

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/236/2024

ATAS/886/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 novembre 2024

Chambre 10

En la cause

A _____

recourant

représenté par Me Aliénor WINIGER, avocate

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.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en _____ 1966, de nationalité portugaise, a exercé plusieurs métiers en Suisse et travaillait en qualité de chauffeur poids lourds lorsqu'il a déposé sa première demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci après : OAI), en septembre 2011, motivée par une épitrochléite du coude droit.
- b.** Par décision du 23 mai 2013, l'OAI a nié le droit à des prestations, au motif que l'assuré disposait, à l'échéance du délai d'attente, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Sa perte de gain s'élevait à 4.56%, en tenant compte d'un abattement de 10% sur les salaires résultant des statistiques en raison de la limitation liée à l'atteinte.
- B.**
- a.** L'assuré a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI en mars 2017, en raison de problèmes au dos.
- b.** Après avoir octroyé à l'assuré une mesure d'orientation professionnelle dès août 2017, l'OAI a mis en œuvre un reclassement professionnel, par le biais d'un stage auprès de la société B_____ (ci-après : l'employeuse). L'assuré y a été engagé en tant que dispatcheur et chauffeur accompagnant dès le 1^{er} juillet 2019, pour une durée indéterminée, à un taux de 50%.
- c.** Le 15 janvier 2020, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a retenu que l'assuré souffrait de cervicalgies et lombalgies chroniques, d'une arthrose fémoro-patellaire, d'un enclavement du nerf cubital et d'un épisode dépressif prolongé. Sa capacité de travail dans son activité habituelle était nulle depuis le 26 septembre 2016 et de 50% dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles suivantes : activité sédentaire sans mouvements répétitifs et sans sollicitation en porte-à-faux du rachis dorsal et lombaire, avec possibilité d'alterner les positions.
- d.** Retenant une capacité de travail entière de l'assuré dans une activité adaptée pour la période d'août 2017 jusqu'au 31 janvier 2019, au vu des mesures de réadaptation entreprises, et une péjoration de son état de santé dès le 1^{er} février 2019 compte tenu d'une arthrose fémoro-patellaire et d'un enclavement du nerf cubital ayant justifié l'interruption de la mesure de reclassement et deux opérations, l'OAI lui a accordé une demi-rente dès le 1^{er} février 2020 (degré d'invalidité de 56%), par décision du 7 août 2020.
- e.** Le 1^{er} juin 2021, l'OAI a accusé réception d'une lettre de l'assuré indiquant qu'il avait besoin d'aide pour trouver un poste adéquat à sa condition de santé actuelle et de deux courriers des docteurs C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et D_____, spécialiste FMH en médecine interne, mentionnant la nécessité d'une réévaluation du poste de travail de l'assuré.

f. Dès le lendemain, l'assuré a présenté des certificats d'arrêt de travail à 100% et a bénéficié d'indemnités journalières versées par son assurance perte de gain.

g. Le 5 juillet 2021, le Dr D_____ a indiqué que l'assuré présentait des cervico-dorso-lombalgies chroniques, une discopathie L5-S1, un *status* post opération du ménisque du genou gauche, un état dépressif et des troubles du sommeil, engendrant une capacité de travail nulle dans son activité habituelle et dans une activité adaptée. Il renvoyait toutefois à la psychiatre traitante concernant la question du nombre d'heures de travail pouvant être réalisées par l'assuré.

h. Dans un rapport du 21 juillet 2021, la Dre C_____ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), engendrant des difficultés de concentration et d'attention, une diminution de l'élan vital et une fatigabilité durant la journée, une lenteur dans l'exécution de tâches, une anxiété importante et une faible tolérance au stress. L'assuré était totalement incapable de travailler mais pourrait reprendre son activité professionnelle à 50%, dans un environnement de travail adapté à ses limitations fonctionnelles, dès stabilisation de son état psychique.

i. Le 24 septembre 2021, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a attesté que l'assuré présentait, aux deux genoux, une chondropathie et une gonarthrose fémoro-patellaire modérées. Un travail purement sédentaire était possible à 100% compte tenu de ces atteintes, qui entraînaient des limitations du périmètre de marche, de la station debout, de la station accroupie et du port de charges.

j. L'assuré a été licencié par l'employeuse avec effet au 31 décembre 2021.

k. Le 16 février 2022, la Dre C_____ a indiqué qu'une évolution clinique de l'assuré lentement favorable était à envisager, avec une reprise progressive du travail.

l. Le 11 mars 2022, le Dr E_____ a exposé que l'assuré souffrait d'autres pathologies que celles aux genoux, à savoir d'arthrose cervicale et, à l'épaule gauche, d'une tendinopathie du sus-épineux, d'une lésion intratendineuse et d'une arthropathie acromio-claviculaire modérée. Une infiltration de l'épaule gauche avait apporté une amélioration transitoire et une intervention chirurgicale était prévue le 16 mars 2022 (résection du centimètre distal de la clavicule et décompression sous-acromiale). L'assuré allait ainsi être en incapacité totale de travail dès le 15 mars 2022 et la reprise d'une activité professionnelle dépendrait de l'évolution post-opératoire. Le médecin a joint plusieurs rapports d'imagerie, dont une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de la colonne cervicale réalisée le 3 février 2022, concluant à une cervicarthrose modérée aux niveaux C5-C6 et C6-C7 se traduisant par une dessiccation, un pincement de l'espace intersomatique et un maniement œdémateux sous-chondral de type Modic 1, ainsi qu'à une protrusion disco-ostéophytique au niveau C5-C6,

responsable d'une sténose canalaire modérée et d'une sténose foraminale bilatérale importante.

m. Dans un rapport du 14 octobre 2022, le Dr E_____ a fait état d'une évolution favorable de l'épaule gauche de l'assuré mais ne s'est pas prononcé sur sa capacité de travail.

n. Le 10 novembre 2022, la Dre C_____ a indiqué que l'assuré présentait une certaine amélioration psychique, notamment une diminution de son anxiété et une légère amélioration de ses troubles du sommeil. Son état psychique demeurait toutefois fragile. Les limitations fonctionnelles qui l'affectaient (difficultés de concentration, perte de la capacité de prise d'initiative, asthénie, lenteur dans l'exécution des tâches et faible tolérance au stress pouvant créer des tensions internes) rendaient difficile son employabilité dans le marché de l'économie libre.

o. Le 17 novembre 2022, le SMR a estimé nécessaire la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire avec des volets en orthopédie, rhumatologie, neurologie et psychiatrie, laquelle a été confiée à la F_____ (ci-après : F_____) et réalisée par les docteurs G_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, H_____, spécialiste FMH en médecine interne, I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, J_____, spécialiste FMH en neurologie, et K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Dans leur rapport d'expertise du 1^{er} septembre 2023, les experts ont retenu les diagnostics suivants :

- sur le plan musculo-ostéo-articulaire : chondropathie fémoro-tibiale interne gauche, cervicarthrose étagée, discopathie L5-S1 et *status* après acromioplastie de l'épaule gauche et résection acromio-claviculaire ;
- sur le plan neurologique : neuropathie cubitale gauche séquellaire ;
- sur le plan psychiatrique : trouble dépressif caractérisé (« majeur »), épisode actuel de gravité moyenne (F33.1) et accentuation de certains traits de la personnalité de type psychorigide, dépendant et impulsif (Z73.1) ;
- sur le plan de la médecine interne : hypertension artérielle essentielle, découverte en 2020 sans notion de complication au niveau des organes cibles, tabagisme actif sans notion de complication au niveau pulmonaire et syndrome d'hypo-apnée obstructive de degré moyen appareillé depuis avril 2023.

Même si l'assuré présentait quelques douleurs au *status* musculo-squelettique, l'imagerie parlait en faveur de troubles dégénératifs multiples de peu de gravité. S'agissant des omalgies gauches, l'évolution avait été satisfaisante à la suite de l'opération. L'évolution du rachis était fluctuante mais une amélioration avait été constatée grâce aux infiltrations L5-S1. Quant aux gonalgies gauches, l'assuré avait développé des troubles dégénératifs du compartiment interne à la suite des différentes opérations, mais le *status* actuel était rassurant. Les plaintes

douloureuses chroniques de l'assuré concernant le rachis lombaire et cervical étaient peu cohérentes face à des examens radiologiques ne montrant que des troubles dégénératifs modérés, avec une discopathie L5-S1 sans conflit discoradiculaire, et une arthrose cervicale de peu de gravité.

Du point de vue psychiatrique, la démarche de l'assuré était très légèrement ralentie, son humeur était légèrement à moyennement déprimée et l'attention et la concentration étaient normales. Des symptômes aigus de la lignée anxieuse n'avaient pas été observés, mais des traits de la personnalité psychorigide.

Les omalgies gauches entraînaient des limitations fonctionnelles quant aux activités au-dessus du plan des épaules, en porte-à-faux et de port répété de charges lourdes, l'atteinte au rachis des limitations concernant les positions statiques debout prolongées, les activités nécessitant une flexion/extension du tronc de manière répétitive ou en porte-à-faux et les ports de charges lourdes de plus de 20 kg de manière répétitive, et le genou gauche des limitations concernant les longs déplacements surtout en terrain irrégulier, la montée et descente répétitive d'escaliers et/ou d'échelles et les ports de charges lourdes. L'assuré devait aussi éviter les positions statiques debout prolongées et les travaux accroupis ou à genoux. Les limitations psychiatriques étaient, d'un côté, définies par le tableau psychopathologique avec un léger ralentissement psychomoteur et de la pensée, et la tendance de cognition négative issue directement de la maladie dépressive, et, de l'autre côté, par les traits de la personnalité psychorigide, dépendants, liés à une susceptibilité relationnelle accrue, devenus plus importants sous l'impact de la maladie dépressive. L'assuré avait besoin en première ligne d'un employeur et de collaborateurs très compréhensifs et il fallait éviter un milieu de travail stressant et/ou conflictuel, ce que ne respectait pas la dernière activité professionnelle de l'assuré. Dans une activité psychiquement adaptée, la capacité de travail moyenne résiduelle de l'assuré était de 50% depuis 2018, sous forme d'un emploi à plein temps mais avec une diminution de rendement de 50%. Du point de vue musculo-ostéo-articulaire, la dernière activité de dispatcher-dispônant était bien adaptée aux limitations fonctionnelles et une pleine capacité de travail pouvait y être attendue. Tel était également le cas sur le plan neurologique et internistique. S'agissant de la demande de révision de rente, les experts considéraient donc que la capacité de travail de l'assuré n'avait pas évolué.

p. À la demande du SMR, le 20 octobre 2023, le Dr I_____ a chiffré les items de la mini-CIF-APP qu'il avait formulés dans le cadre de son expertise, relevant que la gradation en mots permettait plus de nuances. Il a par ailleurs précisé que l'évaluation de l'item « mise en pratique des compétences et des connaissances professionnelles » concordait avec la constatation qu'il s'agissait d'un cas où la réintégration professionnelle avait réussi et où l'assuré avait une capacité de travail résiduelle sur le premier marché de travail. Le dernier poste exercé ne respectait cependant pas les limitations fonctionnelles.

q. Le 24 octobre 2023, le SMR a fait siennes les conclusions de l'expertise et a retenu une capacité de travail de l'assuré de 50% dès le 2 février 2020 (baisse de rendement de 50% sur un taux de 100%) dans son activité habituelle de dispatcheur-disponant et dans une activité adaptée. Il a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré au niveau somatique et s'était aggravé sur le plan psychiatrique. La conduite professionnelle de véhicules devait être évitée.

r. Par projet de décision du 24 octobre 2023, l'OAI a communiqué à l'assuré que son degré d'invalidité, passé de 56% à 58%, n'avait pas modifié le droit à la rente. Dès le 2 février 2020, sa capacité de travail dans son activité habituelle, et dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, était de 100% avec une baisse de rendement de 50%.

s. Le 21 novembre 2023, l'assuré a sollicité que l'OAI revoie son instruction et sollicite l'avis de ses médecins traitants. Son état de santé n'avait fait que de se dégrader ces dernières années et le cumul de ses pathologies le rendait totalement incapable de travailler. Il souffrait en outre d'une atteinte au genou droit, non prise en compte par l'OAI, et le rapport d'expertise de la F_____ était incomplet, car basé sur l'imagerie réalisée en février 2022, alors qu'il présentait des atteintes dégénératives.

L'assuré a joint à son pli un rapport de la Dre C_____ du 17 novembre 2023 dans lequel elle indiquait que l'état psychique de celui-ci s'était aggravé depuis son dernier rapport du 16 février 2022 à l'OAI, en lien avec les diverses atteintes au niveau de sa santé physique (opération de l'épaule en mars 2022, douleurs au niveau des genoux, bronchopneumopathie chronique obstructive et appareillage en raison d'apnées du sommeil depuis mars 2023). Sa thymie était triste, associée à une anhédonie partielle, une diminution de l'élan vital, des troubles du sommeil en lien avec des ruminations anxieuses autour de sa situation financière, un sentiment d'inutilité et de dévalorisation du fait qu'il ne pouvait plus travailler et assumer comme auparavant les besoins financiers de sa famille, des idées de ruine et de mort passive et une diminution de l'estime de soi. Il présentait des symptômes anxio-gènes-dépressifs de longue date, un certain ralentissement psychomoteur, des difficultés de concentration et sa capacité à gérer le stress était faible. Un environnement anxio-gène pouvait lui créer des tensions internes aggravant sa symptomatologie. Le tableau clinique actuel empêchait toute capacité de travail sur le marché ordinaire.

t. Par décision du 4 décembre 2023, l'OAI a maintenu son projet de décision et refusé d'augmenter la rente d'invalidité de l'assuré, relevant que la jurisprudence accordait plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de la capacité de travail par le médecin traitant. Ainsi, aucun élément médical objectif permettant de modifier l'appréciation du cas n'avait été apporté.

- C. a.** Par acte du 22 janvier 2024, sous la plume de son conseil, l'assuré a interjeté recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), concluant, sous suite de dépens, préalablement, à ce que l'intimé lui transmette l'expertise rhumatologique du 20 juin 2023, à ce que la chambre de céans entende ses médecins traitants, voire organise une audience de confrontation avec les experts, et à ce qu'elle ordonne une expertise judiciaire bidisciplinaire en psychiatrie et en rhumatologie et, principalement, à l'annulation de la décision et à ce que l'intimé soit condamné à lui verser les prestations légales sous forme de rentes, fondées sur un taux d'invalidité de 100% dès le 1^{er} juin 2021.

La demi-rente qui lui avait été octroyée par décision du 7 août 2020 se fondait sur des limitations physiques. Elle reposait désormais sur des limitations psychopathologiques, alors même que son état de santé sur le plan somatique s'était détérioré. S'agissant de l'expertise, elle ne disposait pas d'une pleine valeur probante, car son état de santé s'était détérioré depuis les derniers examens d'imagerie dont avaient tenu compte les experts, à tout le moins au niveau des cervicales. Les experts n'avaient pas non plus pris en considération toutes ses limitations fonctionnelles et ils avaient conclu qu'il pouvait exercer sa dernière activité de dispatcher-disponant, à tout le moins à temps partiel, alors que le rapport du SMR du 24 octobre 2023 retenait qu'il devait éviter la conduite professionnelle de véhicules. Sur le plan psychiatrique, les conditions pour qu'il puisse travailler étaient nombreuses et il était légitime de s'interroger sur sa réelle capacité à travailler. Un abattement sur le salaire statistique de 25% devait en outre être accordé.

Le recourant a produit une IRM de la colonne cervicale du 12 décembre 2023 et une lettre de convocation à une consultation de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) fixée au 24 janvier 2024, à la suite de la demande du Dr D_____ s'interrogeant sur l'éventualité d'une intervention chirurgicale.

b. Par mémoire de réponse du 12 février 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours. L'expertise avait pleine valeur probante et l'appréciation différente du cas faite par les médecins traitants n'était pas déterminante. Les facteurs justifiant un abattement sur le salaire statistique n'étaient par ailleurs pas remplis, sachant que les limitations fonctionnelles avaient déjà été prises en compte dans le cadre de la réduction de la capacité de travail.

L'intimé a par ailleurs produit un avis du SMR du 5 février 2024, retenant que le rapport de la psychiatre traitante du 17 novembre 2023 n'amenait aucun nouvel élément médical objectif qui aurait été omis par l'expert psychiatre, la symptomatologie décrite étant superposable dans les deux cas. Quant à l'IRM cervicale du 12 décembre 2023, elle ne mettait pas en évidence d'aggravation des troubles discarthrosiques connus et pris en compte par les experts, en comparaison avec celle du 3 février 2022.

c. Le 7 mars 2024, le recourant a répliqué et persisté dans ses conclusions. Il a produit les pièces suivantes :

- Rapport de la Dre C_____ du 15 février 2024, dans lequel elle retenait une péjoration de l'état de santé psychique du recourant après le projet de décision de l'intimé, car il avait jusque-là espéré pouvoir obtenir une rente entière d'invalidité. Son isolement était total, il ne voyait plus ses amis et se décrivait comme distant, même au sein de sa famille. Le traitement médicamenteux avait été majoré depuis décembre 2023. Le trouble dépressif récurrent était donc de degré sévère, et non moyen tel que retenu par l'expert. La péjoration importante de l'état de santé psychique n'était par ailleurs pas en adéquation avec un état jugé stabilisé à long terme par l'expert. L'ensemble des limitations du recourant (humeur dépressive avec émotivité importante, ralentissement psychomoteur, fatigabilité importante pendant la journée, seuil de tolérance à la frustration diminué, sentiment de dévalorisation, idées suicidaires), ainsi que ses traits de personnalité (besoin de renforcement positif constant par rapport au travail effectué, incapacité à faire face aux conflits, tensions, stress et susceptibilité relationnelle importante) rendaient son employabilité difficile, voire impossible dans le cadre du premier marché du travail. Sa capacité de travail était donc nulle.
- Rapport de consultation ambulatoire initiale du 29 janvier 2024 du docteur L_____, médecin chef de clinique au service de neurochirurgie des HUG, posant le diagnostic de canal cervical étroit avec discopathies C5-C6 et C6-C7. L'examen physique pratiqué mettait en avant une mobilité cervicale libre avec toutefois une contracture musculaire importante et l'IRM du 12 décembre 2023 montrait une dégénérescence en progression par rapport au comparatif de 2017. Une infiltration articulaire était préconisée.
- Rapport de consultation ambulatoire initiale du 28 juillet 2023 du docteur M_____, médecin chef de clinique au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, posant les diagnostics de tendinopathie du tendon rotulien du genou gauche et de chondropathie de grade II du compartiment interne du genou gauche. Les exercices de physiothérapie devaient être adaptés pour travailler spécifiquement la tendinopathie et une infiltration intra-articulaire devait être réalisée. Au vu du jeune âge du recourant et de l'atteinte dégénérative débutante, un contrôle de routine n'était pas prévu.

d. Par écriture du 26 mars 2024, l'intimé a persisté dans ses conclusions et versé à la procédure un avis du SMR du 18 mars 2024, dans lequel celui-ci soulignait que les dernières pièces médicales produites par le recourant n'apportaient pas de nouvel élément médical objectif, faisant état d'examens cliniques superposables. La possible aggravation de l'état de santé du recourant décrite par la psychiatre traitante était par ailleurs postérieure à la décision refusant d'augmenter la rente d'invalidité. La fréquence mensuelle de la psychothérapie, la poursuite du même

traitement antidépresseur depuis plusieurs années, ainsi que l'absence d'hospitalisation du recourant, allaient de plus à l'encontre d'un trouble dépressif d'intensité sévère.

e. Le 17 avril 2024, le recourant a relevé que son traitement médicamenteux avait été majoré depuis quelques mois, ce qui démontrait une aggravation de son état psychiatrique.

Il a remis un rapport de consultation de suivi du Dr L_____ du 7 mars 2024, mentionnant que les cervicalgies avaient bien répondu à un traitement infiltratif du 6 février 2024, mais que, face à la réapparition des douleurs, il fallait réaliser une scintigraphie osseuse avant de discuter d'une éventuelle chirurgie de stabilisation. Un examen neurologique de février 2024 n'avait par ailleurs pas mis en évidence de souffrance médullaire.

f. Le 6 mai 2024, l'intimé a transmis une nouvelle prise de position du SMR, du 29 avril 2024, par laquelle il maintenait sa précédente appréciation du cas.

g. Le 26 juin 2024, le recourant a exposé avoir été opéré des cervicales et remis une lettre de sortie du service de neurochirurgie, établie le 20 juin 2024, mentionnant que l'IRM de la colonne cervicale de décembre 2023 avait montré une dégénérescence en progression par rapport au comparatif de 2017. Le traitement conservateur ayant été épuisé et la scintigraphie osseuse ayant montré une hypercaptation des disques pouvant expliquer la dysfonction des segments vertébraux et participer, au moins en partie, aux douleurs, une arthrodèse en C5-C6 et C6-C7 avait été réalisée le 18 juin 2024 avec pose de cages. Un arrêt total de travail était délivré jusqu'au 31 juillet 2024.

h. Le 2 juillet 2024, l'intimé a soutenu que les faits précités ne pouvaient être retenus dans le cadre de la présente procédure, car postérieurs à la décision du 4 décembre 2023.

Il a par ailleurs remis un avis du SMR du 2 juillet 2024 exposant que l'expert s'était basé sur une IRM plus récente que celle de 2017, du 1^{er} février 2022, dont les conclusions étaient comparables à celles de décembre 2023. Les deux IRM concluaient en effet à une discarthrose en C5-C6 et C6-C7, à la présence d'une sténose foraminale et canalaire et à une inflammation de type Modic 1, ce qu'avait confirmé la scintigraphie osseuse. Les plaintes du recourant lors de l'hospitalisation étaient en outre semblables à celles lors de l'expertise et se traduisaient sous forme de cervicalgies avec fourmillements dans les trois derniers doigts de la main gauche. Le recourant, qui avait été opéré du fait que les douleurs cervicales n'avaient pas répondu au traitement conservateur, se trouvait en incapacité totale depuis le premier jour de son hospitalisation uniquement.

i. Ladite écriture a été transmise au recourant.

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 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, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA) et du fait que le 20 janvier 2024 était un samedi (art. 38 al. 3 LPGA), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision du 4 décembre 2023 refusant d'augmenter la rente d'invalidité du recourant, en particulier sur l'évaluation de son invalidité dès le 1^{er} juin 2021.

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. Dans le cadre de cette modification, l'art. 17 LPGA, portant sur la révision des rentes d'invalidité et applicable par renvoi de l'art. 1 al. 1 LAI, a également été adapté.

Conformément à la let. c des dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020, l'ancien droit s'applique aux bénéficiaires de rente dont le droit à la rente a pris naissance avant l'entrée en vigueur de la modification et qui ont 55 ans révolus au moment de l'entrée en vigueur de la modification.

En l'occurrence, le recourant était âgé de 55 ans au 1^{er} janvier 2022 et son droit à la rente est né avant cette date, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

3.2 Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (arrêt du Tribunal fédéral I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.).

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. Selon l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

L'augmentation de la rente prend par ailleurs effet, si la révision est demandée par l'assuré, dès le mois où cette demande est présentée (art. 88^{bis} al. 1 let. a RAI).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. En effet, la base de comparaison déterminante dans le temps pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente est constituée par la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et la référence).

Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9).

3.3 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 ou mentale 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. 1 LAI, 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 (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. La rente est entière si l'assuré est invalide à 70% au moins, s'élève 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 (art. 28 al. 2 LAI).

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

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 et la référence).

3.4 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

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

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral 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 par ailleurs 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 (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).

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 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_458/2023 du 18 décembre 2023 consid. 3.2 et la référence).

4. En l'espèce, le recourant conteste la force probante de l'expertise pluridisciplinaire réalisée par la F_____ pour plusieurs motifs. D'une part, celle-ci n'aurait pas pu tenir compte de la péjoration de son état psychique après le projet de décision et, d'autre part, les experts se seraient fondés sur une imagerie médicale ancienne ne montrant pas la détérioration de ses cervicalgies, n'auraient pas pris en considération une tendinopathie rotulienne du genou gauche et auraient estimé que sa précédente activité de dispatcher-dispônant était adaptée à ses limitations fonctionnelles, alors que le SMR retenait qu'il devait éviter la conduite professionnelle de véhicules.

4.1 La critique du recourant sur ce dernier point n'est pas fondée. En effet, celui-ci a été engagé dès le 1^{er} juillet 2019 en tant que « dispatcher et chauffeur accompagnant » par l'employeuse, et non, à titre principal, en tant que chauffeur. Par ailleurs, selon le rapport rempli par l'employeuse, les tâches usuelles de l'intéressé consistaient à réguler les différentes courses des chauffeurs et à effectuer de la saisie informatique. Il devait ainsi principalement gérer les trajets en fonction des demandes des clients, répondre au téléphone et prendre les rendez-vous ; il ne procédait qu'occasionnellement à des vérifications sur place et à des transports de clients. S'agissant plus précisément de la fréquence de réalisation des différentes tâches, l'employeuse a indiqué que l'activité de régulation des transports, téléphone et saisie informatique était effectuée « souvent » (34-66% du temps de travail), celle de déplacements dans les bureaux « parfois » (6-33% du temps de travail), tandis que celle de déplacements chez des clients à l'extérieur l'était « rarement » (1-5% du temps de travail). Au surplus, le SMR a considéré que la conduite professionnelle devait être évitée, et non pas prohibée. Il s'agit ainsi d'une limitation d'épargne, qui ne rend pas la précédente activité professionnelle incompatible avec l'état de santé du recourant au vu des tâches concrètes qu'il effectuait pour l'employeuse, et qui ne remet pas en cause les conclusions des experts.

4.2 Concernant l'imagerie médicale relative aux cervicales analysée par les experts, il est évident que ceux-ci ne pouvaient prendre en considération l'IRM réalisée en décembre 2023, soit postérieurement aux entretiens menés avec le recourant et à la rédaction du rapport d'expertise. Il reste néanmoins à déterminer si cette dernière IRM fait état, comme le soutient le recourant, d'une évolution de son état de santé qui modifierait les conclusions des experts, étant relevé qu'un rapport médical rendu postérieurement au prononcé de la décision litigieuse doit être pris en considération, s'il il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

En tant que telles, les conclusions des deux rapports d'IRM de février 2022 et de décembre 2023 sont relativement similaires : il est retrouvé, dans les deux cas, une discarthrose en C5-C6 et C6-C7, une sténose canalaire et une sténose foraminale bilatérale, surtout en C5-C6, qui étaient déjà considérées comme

importantes en 2022. De plus, dans le cadre de la présente procédure, le SMR a, à plusieurs reprises, souligné que les deux IRM étaient comparables et le recourant ne produit pas d'appréciation médicale contraire. Ainsi, même si le Dr L_____ a fait état à deux reprises d'une dégénérescence en progression par rapport au comparatif de 2017 – qui ne figure pas au dossier –, il ne peut être considéré que les conclusions des experts sont dépassées, l'IRM de décembre 2023 ne mettant pas en évidence une évolution déterminante des cervicalgies par rapport aux clichés de 2022.

Le fait que le recourant ait finalement été opéré des cervicales en juin 2024 ne permet pas non plus d'infirmier les conclusions de l'expertise sur le plan orthopédique et rhumatologique, les plaintes du recourant restant comparables lors de celle-ci et lors des examens aux HUG (douleurs cervicales avec tensions musculaires et irradiation aux épaules, céphalées, fourmillements au membre supérieur). Les *status* ostéoarticulaire et neurologique lors de l'expertise et avant l'opération font par ailleurs, eux aussi, état de constatations similaires (palpation douloureuse de la musculature cervicale et épineuse, bonne mobilité cervicale, paresthésies au niveau de la main gauche). Si une indication opératoire a finalement été posée, c'est au regard du fait que le recourant avait épuisé toutes les options de traitement conservateur et que les discopathies pouvaient, de l'avis des médecins des HUG, au moins en partie participer à ses douleurs. Cela ne suffit pas à invalider les conclusions de l'expertise, ce d'autant plus qu'elle retient déjà des limitations au niveau du rachis (positions statiques debout prolongées, activités nécessitant une flexion/extension du tronc de manière répétitive ou en porte-à-faux, et ports répétitifs de charges lourdes de plus de 20 kg) et que le recourant ne se prévaut pas d'autres limitations qui seraient induites par les cervicalgies.

4.3 Le recourant fait encore grief aux experts de ne pas avoir tenu compte de l'existence d'une tendinopathie du tendon rotulien du genou gauche, retenue par le Dr M_____ dans son rapport du 28 juillet 2023.

Cette critique tombe à faux. S'il est certes exact que ce diagnostic n'a pas été mentionné dans l'expertise – le dossier constitué par l'intimé ne contenant pas l'IRM du 14 juillet 2023 sur laquelle se fonde l'orthopédiste traitant pour justifier son diagnostic – il n'en demeure pas moins que, tant les plaintes du recourant que les examens cliniques réalisés par l'expert, font état de gonalgies antérieures. En particulier, la palpation des structures osseuses, notamment des plateaux tibiaux, de la tubérosité tibiale antérieure, des deux condyles et de la rotule, a été décrite comme douloureuse à gauche. L'expert a ainsi diagnostiqué une chondropathie fémoro-tibiale interne gauche et retenu des limitations à ce titre (longs déplacements, surtout sur terrain irréguliers, montées et descentes répétitives, et ports de charges lourdes). Or, aucun élément médical ne permet de conclure que la tendinopathie rotulienne engendrerait d'autres limitations fonctionnelles, et le recourant ne le prétend pas. Dans ces circonstances, les conclusions de l'expertise ne sont pas remises en cause par les constatations du Dr M_____, celui-ci parlant

d'ailleurs d'atteinte dégénérative débutante ne nécessitant pas de contrôle de routine. Du reste, l'invalidité au sens des assurances sociales est une notion économique, impliquant que l'atteinte à la santé n'est à elle seule pas déterminante et ne sera prise en considération que si elle a des effets sur la capacité de gain de l'assuré (cf. consid. 3.3 ci-dessus), ce qui n'est pas le cas en l'occurrence.

4.4 Sur le plan psychique, se référant au rapport de sa psychiatre traitante du 15 février 2024, le recourant se prévaut d'une détérioration de son état de santé après le prononcé du projet de décision par l'intimé et de ce que le trouble dépressif récurrent l'affectant serait de degré grave, et non moyen tel que retenu par l'expert.

À l'inverse de ce que soutient l'intimé, la péjoration psychique relatée par la Dre C_____ est effectivement antérieure à la décision du 4 décembre 2023, puisqu'elle serait intervenue après la notification du projet de décision, le recourant ayant auparavant connu une certaine stabilité psychique et espéré voir sa rente d'invalidité augmenter.

Il n'en demeure pas moins que cet élément ne saurait remettre en cause les conclusions de l'expert psychiatre. Celui-ci a en effet précisé que le trouble dépressif est une maladie évoluant par phases avec des épisodes de gravité fluctuante, et que le sujet peut avoir des phases de rémission partielle ou des péjorations pouvant durer quelques semaines ou mois. Faisant abstraction de ces fluctuations, l'état psychique à long terme était stabilisé dans le cas d'espèce. Ces explications ne sont pas remises en cause par la Dre C_____ et la décompensation psychique du recourant s'inscrit pleinement dans l'évolution par phases du trouble dépressif, telle que décrite par l'expert. Il sied en outre de constater que, même avant le projet de décision du 24 octobre 2023, la psychiatre diagnostiquait un trouble dépressif récurrent de degré grave, de sorte que l'aggravation de la symptomatologie qu'elle mentionne doit être relativisée. En outre, si la médication du recourant a bien été majorée depuis décembre 2023 (sans autre précision sur le plan temporel), le rythme mensuel conservé des rendez-vous parle en défaveur d'une décompensation psychique grave.

Hormis le degré de gravité du trouble dépressif récurrent et le taux de capacité de travail du recourant, il apparaît par ailleurs que les conclusions de l'expert et de la Dre C_____ se rejoignent. Tous deux insistent en particulier sur le fait que le recourant, au vu de ses traits de personnalité, a besoin d'un environnement de travail sans stress et non conflictuel. La conclusion qu'en tire la psychiatre traitante, à savoir qu'une telle activité serait difficile, voire impossible, dans le cadre du marché primaire de l'emploi, ne peut cependant être suivie.

L'incapacité de gain entrant en considération pour déterminer l'invalidité se mesure à l'aune du marché équilibré du travail (art. 16 LPGA). Selon la jurisprudence, même si l'on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives, il n'y

a cependant 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 et il est possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail, notamment lorsque 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 (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).

Or, en l'occurrence, les exigences auxquelles doit répondre une activité adaptée sur le plan psychique ne sont pas irréalistes, la possibilité de trouver un employeur compréhensif et un climat de travail sans conflits et source de stress n'étant pas improbable, malgré les exigences actuelles du monde du travail. Cela est d'autant plus vrai que, selon le rapport d'expertise, le travail que le recourant effectuait en faveur de l'employeuse était extrêmement stressant et prenait beaucoup plus de temps et d'énergie psychique que ce qui correspondait à un taux de 50%, ce pourquoi il été jugé non adapté par l'expert psychiatre. Le recourant a de plus admis que le poste de travail était adapté en terme de type d'activité, le problème s'étant situé au niveau du non-respect des conditions-cadres (*cf.* p. 4 de l'expertise en médecine interne). Avec l'expert psychiatre, il est ainsi possible de retenir que la réadaptation professionnelle du recourant a réussi et qu'il dispose d'une capacité de travail exploitable sur le marché du travail.

En définitive, l'appréciation différente du taux de capacité de travail du recourant dans une activité adaptée faite par la Dre C_____ n'est pas suffisante, à défaut d'élément médical objectif ignoré par l'expert, pour remettre en question les conclusions de ce dernier, au vu de la jurisprudence afférente à l'appréciation et à la force probante des différents rapports médicaux (*cf.* consid. 3.4 *supra*). L'on remarquera enfin que la médecin semblait initialement retenir, dans ses rapports de juillet 2021 et février 2022, que le recourant pourrait retrouver une capacité de travail dans une activité adaptée dès que son état serait stabilisé et que ce n'est que par la suite, dès novembre 2022, qu'elle a estimé que ceci ne pourrait plus être le cas, alors qu'elle faisait pourtant état d'une certaine amélioration de son état de santé.

4.5 Le recourant fait encore valoir que l'expertise pluridisciplinaire mentionne une expertise rhumatologique réalisée le 20 juin 2023, ne figurant pas au dossier, et sollicite sa production par l'intimé, ce sur quoi ce dernier ne s'est pas prononcé.

D'après le rapport d'expertise, l'expert principal avait été le Dr G_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et chargé de l'évaluation

rhumatologique. À cette fin, il avait reçu le recourant en consultation le 20 juin 2023, date correspondant aussi à celle de l'expertise rhumatologique. Le rapport d'expertise médicale du 1^{er} septembre 2023 se décompose par ailleurs en deux parties, la première se présentant sous la forme de chapitres généraux (chapitre 1 : situation initiale et aspects formels ; chapitre 2 : synthèse du dossier), puis de chapitres afférents à la situation ostéoarticulaire (chapitre 3 : entretien ; chapitre 4 : constatations ; chapitre 5 : informations éventuelles fournies par des tiers) et, dès le chapitre 6, de l'évaluation médicale multidisciplinaire (*cf.* chapitre 9 qui expose que dès le chapitre précité, l'évaluation est consensuelle). Les annexes mentionnées au pied de la dernière page de cette première partie de l'expertise, signée par tous les experts, font référence à une expertise psychiatrique, respectivement rhumatologique, neurologique et orthopédique, l'expertise en médecine interne n'étant pas mentionnée. En deuxième partie, sont jointes les différentes expertises par spécialité, signées par chaque expert responsable, aucune expertise rhumatologique n'étant fournie.

La question de savoir si le Dr G _____ a rédigé un rapport distinct d'expertise rhumatologique n'est pas claire au regard des éléments cités ci-dessus. Ce point ne paraît cependant pas déterminant, car la première partie de l'expertise contient non seulement les plaintes du recourant sur le plan musculo-ostéo-articulaire, mais aussi les constatations de l'expert sur ce point, ainsi que l'énumération des limitations fonctionnelles pertinentes et les conclusions en terme de capacité de travail. L'expertise du 1^{er} septembre 2023 est ainsi suffisante pour juger de l'état de santé du recourant sur le plan rhumatologique, ce d'autant plus que le recourant n'invoque aucun élément de cette spécialité qui n'aurait pas été pris en considération.

Le grief doit ainsi être rejeté, par appréciation anticipée des preuves.

4.6 En définitive, la chambre de céans retiendra qu'une pleine force probante peut être accordée à l'expertise du 1^{er} septembre 2023, celle-ci étant fondée sur les pièces pertinentes au dossier, comprenant une anamnèse, la description des plaintes du recourant et de son quotidien, des constatations cliniques, des diagnostics et limitations fonctionnelles clairs, et une appréciation convaincante de sa capacité de travail. L'expertise psychiatrique répond par ailleurs aux exigences de la jurisprudence concernant l'évaluation de la capacité de travail au moyen d'un catalogue d'indicateurs au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4 ; 143 V 409 consid. 4.4). Enfin, la situation du recourant a été discutée de manière consensuelle entre les experts, lesquels sont parvenus à la conclusion que la capacité de travail du recourant n'avait pas évolué depuis le dernier prononcé de rente, puisqu'il pouvait être attendu qu'il travaille à 50% dans une activité adaptée (emploi à plein temps avec diminution de rendement de 50%), compte tenu de sa psychopathologie.

4.7 La contradiction que voit le recourant entre la décision du 7 août 2020 – qui accordait une demi-rente d'invalidité en raison de limitations fonctionnelles somatiques dues à une arthrose fémoro-patellaire et à l'enclavement du nerf cubital – et la décision querellée, retenant une diminution de la capacité de travail en raison du trouble psychique, alors même que sa situation s'était aussi dégradée sur le plan physique, n'est pas fondée.

En effet, selon la jurisprudence, lors de la révision d'une rente d'invalidité, lorsque la comparaison des états de fait déterminants dans le temps met en évidence une modification des circonstances pertinentes, le droit à la rente doit être examiné à nouveau sous tous ses aspects factuels et juridiques (« *allseitige Prüfung* »), sans que les évaluations antérieures ne revêtent un caractère obligatoire. Il n'est par conséquent pas nécessaire que ce soit l'élément de fait qui s'est modifié qui conduise à fixer différemment le droit à la rente et il suffit qu'à la suite de la modification d'une circonstance, un autre élément déterminant résultant de l'examen complet du droit à la prestation entraîne une augmentation, une diminution ou une suppression de la rente. Le Tribunal fédéral a ainsi retenu que, dans le cadre de la nouvelle évaluation de l'état de santé et de la capacité de travail, un trouble de santé s'ajoutant au tableau clinique existant ne faisait pas obstacle à une suppression de la rente. Sont susceptibles de faire l'objet d'une nouvelle évaluation, éventuellement divergente, les aspects qui font l'objet d'une hypothèse, par exemple les revenus sans et avec invalidité et les hypothèses qui les sous-tendent, l'état de santé ou la capacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C_240/2023 du 14 mars 2024 consid. 7.1.2 et les références).

Or, en l'espèce, le prononcé de rente du 7 août 2020 était fondé sur l'avis du SMR du 15 janvier 2020 qui retenait une capacité de travail du recourant de 50% dans une activité adaptée, correspondant à ce qu'avait alors attesté le Dr E_____. Dans le cadre de la révision, ce médecin n'a pas repris ses précédentes conclusions, mais a indiqué que, dans une activité purement sédentaire, le recourant était apte à travailler à 100% au regard de la chondropathie fémoro-patellaire modérée présente au niveau des genoux. Il ne s'est ensuite plus prononcé sur la question de la capacité de travail du recourant. Les réponses du Dr E_____ ne permettaient ainsi plus de maintenir les précédentes conclusions médicales, raison pour laquelle le SMR a notamment requis la réalisation d'une expertise, laquelle a abouti – de manière convaincante – à la conclusion que les limitations fonctionnelles somatiques du recourant ne l'empêchaient pas de travailler à 100% dans une activité adaptée.

4.8 Dans la mesure où les conclusions de l'expertise ont été jugées concluantes, les mesures d'instruction sollicitées par le recourant n'apparaissent pas pertinentes et il n'y sera pas fait suite.

5. Il reste à déterminer quelle est l'invalidité du recourant dès le 1^{er} juin 2021, au regard de l'évaluation de son état de santé dès cette date.

À ce titre, le recourant critique l'absence d'abattement sur le salaire avec invalidité fondé sur les statistiques.

5.1 Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGA).

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

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 143 V 295 consid. 2.3 et les références ; 129 V 222 ; 128 V 174). Quand la comparaison des revenus est effectuée dans le cadre d'une révision de la rente, il convient de se placer au moment où le droit à la rente est modifié, en tenant compte, dans l'assurance-invalidité, des constellations prévues aux art. 88a et 88^{bis} RAI (Margrit MOSER-SZELESS, *in* Commentaire romand de la LPGA, 2018, n. 41 *ad* art. 16 LPGA).

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

Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 143 V 295 consid. 2.2 et la référence ; 135 V 297 consid. 5.2 et les références). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les

salaires mensuels indiqués dans la table TA1 de l'ESS, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1_skill_level (ATF 142 V 178). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3).

5.2 S'agissant de la mesure dans laquelle les salaires avec invalidité ressortant des statistiques doivent être réduits, l'art. 26^{bis} al. 3 RAI, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2022 dans le cadre de la modification du RAI du 3 novembre 2021 (RO 2021 706), prévoit que si, du fait de l'invalidité, les capacités fonctionnelles de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 1^{bis} RAI ne lui permettent de travailler qu'à un taux d'occupation de 50% ou moins, une déduction de 10% pour le travail à temps partiel est opérée sur la valeur statistique. Dès le 1^{er} janvier 2024, cette déduction a été portée à 20% (modification du RAI du 18 octobre 2023, RO 2023 635).

Ces nouveaux principes pouvant conduire à une solution plus favorable pour le recourant, il sied d'examiner si les modifications du RAI sont applicables dans le cas d'espèce.

La modification du RAI du 3 novembre 2021 n'a pas été suivie d'une disposition transitoire particulière à ce sujet. Par contre, selon l'al. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du 18 octobre 2023, pour les rentes en cours à l'entrée en vigueur de cette modification qui correspondent à un taux d'invalidité inférieur à 70% et pour lesquelles le revenu avec invalidité a été déterminé sur la base de valeurs statistiques et n'a pas déjà fait l'objet d'une déduction de 20%, une révision est engagée dans les trois ans qui suivent l'entrée en vigueur de la présente modification. Si la révision devait conduire à une diminution ou à une suppression de la rente, il y sera renoncé. Si elle devait conduire à une augmentation de la rente, celle-ci prendra effet à l'entrée en vigueur de la présente modification.

La lettre circulaire AI n° 432 du 9 novembre 2023 établie par l'Office fédéral des assurances sociales précise que si l'évaluation du taux d'invalidité sur la base des dispositions du RAI, dans sa version valable à partir du 1^{er} janvier 2024, entraîne une modification du taux d'invalidité d'au moins 5 points de pourcentage, il y a lieu de passer au système de rentes linéaire, pour les rentes qui n'ont pas encore été transférées dans ce nouveau système. Si, par contre, la modification du taux d'invalidité est inférieure à 5 points de pourcentage, l'éventuelle adaptation réalisée sur la base de la déduction forfaitaire se fait encore sous l'ancien système de rentes par paliers de quarts de rente. En outre, selon le ch. 5 de ladite circulaire, les rentes en cours perçues par des assurés dont le droit à la rente est né avant le 1^{er} janvier 2022 et qui avaient déjà atteint l'âge de 55 ans au 1^{er} janvier 2022 (pour les hommes nés entre 1957 et 1966, de même que pour les femmes nées entre 1958 et 1966) ne font pas l'objet d'une révision. Ces assurés restent soumis aux

dispositions légales en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (let. c des dispositions transitoires de la modification de la LAI du 19 juin 2020).

Au vu de ce qui précède, il doit être conclu que le cas d'espèce reste soumis au droit en vigueur avant le 1^{er} janvier 2022, le recourant bénéficiant déjà d'une rente d'invalidité et étant âgé de plus de 55 ans à cette date.

5.3 Il ressort de la jurisprudence développée avant l'entrée en vigueur de l'art. 26^{bis} al. 3 RAI que l'abattement imputable sur le salaire avec invalidité fondé sur les statistiques dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 134 V 322 consid. 5.2 et les références). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération ; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidité, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références).

Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; 123 V 150 consid. 2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

Une réduction au titre du handicap dépend de la nature des limitations fonctionnelles présentées et n'entre en considération que si, sur un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_280/2022 du 1^{er} mars 2023 consid. 7.2.3 et les références). Dans la mesure où le niveau de compétence 1 de l'ESS comprend déjà un grand nombre d'activités légères et modérément lourdes, un abattement de ce fait ne se justifie en général pas (arrêts du Tribunal fédéral 8C_48/2021 du 20 mai 2021 consid. 4.3.4 et les références ; 9C_386/2012 du 18 septembre 2012 consid. 5.2). D'éventuelles limitations liées à la santé, déjà comprises dans l'évaluation médicale de la capacité de travail, ne doivent par ailleurs pas être prises en compte une seconde fois dans l'appréciation de l'abattement, conduisant

sinon à une double prise en compte du même facteur (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 146 V 16 consid. 4.1 et ss et les références).

S'agissant de l'âge, bien que ce facteur soit inclus dans le cercle des critères déductibles, il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement. Selon la jurisprudence, l'effet de l'âge combiné avec un handicap doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret, les possibles effets pénalisants au niveau salarial induits par cette constellation aux yeux d'un potentiel employeur pouvant être compensés par d'autres éléments personnels ou professionnels tels que la formation et l'expérience professionnelle de l'assuré concerné (arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 précité consid. 5). Aussi, en présence d'un assuré de plus de 50 ans, la jurisprudence insiste sur l'effet de l'âge combiné avec un handicap, qui doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret (arrêt du Tribunal fédéral 9C_341/2023 du 29 janvier 2024 consid. 6.2.3 et les références). Le Tribunal fédéral a considéré qu'un assuré ayant accompli plusieurs missions temporaires, alors qu'il était inscrit au chômage consécutivement à la cessation d'activité de son ancien employeur, disposait d'une certaine capacité d'adaptation sur le plan professionnel susceptible de compenser les désavantages compétitifs liés à son âge (59 ans au moment déterminant), surtout dans le domaine des emplois non qualifiés qui sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur le marché équilibré du travail (arrêts du Tribunal fédéral 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 5 ; 8C_403/2017 du 25 août 2017 consid. 4.4.1 et 8C_805/2016 du 22 mars 2017 consid. 3.4.3). Il a également contesté un abattement dans le cas d'un assuré âgé de 55 ans au motif que ses excellentes qualifications personnelles, professionnelles et académiques constituaient un avantage indéniable en terme de facilité d'intégration sur le marché du travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_375/2019 du 25 septembre 2019 consid. 7.3).

Concernant le taux de travail, le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de constater que le travail à plein temps n'est pas nécessairement mieux rémunéré que le travail à temps partiel ; dans certains domaines d'activités, les emplois à temps partiel sont en effet répandus et répondent à un besoin de la part des employeurs, qui sont prêts à les rémunérer en conséquence (ATF 126 V 75 consid. 5a/cc ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_49/2018 du 8 novembre 2018 consid. 6.2.2.2). Cela étant, si selon les statistiques, les femmes exerçant une activité à temps partiel ne perçoivent souvent pas un revenu moins élevé proportionnellement à celles qui sont occupées à plein temps (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2011 du 30 avril 2012 consid. 4.2.2), la situation se présente différemment pour les hommes ; le travail à temps partiel peut en effet être synonyme d'une perte de salaire pour les travailleurs à temps partiel de sexe masculin (arrêts du Tribunal fédéral 8C_805/2016 du 22 mars 2017 consid. 3.2 et 9C_10/2019 du 29 avril 2019 consid. 5.2.1).

5.4 En l'occurrence, l'intimé n'a procédé à aucun abattement sur le salaire issu de l'ESS, mentionnant que les critères admis par la jurisprudence ne permettraient pas une réduction supplémentaire. Le recourant estime pour sa part que ses nombreuses limitations justifient un abattement de 25%.

Contrairement à ce que soutient le recourant et au vu des principes exposés plus haut, les limitations fonctionnelles qu'il présente ne justifient pas un abattement sur le salaire avec invalidité. Celles de nature psychiatrique ont en effet été prises en considération dans le cadre de la détermination de sa capacité de travail et, au vu du fait que le niveau de compétence 1 de l'ESS – appliqué en l'espèce – comprend un grand nombre d'emplois physiquement peu exigeants, ses limitations sur le plan somatique ne sont pas non plus déterminantes au regard du salaire qu'il pourrait obtenir. Les limitations physiques du recourant, telles que retenues par l'expertise, ne l'empêchent en particulier pas de réaliser des activités professionnelles légères, en position assise et/ou alternée. Quant à la restriction concernant la conduite automobile prise en considération par le SMR, elle n'a pas d'influence dans la mesure où le marché du travail offre suffisamment de perspectives d'emploi ne nécessitant pas cette fonction.

L'âge du recourant au moment de la révision (54 ans) ne permet pas non plus de procéder à un abattement. Le recourant se trouvait alors en effet encore relativement éloigné de l'âge de la retraite et, compte tenu de ses diverses expériences professionnelles et de la réadaptation effectuée dans un nouveau métier à plus de 50 ans, malgré un trouble psychique déjà installé et certaines limitations physiques, il a démontré avoir encore une certaine faculté d'intégration dans le monde professionnel.

Concernant le critère du taux d'occupation, celui-ci ne peut justifier dans le cas d'espèce un abattement. En effet, même si, selon le tableau TA18, les hommes actifs en-dessous d'un taux d'occupation de 75% doivent compter sur des salaires plus bas que ceux actifs à plus de 90% (en équivalent plein temps), le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une personne assurée est capable de travailler à plein temps mais avec une diminution de rendement, celle-ci est prise en considération dans la fixation de la capacité de travail et qu'il n'y a pas lieu, en sus, d'effectuer un abattement à ce titre (arrêts du Tribunal fédéral 9C_780/2023 du 23 avril 2024 consid. 6 et les références ; 9C_360/2022 du 4 novembre 2022 consid. 4.3.3 et les références).

Un autre facteur d'abattement ne se laisse pas non plus déduire des faits de la cause et le calcul du degré d'invalidité en fonction de la comparaison des revenus apparaît correct, étant relevé que, contrairement à ce qu'indique la décision litigieuse, l'emploi du recourant dès 2019 ne constituait pas son activité habituelle, mais l'activité exercée après la réadaptation professionnelle. L'intimé a néanmoins correctement appliqué le salaire de 2015 dans son calcul de l'invalidité, résultant du compte individuel du recourant, alors qu'il exerçait en tant que chauffeur poids lourds.

Il faut ainsi confirmer le taux d'invalidité de 58% et l'octroi d'une demi-rente en faveur du recourant.

6. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

Il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

La présidente

Melina CHODYNIECKI

Joanna JODRY

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