

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1693/2023

ATAS/82/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 8 février 2024

Chambre 5

En la cause

A _____

recourant

représenté par Me Éric MAUGUÉ, avocat

contre

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

intimé

Siégeant : Philippe KNUPFER, président.

EN FAIT

A. a. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en _____ 1969, employé par la société B_____ SA en qualité de maçon, a subi une incapacité de travail, pour raison de maladie, qui a débuté le 24 septembre 2019. Groupe Mutuel assurances, agissant en qualité d'assureur perte de gain maladie, a transmis une demande de prestations invalidité complétée par l'assuré, en date du 21 février 2020, à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

b. La demande de prestations invalidité mentionnait que l'assuré souffrait d'une hernie discale, depuis la fin du mois d'août 2019. Son médecin traitant était le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie.

c. Lors de l'instruction, l'assuré a transmis à l'OAI une lettre de sortie des soins aigus, du département des neurosciences cliniques des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), signée par la docteure D_____, médecin cheffe de clinique du service de neurochirurgie, dont il ressortait que l'assuré avait été admis le 9 octobre 2019 pour une lombosciatalgie gauche avec parésie du releveur du pied gauche. Le diagnostic principal posé était une hernie discale L4 – L5 avec compression de racine L5 à gauche. Une IRM du lombosacrée avait été préalablement effectuée, au centre Jean Violette, en date du 3 octobre 2019. Une intervention chirurgicale a été pratiquée le 9 octobre 2019 par la Dre D_____ pour une microdiscectomie L4 – L5 gauche sous microscope. L'opération s'est bien déroulée et l'assuré a été renvoyé à son domicile le jour même.

d. À la demande de l'OAI, le Dr C_____ a transmis un rapport médical daté du 9 mars 2020, dont il ressortait que l'assuré était en incapacité de travail à 100% depuis le 24 septembre 2019, jusqu'à présent. Le diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail était une sciatique L5 déficitaire sur hernie discale. S'agissant du potentiel de réadaptation et du nombre d'heures de travail par jour qui pouvait raisonnablement être atteint par l'assuré, le Dr C_____ renvoyait à la neurochirurgienne, soit la Dre D_____. Les limitations fonctionnelles indiquées étaient les suivantes : pas de port de charges égales ou supérieures à 10 kg et pas de marche sur une distance supérieure à un kilomètre.

e. Dans un rapport médical daté du 9 mars 2020 et transmis à l'OAI, la Dre D_____ a mentionné la hernie discale et l'opération ainsi qu'une persistance des douleurs au niveau L5. Selon le médecin, une IRM datée du 16 janvier 2020 ne montrait pas de récurrence claire. Elle avait proposé un traitement conservateur, avec des infiltrations, ainsi que de la physiothérapie, et mentionnait que les douleurs du pied gauche persistaient et qu'il était possible que le travail de maçon devienne « impossible » pour ce dernier. La situation devait être réévaluée dans les mois qui suivaient. Dans son rapport de consultation ambulatoire de suivi daté du 1^{er} avril 2020 et adressé au Dr C_____, la Dre D_____ a mentionné que des douleurs résiduelles, après le traitement chirurgical, étaient toujours présentes

mais qu'au vu de la bonne évolution, elle arrêta le suivi neurochirurgical, le patient se disant très content et prêt à retravailler.

f. Le Dr C_____ a transmis à l'OAI, en date du 21 septembre 2020, un rapport médical actualisé décrivant une amélioration de la situation depuis son rapport de mars 2020 et une reprise du travail à 100% par l'assuré, qui bénéficiait de restrictions, au bon vouloir de son employeur. Les restrictions et limitations fonctionnelles décrites étaient d'éviter les escaliers de manière répétitive, dès le troisième étage ainsi que le port de charges lourdes, supérieures à 10 kg, de manière répétitive.

g. Dans un questionnaire daté du 21 octobre 2020, l'employeur a confirmé à l'OAI la reprise du travail de l'assuré, dès le 23 mars 2020 à 100%.

h. Par projet de décision du 27 octobre 2020, l'OAI a refusé le droit à une rente d'invalidité. Le projet a été confirmé par une décision datée du 7 décembre 2020, qui est entrée en force.

i. Dès le 24 septembre 2021, l'assuré a subi une nouvelle incapacité de travail pour raison de maladie, suite à de nouvelles douleurs du rachis qui l'ont conduit à consulter à nouveau le Dr C_____. Une IRM de la colonne lombo-sacrée du 13 septembre 2021 a été effectuée, sous indication de récurrence de sciatique type L4 – L5 gauche chez un patient connu pour une parésie du releveur du pied gauche, depuis 2019, avec opération pour une hernie L4 – L5 postéro latérale gauche migrée caudalement. Le docteur E_____, spécialiste FMH en radiologie, a commenté l'IRM avant de conclure à un status post opératoire L4 – L5 gauche sans résidus ou récurrence de hernie discale et anomalie de signal d'allure séquellaire de la racine L5 gauche au niveau de son segment récessal. Légère majoration de taille d'une hernie discale L3 – L4 postéro-latérale gauche, avec contact radiculaire L4 gauche ; diminution de la hernie discale L3 – L4 postéro latérale droite et de son effet de masse sur le segment récessal de la racine L4 droite. Par courrier du 19 octobre 2021, le Dr C_____ a informé la Dre D_____ que l'assuré avait développé, depuis janvier 2021, une cruralgie de plus en plus invalidante du côté gauche, ce qui avait motivé une nouvelle IRM mettant en évidence une aggravation d'une protrusion L3 – L4 avec conflit radiculaire, raison pour laquelle l'assuré devait être revu à la consultation de neurochirurgie.

j. La Dre D_____ a examiné l'assuré, en date du 24 février 2022, après quoi elle a fait parvenir un rapport de consultation ambulatoire de suivi au Dr C_____. Il en ressortait un diagnostic principal de hernie discale L3 – L4 postéro-latérale gauche avec contact radiculaire L4. Une IRM de la colonne lombaire avait été effectuée, le 17 février 2022, ainsi qu'une radiographie du membre inférieur gauche, le 24 février 2022. La proposition de prise en charge était la suivante : consultation avec la *team* hanche et arrêt du suivi neurochirurgical.

k. Dans le cadre de l'intervention précoce, et afin d'évaluer les éventuelles mesures à planifier dans sa situation, l'assuré a été convoqué par l'OAI pour une séance fixée au 5 juillet 2022.

l. À la demande de l'OAI, le Dr C_____ a soumis un nouveau rapport médical daté du 10 octobre 2022, dans lequel il indiquait que, depuis son dernier rapport du mois de décembre 2021, l'évolution de l'état de santé de l'assuré montrait la persistance de la parésie des releveurs du pied gauche, accompagnée de névralgies à l'effort de marche. Une prothèse totale de hanche gauche (ci-après : PTH) avait été posée, par voie postérieure, en date du 15 juin 2022. Il mentionnait également le développement d'une épaule douloureuse droite, sur lésion de la coiffe des rotateurs. Il était interdit à l'assuré de marcher dans les escaliers, de marcher au-delà de 500 m et de porter des charges supérieures à 5 kg.

m. Par courrier du 5 décembre 2022, le Dr C_____ a informé l'OAI de l'évolution de l'état de santé de l'assuré : les suites de la PTH gauche étaient progressivement favorables et l'assuré marchait actuellement presque sans boiter ; le problème de l'épaule gauche en lien avec une déchirure du sous-épineux restait présent, malgré la physiothérapie en cours et une récente infiltration sous échographie. Une éventuelle opération chirurgicale était envisagée. Néanmoins, selon le médecin traitant, le plus grand problème concernait les séquelles après cure de hernie discale L4 – L5 en octobre 2019. Bien que la parésie des releveurs du pied gauche ait bien régressé, l'assuré présentait des névralgies nocturnes et surtout à l'effort de marche, en particulier lorsqu'il empruntait des escaliers. Ses douleurs n'étaient pas permanentes mais malgré l'ensemble des moyens thérapeutiques et la rééducation de son membre inférieur gauche, le médecin considérait que les séquelles étaient invalidantes et permanentes et incompatibles avec le travail sur un chantier. Il précisait que le patient était fiable et très motivé et qu'il lui apparaissait justifié qu'une tentative de réadaptation, par exemple comme magasinier, lui soit proposée, si possible au sein de son entreprise.

n. Le service médical régional (ci-après : le SMR) de l'OAI a rendu un rapport, sur deuxième demande de prestations invalidité, en date du 3 janvier 2023. Il a résumé la situation médicale et s'est déterminé en ce sens que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle dès le 24 septembre 2021, mais elle restait entière dans une activité adaptée respectant l'ensemble des limitations fonctionnelles, dès le 5 décembre 2022. Il concluait comme atteinte principale et incapacitante à une hernie discale L4 – L5 séquellaire et une hernie discale L3 – L4 avec, comme autre atteinte, une coxarthrose gauche traitée par PTH gauche et une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. Le début de l'incapacité de travail totale était fixé au 24 septembre 2021, ce qui coïncidait avec une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de maçon, dès cette date. Dans une activité adaptée, le SMR considérait que l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dès le 5 décembre 2022 et se déterminait en faveur d'une réadaptation de l'assuré afin qu'il puisse exercer une activité adaptée à ses

limitations fonctionnelles, qui étaient les suivantes : pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de positions en porte-à-faux du rachis lombaire, pas de vibrations, pas de rotations, pas de flexions ou extensions répétées du rachis lombaire, pas de montée et descente des escaliers, pas de station assise ou debout prolongée, pas de marche prolongée, pas de marche en terrain irrégulier, pas de travaux au-dessus de l'horizontale, pas de position accroupie ou à genoux et pas de travaux en hauteur.

o. En date du 3 janvier 2023, l'OAI a déterminé le degré d'invalidité de l'assuré et l'a fixé à 12.71% en se fondant sur un revenu annuel brut avec invalidité de CHF 65'322.- fondé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) 2020, tableau TA1, niveau de compétence 1, pour un homme, avec une durée hebdomadaire de travail de 41.7 h, et indexation ISS du revenu pour l'année 2022. Le revenu sans invalidité, pour un plein temps, était fondé sur le salaire que percevait l'assuré en 2021, avec une indexation en 2022 qui aboutissait à un montant de CHF 74'830.-. Il en résultait une perte de gain de CHF 9'508.- équivalente à un taux d'invalidité de 12.71%, arrondi à 13%.

B. a. Suite à l'avis médical du SMR, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision d'octroi d'une rente d'invalidité entière du 1^{er} septembre 2022 au 31 mars 2023. Il était précisé que l'OAI considérait que l'état de santé avait commencé à s'améliorer dès le 5 décembre 2022, ce qui avait conduit à ce que l'assuré disposât d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, dès cette date. À la suite de la comparaison du revenu avant l'atteinte et du revenu après le 5 décembre 2022, dans une activité adaptée, il en résultait une perte de gain de 12.71% ce qui correspondait à un degré d'invalidité arrondi à 13% qui n'ouvrait pas de droit à des prestations invalidité.

b. Par courrier du 14 mars 2023, le mandataire de l'assuré a informé l'OAI qu'il se constituait pour la défense de ses intérêts et demandait une copie intégrale du dossier.

c. Par décision du 14 avril 2023, l'OAI a confirmé les termes du projet de décision ainsi que de la quotité de la rente entière qui serait versée du 1^{er} septembre 2022 jusqu'au 31 mars 2023.

C. a. Par acte de son mandataire, remis au greffe universel en date du 17 mai 2023, l'assuré a interjeté recours contre la décision du 14 avril 2023 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans). Il a conclu, préalablement, à ce que l'OAI produise l'intégralité de son dossier ; à ce qu'un délai soit octroyé à l'assuré pour compléter son recours ; à ce que des enquêtes soient ordonnées pour procéder à l'audition du Dr C_____, ainsi qu'une audience de comparution personnelle, et enfin à ce qu'une expertise rhumatologique soit ordonnée. À titre principal, il a conclu à l'annulation de la décision du 14 avril 2023 et à ce que l'OAI soit condamné à verser à l'assuré une rente entière d'invalidité, rétroactivement au 1^{er} avril 2023 et pour l'avenir, avec

intérêts moratoires à 5% l'an sur les arriérés, le tout sous suite de frais et dépens. Selon l'assuré, les séquelles dont il souffrait étaient invalidantes, permanentes et incompatibles avec un travail sur un chantier. Son médecin traitant avait mentionné qu'une activité adaptée était possible au sein de son entreprise, notamment comme magasinier, mais cette possibilité n'avait pas pu se concrétiser, en raison des limitations fonctionnelles importantes dont il souffrait. Il était encore allégué que son médecin traitant n'avait jamais prétendu qu'il disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, ce qui ne ressortait que du rapport du SMR. De surcroît, on pouvait se demander si en fonction des importantes limitations fonctionnelles, le recourant disposait encore de possibilités de gain, au vu du marché équilibré du travail, ce qui semblait impossible.

b. Par réponse du 19 juin 2023, l'OAI a persisté dans les termes de sa décision et a conclu au rejet du recours en ce sens que le recourant, malgré ses limitations fonctionnelles, pouvait prétendre à de nombreuses activités qui ne requéraient pas de formation particulière. De surcroît, il estimait que l'instruction du dossier était complète et qu'une expertise rhumatologique n'était pas nécessaire.

c. Par réplique du 13 juillet 2023, le mandataire de l'assuré a transmis à la chambre de céans un nouveau rapport médical établi par le Dr C_____ et daté du 19 juin 2023. Dans ce document, le médecin traitant résumait les atteintes à la santé et confirmait que la fonction de magasinier n'avait pas pu être retenue dès lors que ce dernier devait monter plusieurs escaliers et que le poste était considéré comme « trop lourd ». Les limitations fonctionnelles, dès décembre 2022, étaient rappelées et le médecin concluait que l'assuré, qui était un maçon fiable et très volontaire, avait une possibilité de travailler dans une activité adaptée, comme par exemple de petites manutentions ne nécessitant que de petites marches et permettant des changements de position. Néanmoins, malgré le fait que son patient souhaitait reprendre une activité adaptée à 100%, le médecin doutait que cela soit réaliste, compte tenu de l'ensemble des troubles et séquelles qui persistaient. Il concluait en précisant qu'il retenait en tous points les conclusions du SMR de janvier 2023, hormis le taux retenu dans une activité adaptée, qui ne lui paraissait pas être possible au-delà de 50%.

d. Par duplique du 18 juillet 2023, l'intimé a persisté dans ses conclusions en joignant un avis du SMR daté du 17 juillet 2023, qui se prononçait sur le rapport du 19 juin 2023 du Dr C_____ et concluait qu'il n'existait pas de raison médicale objective pour modifier sa prise de position, soit l'existence d'une capacité de travaux médico-théorique dans une activité adaptée de 100%, dès le mois de décembre 2022.

e. Par courrier du 30 août 2023, la chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de confier une mission d'expertise au docteur F_____, spécialiste FMH en rhumatologie ; les parties n'ont fait valoir aucun motif de récusation.

f. Par courrier du 26 septembre 2023, la chambre de céans a transmis aux parties un projet de mandat d'expertise ; ces dernières n'ont fait valoir aucune remarque, ni demandé de modifications du mandat d'expertise.

EN DROIT

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) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, 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.

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.
3. Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021 et que le complexe de fait est également postérieur à cette date, il est soumis au nouveau droit (*cf.* art. 82a LPGA *a contrario*).
4. Le 1^{er} janvier 2022 sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

En l'occurrence, les faits déterminants sont postérieurs au 1^{er} janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur teneur actuelle.

5. Le délai de recours est de 30 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.

6. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision du 14 avril 2023, octroyant une rente entière ordinaire du 1^{er} septembre 2022 jusqu'au 31 mars 2023, puis mettant fin à cette rente au motif que le recourant dispose à nouveau d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée.

7.

7.1 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée

incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

7.2 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.

7.3 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 et art. 28a al. 1 LAI).

7.4 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).

7.5 En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

8.

8.1 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 ; ATF 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).

8.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (*cf.* art. 61 let. c 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 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 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.

8.3 Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

8.4 Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201] ; 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 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

8.5 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (*cf.* ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 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).

8.6 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

9. 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 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; 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).

- 10.** Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).
- 11.** Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, l'art. 45 al. 1 LPGA constitue une base légale suffisante pour mettre les coûts d'une expertise judiciaire à la charge de l'assureur (ATF 143 V 269 consid. 6.2.1 et les références), lorsque les résultats de l'instruction mise en œuvre dans la procédure administrative n'ont pas une valeur probatoire suffisante pour trancher des points juridiquement essentiels et qu'en soi un renvoi est envisageable en vue d'administrer les preuves considérées comme indispensables, mais qu'un tel renvoi apparaît peu opportun au regard du principe de l'égalité des armes (ATF 139 V 225 consid. 4.3).

Cette règle ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle aura laissé ouvertes une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait

manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents. En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 consid. 4.4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_580/2019 du 6 avril 2020 consid. 5.1).

- 12.** En l'espèce, les parties se fondent sur des diagnostics médicaux qui sont proches mais différents quant à la sévérité des limitations fonctionnelles et à leur impact sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée.

En l'absence d'une expertise administrative et compte tenu des appréciations différentes du SMR et du médecin traitant de l'assuré sur la capacité de travail de ce dernier, une instruction complémentaire doit être menée, sous la forme d'une expertise judiciaire, qui sera confiée au docteur F_____, spécialiste FMH en rhumatologie.

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

Statuant préparatoirement

I. Ordonne une expertise médicale de **Monsieur A_____**.

Commet à ces fins le docteur **F_____**, spécialiste FMH en rhumatologie, à Genève.

Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

A. Prendre connaissance du dossier de la cause.

B. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, en particulier les docteurs **D_____**, cheffe de clinique au service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève et **C_____**, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie.

C. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres examens.

D. Charge le Dr **F_____** d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

1. Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type)

2. Plaintes de la personne expertisée

3. Status et constatations objectives

4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)

Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogenèse)

4.1. Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.1 Dates d'apparition

4.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?

4.4 Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?

4.5 L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré / détérioré depuis décembre 2022 ?

- 4.6 Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par la personne expertisée).
- 4.7 Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?
- 4.8 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?
- 4.9 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?
- 4.10 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

5. Limitations fonctionnelles

- 5.1 Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic
 - 5.1.1 Dates d'apparition
- 5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

6. Capacité de travail

- 6.1 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.
- 6.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ?
 - 6.2.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
 - 6.2.2 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite / nulle ?
- 6.3 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?
 - 6.3.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

6.3.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? À quel taux ? Depuis quelle date ?

6.3.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

6.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis septembre 2021 ?

6.5 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?

6.6 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

7. Traitement

7.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.

7.2 En cas de prise de traitement psychotrope et de traitement antalgique, effectuer un dosage sanguin.

7.3 Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?

7.4 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

7.5 Les médicaments pris régulièrement par l'expertisé induisent-ils des effets secondaires, si oui, lesquels ?

7.6 Les médicaments ont-ils un impact sur les capacités fonctionnelles de l'expertisé ? Si oui, lesquels ?

8. Appréciation d'avis médicaux du dossier

8.1 Êtes-vous d'accord avec l'avis du docteur M. G_____, du service médical régional de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève, du 3 janvier 2023 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées, l'estimation de la capacité de travail en fonction des dates retenues ? Si non, pourquoi ?

8.2 Êtes-vous d'accord avec les appréciations de la Dre D_____, respectivement du 22 décembre 2021 et du 1^{er} mars 2022 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation de la capacité de travail ? Si non, pourquoi ?

8.3 Êtes-vous d'accord avec les appréciations du Dr C_____, respectivement du 10 octobre 2022 et du 5 décembre 2022 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation de la capacité de travail ? Si non, pourquoi ?

9. Quel est le pronostic ?
10. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?
11. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

E. Invite l'expert à déposer, **dans les meilleurs délais**, un rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans.

II. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

Le président

Véronique SERAIN

Philippe KNUPFER

Une copie conforme de la présente ordonnance est notifiée aux parties par le greffe le