé à savoir « on a trouvé un minibus et on est parti et voilà » (rapport p. 27). Elle a exposé n'avoir aucun argument pour retenir un état de stress post-traumatique, car ce dernier requérait une situation exceptionnelle de menace ou catastrophique. Or, le recourant n'avait jamais participé à des conflits armés et avait pu, selon ses dires, quitter son pays sans trop de difficultés pour arriver en Suisse. Il n'avait en outre pas eu de suivi psychiatrique à son arrivée et avait pu travailler sans difficulté particulière entre 2000 et 2013 (p. 31-32). Il n'a en outre pas décrit à l'experte psychiatre de difficulté psychique « de quelque ordre » avant le début de son suivi en 2017.

Cette argumentation est convaincante et tient compte des critères diagnostiques énoncés par la psychiatre traitante, laquelle ne décrit d'ailleurs pas non plus une situation de confrontation de mort « directe ou indirecte pour soi-même, son proche ou pire pour son propre enfant ». Les circonstances dont elle fait état ne s'apparentent pas à une situation exceptionnellement menaçante ou catastrophique. Comme relevé à juste titre par le SMR dans son avis du 9 septembre 2024, la Dre E_____ n'a pas apporté d'éléments en faveur d'un nouveau diagnostic, ni en faveur d'une aggravation de l'état de santé, comme un

tentamen, une intensification du suivi, un changement de traitement médicamenteux, une hospitalisation.

Ce nouveau rapport ne contient aucun élément propre à remettre en cause les conclusions de l'expertise.

5.2.7 Force est donc de constater que les critiques du recourant à l'encontre du rapport du CEMEDEX ne sont pas justifiées et qu'aucun élément ne permet de douter des conclusions de ce document dûment motivées et convaincantes.

Dans ces conditions, la chambre de céans tiendra pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle d'employé dans une buanderie est nulle, tant sous l'angle somatique que psychique, depuis le mois d'octobre 2017. En revanche, les troubles physiques dont souffre le recourant sont compatibles avec l'exercice à plein temps d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites. Au niveau psychiatrique, la capacité de travail du recourant a été de 0% du 5 octobre 2017 au 6 juillet 2019 et est de 50% depuis le 7 juillet 2019.

À cet égard, elle relèvera encore à toutes fins utiles que l'amélioration de la capacité de travail retenue par l'experte psychiatre à partir du mois de juillet 2019 repose sur les différents avis de la Dre E_____.

En effet, dans son rapport du 29 juin 2018, la psychiatre traitante a noté que la capacité de travail était de 10 à 20% et relevé que la motivation à une reprise était « très faible ». Le 24 mai 2019, elle a attesté d'une aggravation de l'état de santé et considéré que l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle, et « difficile à dire » dans une activité adaptée. Toutefois, en date du 3 juillet 2019, elle a indiqué que l'état était « stationnaire », tout en signalant une « légère amélioration ». Elle a alors clairement considéré que la capacité de travail était de 50% dans le métier de l'intéressé et « ? » dans une fonction adaptée, étant ajouté qu'une reprise à plus de 50% était difficilement envisageable. Elle a donc attesté d'une capacité de travail partielle retrouvée, dans tout métier. Dans son rapport du 22 octobre 2020, elle ne s'est pas prononcée sur l'aptitude dans un autre travail, mais a indiqué qu'un retour dans l'ancien poste paraissait absolument impossible, car le patient était « trop contrarié » et ne s'y sentait pas attendu. Elle n'a toutefois pas signalé d'aggravation des symptômes depuis son précédent rapport, ni posé de nouveaux diagnostics. Elle a mentionné que la « stabilité » était « très fragile », que le patient n'avait pas réussi à retrouver un état thymique stable et renforcé, qu'il restait peureux, ce qui parle plutôt en faveur d'une stagnation. Enfin, dans son rapport du 26 août 2022, elle a retenu une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle et de 30% au maximum dans une activité adaptée, à examiner en fonction de l'évolution de l'aptitude physique. Elle a indiqué de façon contradictoire que l'évolution était « plutôt » négative avec le renforcement du statut d'invalidé, mais également qu'« aucune évolution positive » n'était constatée, que le patient avait présenté « une amélioration très modeste » depuis

l'introduction du traitement psychopharmacologique et que l'évolution dépendait plutôt du travail psychothérapeutique.

En outre, l'experte psychiatre a indiqué que le recourant avait décrit une évolution favorable depuis le début de sa prise en charge (rapport p. 31), estimant que son suivi était bénéfique et aidant (rapport p. 32). Elle a ainsi retenu une évolution « légèrement favorable » (rapport p. 33).

Compte tenu de l'augmentation de la capacité de travail retenue par la psychiatre traitante en juillet 2019, sans qu'une péjoration subséquente de la santé psychique ne soit établie, le changement du taux de capacité de travail retenu par la Dre L_____ apparaît suffisamment motivé.

5.3 Le recourant soutient qu'il n'est pas possible de lui demander une reconversion professionnelle au vu de son âge avancé et de ses limitations fonctionnelles, et reproche à l'intimé de ne pas avoir précisé quelle reconversion pourrait être envisagée.

5.3.1 Conformément à la jurisprudence précitée, l'intimé n'était pas tenu de désigner des activités concrètes compatibles avec les limitations fonctionnelles du recourant.

5.3.2 Cela étant, l'intéressé présente de nombreuses restrictions physiques et psychiques, lesquelles visent le travail en position debout statique, la marche, et les montées et descentes des escaliers, mais également le port de charge dès 5 kg et les mouvements sollicitant des flexions, des extensions ou des rotations du rachis cervical et lombaire et ceux en porte-à-faux. Les contre-indications concernent en outre tous les efforts avec les deux membres supérieurs au-delà de la ligne des épaules et certains mouvements avec les deux mains, dont la préhension et la prono-supination forcées. En définitive, sur le plan somatique, seule une activité sédentaire exercée en position essentiellement assise ou en position alternée assise et debout est envisageable, mais dans le respect non seulement des restrictions découlant des cervico-dorsalgies chroniques avec une scoliose dorso-lombaire et des lésions dégénératives de tout le rachis et une maladie de Forestier, mais également des troubles de la sensibilité aux deux mains avec une suspicion d'une neuropathie du nerf cubital au coude droit et une rizarthrose débutante des deux mains, ainsi que des troubles au niveau du trochiter et de l'acromio-clavicule des deux côtés. De surcroît, compte tenu des troubles psychiques, les tâches simultanées ou en grand en groupe, ainsi que celles requérant un certain apprentissage, de l'initiative, la prise de décision ou de responsabilité, ou celles pouvant générer de la frustration, ne sont pas adaptées. Enfin, le recourant ne devrait pas travailler avec des horaires irréguliers ni être trop exposé au bruit.

Qui plus est, il y a lieu de rappeler que le recourant, sans formation professionnelle, était âgé de 60 ans lorsque le rapport d'expertise a été rendu, soit un âge relativement avancé. L'intéressé ne dispose que d'une capacité de travail

partielle, de 50%, et n'a aucune expérience dans les activités manuelles fines médicalement adaptées. Il a en outre été éloigné du marché du travail depuis 2017 et ses capacités d'adaptation sont limitées, comme relevé par chacun des experts. Le spécialiste en orthopédie a relevé que le recourant semblait avoir peu de capacités et de ressources, qu'il se montrait très passif et n'avait pas d'intérêt particulier (rapport p. 13). L'experte en médecine interne a souligné l'expérience professionnelle peu variée et de nombreux facteurs extra-médicaux, dont l'âge, l'absence de qualification professionnelle et de contrat de travail (rapport p. 21). L'expert psychiatre a souligné l'âge du recourant, son peu de maîtrise du français, l'absence de formation attitrée, des ressources internes légèrement limitées, le contexte familial et le statut d'invalidé qu'il avait intégré, et estimé que le pronostic était plutôt défavorable (rapport p. 33). Enfin, le spécialiste rhumatologue a également considéré que les ressources internes paraissaient pauvres (rapport p. 42). Ainsi, dans leur appréciation consensuelle, les experts ont rappelé des difficultés dans l'entourage immédiat, avec un pronostic plutôt défavorable, en raison de l'âge, du contexte familial, de l'absence de formation, de connaissances limitées de la langue, ainsi que du statut d'invalidé qu'il avait intégré. Il restait fragile émotionnellement, avait peu d'introspections et semblait avoir fait le deuil de toutes reprises d'activités (rapport p. 3).

Eu égard à tout ce qui précède, la chambre de céans considère qu'il n'est pas envisageable que le recourant puisse exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle de 50% sur le marché du travail et que les possibilités de trouver un emploi apparaissant irréalistes.

5.3.3 En l'absence d'une capacité de gain résiduelle économiquement exploitable, il y a lieu de conclure que le recourant présente une incapacité de gain totale qui ouvre le droit à une rente d'invalidité entière.

L'intimé ne pouvait donc pas supprimer le droit à la rente entière accordée dès le 1^{er} octobre 2018.

6. Eu égard à tout ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 16 février 2024 annulée.

Vu l'issue du recours, une indemnité de CHF 2'500.- sera accordée au recourant 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]), à charge de l'intimé.

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.
3. Annule la décision du 16 février 2024.
4. Dit que le recourant a droit à une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} octobre 2018.
5. Alloue au recourant une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens, à la charge de l'intimé.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

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