

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3161/2022

ATAS/467/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 juin 2024

Chambre 8

En la cause

A _____

recourant

représenté par Me Daniel MEYER, avocat

contre

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

intimé

**Siégeant : Laurence PIQUEREZ, Présidente suppléante; Yves MABILLARD, Michael
RUDERMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

- A.**
- a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1986, a déposé une première demande auprès de l'assurance-invalidité en octobre 2015, car il se trouvait en incapacité de travail suite à une intervention chirurgicale de la main droite le 8 juillet 2015 pour un sarcome épithéloïde. Il était en arrêt de travail depuis lors. Avant l'opération, il bénéficiait des indemnités de l'assurance-chômage et exerçait en qualité d'agent de sécurité sur appel (gain intermédiaire).
 - b.** Dans un rapport du 22 septembre 2015, le Professeur B_____ et le Docteur C_____, de l'unité de chirurgie de la main des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) ont fait état d'un status post résection d'un sarcome épithéloïde grade 2 au niveau thénarien à droite et couverture par lambeau interosseux postérieur le 8 juillet 2015, un status post révision du lambeau pour stase veineuse le 10 juillet 2015 et un status post greffe de peau mince au niveau thénarien droit le 4 septembre 2015. La musculature thénarienne et les branches radiales du nerf médian avaient dû être sacrifiées pour procéder à la résection totale de la tumeur. Le patient, qui travaillait dans le domaine de la sécurité avant les interventions, ne pouvait plus exercer son ancienne profession.
 - c.** Le 27 septembre 2015, la Docteure D_____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a considéré que l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée (pas d'activité de force avec la main droite, pas de port de charge avec la main droite, pas d'activité fine ou nécessitant une dextérité avec la main droite).
 - d.** Considérant que l'assuré ne présentait pas d'incapacité de gain, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a refusé le droit aux prestations par décision du 2 juin 2016.
- B.**
- a.** En date du 29 novembre 2019, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations. Il y indiquait exercer l'activité indépendante de chauffeur de taxi à environ 80% pour un revenu brut estimé à CHF 4'000.- par mois. Il a déclaré souffrir de la main droite et d'une atteinte psychologique depuis cinq ans. Il était toujours suivi par le Pr B_____.
 - b.** La Docteure E_____, médecin traitante de l'assuré, a fait parvenir à l'assureur un rapport daté du 23 janvier 2020. Elle a mentionné un suivi endocrinologique pour une dysthyroïdie, un glaucome bilatéral sous traitement, et un état dépressif depuis plusieurs mois. L'assuré a été pris en charge par le Docteur F_____, psychiatre, et G_____, psychothérapeute. Depuis un mois, un traitement psychotrope était prescrit.
 - c.** Un bilan d'ergothérapie effectué en novembre 2019 aux HUG a fait état d'un pourcentage d'utilisation de la main lésée de 58.3%.

d. Le 12 mars 2020, le Dr F_____ a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique depuis le 16 décembre 2019 (F33.11), et celui, sans répercussion sur l'atteinte à la santé, de traits de la personnalité émotionnellement labile (Z73.1). Il a fait état d'une rechute dépressive dans un contexte d'isolement social partiel et de rupture sentimentale depuis le 16 décembre 2019. Il avait constaté un ralentissement psychomoteur modéré, des troubles de la concentration légers et des idées noires fluctuantes. L'assuré, qui avait de bonnes ressources et une bonne motivation, faisait ses courses et le ménage en étant ralenti par la fatigue et essayait de travailler à 30%. Le spécialiste estimait la capacité de travail à 50% sans baisse de rendement depuis décembre 2016 dans l'activité habituelle, ainsi que dans une autre activité adaptée. Le patient était compliant au traitement (dosage sanguin effectué). Celui-ci venait de débiter et l'état ne pouvait pas être considéré stabilisé. Il devait par conséquent être réévalué à six mois.

e. Le second psychiatre de l'assuré, le Docteur H_____, a fait état le 3 juillet 2020 d'un état globalement stationnaire s'étant récemment péjoré, ce qui avait justifié un séjour à la clinique genevoise de Montana du 8 au 22 juin 2020. Il a mentionné un ralentissement psychomoteur léger, des troubles de l'attention et de la concentration, une fatigabilité importante, une anhédonie partielle, une aboulie et procrastination, et un isolement social important. Il évaluait la capacité de travail à 50% en tenant compte des critères jurisprudentiels, quand bien même l'état de santé n'était pas suffisamment stabilisé. La médication avait été adaptée et augmentée, et la compliance était bonne.

f. Un rapport d'IRM du 27 mai 2020, signé du Docteur I_____, a mis en évidence un tableau compatible avec une spondylarthropathie inflammatoire sur association de multiples nodules d'ostéite de Romanus, spondylodiscite inflammatoire d'Anderson L2-L3 et sacro-illite congestive bilatérale.

g. Les Docteurs J_____ et K_____ ont rédigé une lettre de sortie suite au séjour de l'assuré à la clinique de Montana pour soutien psychologique et éloignement des facteurs de stress. Ils ont retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent avec épisode actuel modéré avec somatisations, perturbation des tests hépatiques, traits de personnalité accentués (émotionnellement labile), spondylarthrite inflammatoire sur association de multiples nodules d'ostéite de Romanus, obésité stade 1, glaucome et sarcome épithéloïde de la main droite excisé. Il n'y avait pas de trouble mnésique manifeste. L'attention était conservée, la thymie abaissée et les affects congruents au discours. Les médecins ont relevé de la fatigue, une anhédonie, des angoisses, des troubles du sommeil, mais pas d'idéation suicidaire active ou passive et un isolement social. Il était mentionné que la reprise du travail en tant que chauffeur de taxi, avec augmentation du stress, pouvait devenir une situation à risque d'hétéro-agressivité envers les clients.

h. En date du 28 septembre 2020, le Dr F_____ a fait état d'une évolution stationnaire malgré un séjour en clinique. Le traitement consistait en des

entretiens bimensuels (psychiatre et psychologue) et la prescription d'un antidépresseur (Fluoxétine à 40 mg par jour). La capacité de travail était de 50% dans toute activité et devrait augmenter à 100% après trois mois de réadaptation/réinsertion professionnelle. En cas d'évolution négative, le médecin préconisait la mise en œuvre d'une expertise, car les indices jurisprudentiels de gravité n'étaient probablement pas remplis.

i. Le Docteur L_____, spécialiste en orthopédie et traumatologie, a diagnostiqué des cervico-dorso-lombalgies suite à une chute en forêt du 26 février 2020 (rapport du 14 octobre 2020), dont l'évolution était favorable. La capacité de travail était de 50% dans l'activité habituelle du point de vue de sa spécialité, mais l'assuré n'était pas en mesure de porter des charges de plus de 10 kg. Il indiquait que son patient était toutefois en incapacité de travail totale depuis le 1^{er} août 2020 en raison d'un état anxio-dépressif.

j. Suite à la chute précitée, la SUVA, assureur-accidents, a indemnisé l'assuré pour une incapacité de travail totale du 26 février au 12 juillet 2020. Elle a ensuite mis un terme à ses prestations, en raison de la prédominance de l'état maladif antérieur (décision du 20 juillet 2020).

k. Dans un avis du 16 avril 2021, la Docteure M_____, spécialiste en rhumatologie, a confirmé le diagnostic de spondylarthrite inflammatoire avec un score de BASDAI égal ou supérieur à 4. La praticienne a précisé que le degré de fatigue pouvait peut-être être majoré par la thérapie antidépressive et que le degré global de douleurs pouvait également l'être par le fait d'une dépression associée. En cas d'échec aux anti-inflammatoires, l'introduction d'un anti-TNF alpha ou un anti-IL17A serait justifiée. Il ne semblait pas y avoir de contre-indication en lien avec l'antécédent de sarcome épithéloïde. Il était recommandé au patient de bouger et d'effectuer de l'hydrophysiothérapie.

l. Appelé à se prononcer, le SMR a considéré qu'une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, rhumatologie et psychiatrie) était nécessaire (avis du 10 mai 2021).

m. Les Docteurs N_____, généraliste, O_____, psychiatre, et P_____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, en maladies rhumatismales et en médecine du sport, de Q_____, ont rendu leur rapport d'expertise le 16 décembre 2021.

Dans le volet de l'expertise dédié à la médecine interne, il est fait état d'une absence de relations sociales et hobbies. Il n'y avait pas de liens avec la famille, mis à part avec un jeune frère, qui vivait avec et le soutenait. L'assuré déclarait ne rien faire de ses journées : il ne sortait pas, ne lisait pas, ne regardait pas la télévision et ne faisait aucune tâche ménagère. Il grignotait. Il n'avait pas d'heure de lever ni de coucher. Il n'avait aucune idée s'agissant de son avenir. La Dre N_____ a considéré qu'il n'existait, du point de vue de sa spécialité, aucun diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail, ni aucune limitation

fonctionnelle. Au titre de pathologies sans influence sur la capacité de travail, la praticienne a retenu une suspicion de syndrome des apnées du sommeil, une obésité stade 1, un glaucome bilatéral traité, une dysthyroïdie infraclinique et une perturbation des tests hépatiques. Elle a conseillé une investigation par polysomnographie, afin de traiter un éventuel syndrome des apnées du sommeil, une consultation urologique concernant une boule non douloureuse au niveau testiculaire, ainsi qu'une réhabilitation physique avec suivi des règles d'hygiène diététiques et sevrages du tabac, de l'alcool et de la marijuana.

Dans le volet psychiatrique, le Dr O_____ a relevé que l'assuré ne voyait pas son avenir, car il avait l'impression qu'il allait mourir prochainement. Confronté à l'avis de ses médecins psychiatres qui le considéraient capable de travailler à mi-temps, l'assuré a déclaré qu'il tenterait de travailler à mi-temps et que si ça n'allait pas, il arrêterait. Quant à la prescription en réserve exclusivement des hypnotiques, alors qu'il alléguait de graves problèmes de sommeil, l'assuré a déclaré qu'il en prenait tous les soirs depuis six mois. Au status, l'expert a relevé une humeur neutre. La concentration et l'attention étaient stables et de bonne qualité durant tout l'entretien. Il n'y avait pas de trouble de la mémoire cliniquement décelable, ni de trouble psychotique. Il n'y avait pas de symptôme physique en faveur d'un état anxieux en dehors d'une transpiration en fin d'entretien au moment où l'assuré a été confronté à certaines incohérences au niveau de l'anamnèse en lien avec ses séjours en Macédoine depuis son enfance. Les analyses avaient mis en évidence un taux de Fluoxétine (antidépresseur) supérieur seuil thérapeutique recommandé, mais un taux de Wellbutrin (antidépresseur) largement en-dessous du seuil thérapeutique. La Quétiapine (neuroleptique) et le Zopiclone (somnifère) étaient indétectables, indiquant une non-prise de ces médicaments. Les prélèvements montraient une abstinence à l'alcool, mais une consommation de cannabis. En conclusion, l'expert psychiatre a posé les diagnostics de probable dysthymie (F34.1) et de possibles traits de personnalité émotionnellement labile (F60.3), tous deux sans répercussion sur la capacité de travail. Il a relevé une discordance entre la description faite par l'assuré de son état moral et les descriptions de ses psychiatres. Cette discordance a également été mise en évidence au niveau de l'anamnèse, l'assuré ayant fait mention d'attouchements sexuels en 2^{ème} primaire et de vécus traumatiques pendant ses vacances en Macédoine, alors que ces faits sont absents des différents rapports médicaux et psychiatriques. L'examen clinique était marqué par la démonstrativité et les nombreuses incohérences sur le plan de l'anamnèse, ainsi que l'absence de corrélation entre l'incapacité alléguée de faire la moindre activité et l'absence de symptôme objectif en faveur d'un trouble psychiatrique incapacitant. Le diagnostic de dysthymie était retenu sur la base des plaintes de l'assuré, même si elles semblaient amplifiées, ainsi que des rapports médicaux figurant au dossier. Quant aux traits de personnalité émotionnellement labile, ils étaient soulevés sur la base des antécédents judiciaires. Dans l'évaluation des troubles par rapport aux évaluations antérieures, le Dr O_____ a mis en exergue

les doutes du psychiatre traitant (Dr F_____) dans son rapport 28 septembre 2020, lesquels rejoignaient les éléments de l'examen clinique et l'analyse des troubles présentés par l'assuré dans le cadre de l'expertise, troubles qui étaient estimés de gravité légère. L'adhésion aux traitements thérapeutiques était discutable au regard des différents dosages effectués, tant lors de l'expertise qu'auparavant. Il existait de nombreux éléments d'autolimitation découlant de la divergence entre les plaintes de la personne assurée et son comportement en situation d'examen et entre la description de sa journée type et les constats de l'examen clinique. Enfin, il n'y avait aucune limitation fonctionnelle et la capacité de travail avait toujours été de 100% sur le plan psychiatrique.

Le Dr P_____ a procédé à un examen du point de vue rhumatologique. À l'anamnèse, il a noté une dysfonction de la main droite, des douleurs lombaires irradiant en direction de la colonne cervicale et des douleurs au niveau des hanches chez un assuré se déclarant totalement incapable de travailler en raison de son état de santé ostéoarticulaire et psychologique. L'examen clinique s'est révélé compatible avec la présence d'une fibromyalgie et aucun signe en faveur d'un rhumatisme inflammatoire actif n'a été mis en évidence. L'expert a retenu les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail suivants : syndrome lombo-vertébral chronique sur discopathie dégénérative L2-L3 et sur syndrome de dysbalance musculaire avec insuffisance de la sangle abdominale ; maladie de Scheuermann avec état inflammatoire responsable d'une modification de type Modic 2 en L2-L3 ; status après extirpation d'un sarcome épithéloïde au stade 2, en rémission. Il a également mentionné, au titre de pathologies sans influence sur la capacité de travail : une obésité, un déconditionnement physique et une fibromyalgie. Les troubles constatés étaient qualifiés de légers en respectant le profil d'effort. L'obésité et le syndrome de dysbalance musculaire favorisaient la symptomatologie douloureuse lombo-vertébrale. Le syndrome lombo-vertébral avec une maladie de Scheuermann décompensée et le status après intervention chirurgicale à la main droite avaient un impact sur la capacité de travail comme chauffeur de taxi, mais étaient tout à fait compatibles avec une activité adaptée. Le diagnostic de spondylarthropathie a été écarté, car les examens sanguins n'avaient apporté aucun élément permettant de confirmer cette maladie et le score de BAZDAI évoqué par la rhumatologue traitante n'était pas apte à établir le diagnostic (il servait à en mesurer la gravité). Au final, l'expert a considéré que l'activité de chauffeur de taxi n'était plus exigible, car s'exerçant principalement en position assise. Il n'y avait pas de traitement thérapeutique proprement dit. L'apprentissage et l'application des gestes d'épargne du rachis, avec un renforcement musculaire et du gainage, ainsi qu'une amélioration de l'endurance et du déconditionnement physique était proposée, ainsi qu'une réduction du poids pouvaient amener une nette amélioration. Il existait une divergence entre l'importance des symptômes décrits par l'assuré et son comportement en situation d'examen clinique. Il existait également des éléments d'autolimitation, en particulier une kinésiophobie, sans qu'il soit possible de parler d'exagération ou

de simulation. La capacité de travail dans la profession de chauffeur de taxi était nulle depuis février 2020, date de la chute avec impact sur le dos ayant décompensé la maladie de Scheuermann avec discopathie dégénérative. La capacité de travail dans un poste adapté, soit une activité permettant l'alternance des positions assise et debout, sans travail sur des échafaudages et des échelles, sans posture forcée non ergonomique pour l'ensemble du rachis, et sans port de charges pour la main droite à 5 kg et pour le côté gauche à 10 kg de manière itérative, avait toujours été entière. Il n'y avait par ailleurs pas de diminution de rendement.

Dans leur appréciation générale interdisciplinaire, les experts ont repris les diagnostics retenus par les différents spécialistes dans leurs évaluations spécifiques. Ils ont considéré, d'un point de vue interdisciplinaire, que le degré global d'atteinte à la santé, compte tenu de tous les déficits énoncés et en respectant le profil d'effort, était léger. Les médecins s'accordaient à relever de nombreuses divergences entre les symptômes décrits, le comportement de l'assuré en examen, l'examen clinique et même les constatations des psychiatres traitants. Il existait également des éléments d'autolimitation. La capacité de travail était nulle depuis février 2020 dans l'activité habituelle de chauffeur de taxi, mais entière dans une activité adaptée selon limitations fonctionnelles établies par l'expert rhumatologue.

n. Reprenant les conclusions de l'expertise de Q_____, et se référant pour le surplus à sa décision du 2 juin 2016, l'OAI a préavisé le rejet de toute prestation en date du 14 mars 2022.

o. S'exprimant sous la plume de son conseil, l'assuré a contesté le projet de décision (courrier du 13 avril 2022). S'appuyant sur l'avis de son psychiatre traitant, le Dr H_____, il a fait valoir que l'expertise, en particulier son volet psychiatrique, n'avait aucune valeur probante. Il a ainsi conclu à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité sur la base des avis de ses médecins traitants, subsidiairement à la mise en œuvre d'une contre-expertise.

p. Dans une attestation du 31 mars 2022, le Dr H_____ a effectivement déclaré ne pas être d'accord avec la partie psychiatrique de l'expertise. Se fondant tout d'abord sur les propos de son patient, le médecin a fait valoir que l'entretien avec l'expert psychiatre n'aurait duré qu'une vingtaine de minutes et que l'assuré n'aurait pas fait une description de journée type telle qu'elle est rapportée dans le rapport. Le Dr H_____ a confirmé que la description de la journée type et de certaines plaintes ne correspondait pas à ses observations durant les entretiens cliniques. L'expert retenait plusieurs symptômes qui, pris ensemble, répondaient aux critères diagnostic d'un trouble dépressif moyen selon la CIM-10, sans dire pourquoi il les écartait, tout comme il n'a pas expliqué les critères lui ayant permis de poser le diagnostic de dysthymie. Il a également fait grief à l'expert de ne pas avoir pris en considération la temporalité, notamment une aggravation postérieure à l'indication, au conditionnel et par un seul psychiatre traitant, de

l'absence des critères de gravité jurisprudentiels. Il a en outre fait le reproche au psychiatre de ne pas avoir discuté la différence entre exagération et simulation, et de ne pas avoir examiné les critères jurisprudentiels de gravité. Le Dr H_____ s'est étonné également de ce que l'expert ait nié l'existence d'un trouble de la personnalité, tout en retenant le code diagnostic CIM-10 pour un trouble de la personnalité et non pour des traits de la personnalité. Le psychiatre traitant a également considéré qu'il n'y avait pas eu de consensus ni de discussion à l'issue de la lecture multidisciplinaire. Il s'est également interrogé sur ce qui justifiait que le diagnostic de fibromyalgie soit retenu, alors que l'expert psychiatre excluait un trouble somatoforme douloureux persistant sans l'expliquer. L'expert se serait par ailleurs contredit en estimant que l'assuré ne présentait aucun problème d'adaptation aux règles et aux routines, alors qu'il justifiait un diagnostic de traits de la personnalité sur un passé juridique chargé prouvant les difficultés à s'adapter aux règles.

q. Invités à se prononcer sur les remarques du conseil de l'assuré et du Dr H_____, les experts ont rendu un rapport du 25 juillet 2022. S'agissant des motifs ayant conduit à écarter le diagnostic de trouble dépressif récurrent, les experts ont exposé que ce diagnostic nécessitait la survenue d'au moins deux épisodes dépressifs caractérisés. En l'absence d'épisode dépressif antérieur à celui décrit depuis le 16 décembre 2019, qui serait toujours en cours, un trouble dépressif récurrent ne pouvait être reconnu. S'agissant de la sévérité du trouble dépressif, l'évaluation se basait sur les données objectives de l'examen clinique, lequel avait duré 1h10. L'évaluation tenait également compte de l'avis des psychothérapeutes et des plaintes de la personne assurée. Mais il ne fallait pas omettre l'approche naturellement empathique des thérapeutes qui accordaient un postulat de sincérité à leur patient. Or, l'expertisé avait fait preuve d'une tendance à l'amplification des troubles et de leur impact sur le quotidien, lors d'un examen comportant des enjeux y compris asséculogiques qui ne pouvaient être ignorés. L'analyse de la cohérence (centrale surtout en présence de discordances retrouvées à divers niveaux), associée aux observations objectives de l'examen clinique concluait à la présence de troubles dépressifs chroniques d'une sévérité toutefois nettement amplifiée et dont les caractéristiques cliniques ne correspondaient pas à celles d'un épisode dépressif. Elles correspondaient à celles d'une dysthymie. La stratégie thérapeutique consistant, sur le plan médicamenteux, à maintenir la même molécule antidépressive pendant des années y compris durant une hospitalisation reflétait, de l'avis des experts, un constat de stabilité. S'agissant du trouble de la personnalité, les experts ont relevé que le Dr F_____ évoquait lui-même des traits de personnalité émotionnellement labile et considérait ce diagnostic comme non incapacitant. Ils ont confirmé ne pas retenir un trouble de la personnalité, mais des traits de personnalité, et indiqué pour quelles raisons. L'expert psychiatre a déclaré avoir fidèlement reproduit les propos de l'assuré, propos que celui-ci n'assumait pas, ce qui s'ajoutait aux nombreuses incohérences rapportées par l'expertise, même si la non-acceptation

des conclusions de l'expertise était compréhensible au regard des enjeux et des bénéfices secondaires possibles. Enfin, l'expert psychiatre ne concluait pas à une simulation, puisqu'il validait les troubles et les souffrances de l'assuré en posant un diagnostic psychiatrique, mais dont la sévérité n'était pas suffisante pour justifier un caractère incapacitant, même partiel.

Concernant le diagnostic de fibromyalgie retenu dans le volet rhumatologique et l'exclusion d'un trouble somatoforme douloureux persistant par le psychiatre, les experts se sont rapportés à la définition de cette dernière pathologie par la CIM-10 pour constater que les critères diagnostics n'étaient pas remplis. En outre, relevant la mauvaise compliance aux traitements, l'amplification importante des troubles, les discordances entre propos et comportement en examen, de même que les ressources considérées comme suffisamment importantes, ils ont estimé que les critères de gravité jurisprudentiels n'étaient pas réunis.

S'agissant de l'absence de divergences et simulation signalée par l'expert en médecine interne, les experts ont expliqué que cela n'était pas en contradiction avec les constatations de l'expert psychiatre. Premièrement, aucun des experts n'avait relevé de simulation, mais des actes d'autolimitation. Ensuite, les experts évaluaient les divergences et autolimitation par rapport à leur propre discipline et en fonction de leurs propres constatations. L'expert rhumatologue avait également retrouvé des divergences et autolimitations relevant de sa spécialité. Si l'expert en médecine interne n'en mentionnait pas, c'était lié au fait que l'assuré n'avait pas de plainte relevant de ce domaine.

En fin de compte, les experts ont confirmé leurs conclusions.

r. Par décision du 25 août 2022, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

- C. a. Agissant par son mandataire, l'assuré a interjeté recours contre cette décision par acte du 28 septembre 2022, concluant à l'annulation de la décision de l'OAI et à l'octroi d'une rente d'invalidité de 50% avec effet au jour du dépôt de la demande. À titre subsidiaire, il a sollicité la mise en œuvre d'une expertise judiciaire bidisciplinaire (psychiatrique et rhumatologique).

Le recourant, alléguant n'avoir jamais pu reprendre une activité à plein temps depuis la décision de refus de l'OAI du 2 juin 2016 en raison des limitations fonctionnelles de la main et des douleurs dorsales dans un premier temps, puis de la symptomatologie psychiatrique dans un second temps, a critiqué les conclusions de l'expertise de Q_____. Il a fait valoir que celles-ci ne prenaient pas en considération la composante psychique observée pour la première fois par le Pr B_____ en 2019 (rapport du 26 novembre 2019), ni le fait que ses troubles psychiques remontaient à 2015 (confirmation du diagnostic du cancer de la main). Les postes occupés depuis 2015 avaient toujours été de courte durée et à un taux d'activité partiel, en raison des atteintes à la santé physique et psychique. Il avait aujourd'hui épuisé toutes ses ressources d'adaptation. Ensuite, le recourant a reproché à l'OAI de ne pas avoir examiné les possibilités de réinsertion sur le

marché du travail, ni la question de l'octroi de mesures de réadaptation. Des mesures d'observation professionnelle auraient dû être mises en place. Enfin, il a estimé que l'OAI aurait dû procéder à un calcul du taux d'invalidité, et, dans ce cadre, retenir une baisse de rendement et un abattement sur le salaire statistique.

b. Dans le délai accordé par la chambre de céans, le recourant a complété son recours par pli du 26 octobre 2022. Il a repris les arguments développés dans le cadre de la procédure administrative, s'attaquant ainsi à la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire rendue par Q_____.

À l'appui de son exposé, il a produit une attestation du Dr H_____, du 3 octobre 2022. Dans cet écrit, le médecin s'est étonné de ce que les experts ne s'étaient pas prononcés sur le fait que la description de la journée type faite par le recourant à l'expert psychiatre, ainsi que certaines plaintes du premier rapportées par le second dans son rapport, ne correspondaient pas aux constatations faites par le psychiatre traitant. Celui-ci a encore mentionné qu'il existait à tout le moins une confusion dans le diagnostic retenu au titre de trouble de la personnalité, le code mentionné ne correspondant pas au diagnostic retenu. Il a également relevé que l'évaluation multidisciplinaire était contradictoire, puisqu'elle retenait aucune limitation fonctionnelle d'un point de vue de la médecine interne et de la psychiatrie, mais que des limitations fonctionnelles étaient reconnues d'un point de vue rhumatologique. Pour le praticien, cette façon de procéder démontrait une absence de consensus, tout comme le fait de relever, dans le volet de médecine interne, qu'il y avait eu aggravation depuis l'opération de la main droite et des problèmes privés, alors que l'expert psychiatre décrivait une dysthymie inchangée et d'intensité légère, ce dernier n'expliquant pas pourquoi il considérait l'évolution inchangée. Le Dr H_____ a également mentionné que selon lui, le fait de ne retenir aucun problème à tous les points de l'évaluation selon le mini ICF était contradictoire avec les difficultés à respecter les règles reconnues par l'expert. Il maintenait son évaluation de la capacité de travail à 50%, à réévaluer après trois mois d'aide à la réinsertion professionnelle.

c. L'OAI a conclu au rejet du recours par écriture du 13 décembre 2022. En résumé, l'intimé a considéré que le rapport d'expertise pluridisciplinaire complété devait se voir accorder pleine valeur probante et que ses conclusions devaient être suivies, de sorte que la mise en œuvre d'une expertise judiciaire ne se justifiait pas. S'agissant du calcul du taux d'invalidité, dès lors que le recourant avait cessé toute activité, la comparaison des revenus devait se faire sur la base des données statistiques à la fois pour le revenu avec et le revenu sans invalidité, en appliquant la même table, ce qui rendait le calcul détaillé superflu en présence d'une capacité de travail entière. Eu égard au large éventail d'activités simples et répétitives adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant, des mesures d'ordre professionnel ne seraient pas de nature à améliorer sa capacité de travail, ce d'autant que le recourant disposait des ressources suffisantes pour supporter

l'atteinte à la santé, de l'avis des experts. Il a produit un avis du 22 novembre 2022 de la Docteure R_____, du SMR.

d. Dans sa réplique du 12 janvier 2023, le recourant a persisté dans sa contestation de la valeur probante de l'expertise, relevant en particulier l'erreur dans le code diagnostic relatif aux traits de personnalité admise par le SMR. Il a par ailleurs réaffirmé la nécessité de mettre en place un bilan de compétence avec une aide à la réinsertion de manière à identifier les activités qui respecteraient ses limitations fonctionnelles et psychiques.

e. L'intimé a quant à lui persisté dans ses conclusions en rejet du recours (duplique du 1^{er} février 2023).

f. Dans le délai qui lui a été imparti, le recourant a contesté l'appréciation de l'expert psychiatre selon laquelle le parcours professionnel relativement stable et l'achèvement du service militaire justifieraient le diagnostic de traits de personnalité émotionnellement labile, plutôt que de trouble de la personnalité. Il a produit à cet égard un relevé et une attestation relatifs à ses avoirs de libre passage qui laissaient apparaître des montants qualifiés d'insignifiants. Son emploi avant l'opération de la main était un emploi d'auxiliaire rémunéré à l'heure sur appel et l'activité de chauffeur de taxi exercée par la suite avait été influencée par les limitations fonctionnelles consécutives aux douleurs lombaires et à celles de la main droite, de sorte que l'exercice de ces activités ne saurait être qualifié de stable. Il a enfin relevé que les experts avaient omis de prendre en compte diverses limitations fonctionnelles, à savoir les difficultés de manipulation d'objets avec la main droite, la limitation de la durée de station debout, ainsi que les difficultés à la montée et à la descente d'escaliers. Ces limitations devant être qualifiées de majeures, il n'était pas réaliste d'exiger de lui qu'il retrouvât une activité adaptée, si tant est qu'une telle activité existât.

g. Par écritures des 21 mars 2023 et 6 avril 2023, les parties ont persisté dans leurs conclusions respectives, sur quoi la cause a été gardée à juger.

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

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

3. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité sous la forme d'une rente, subsidiairement de mesures d'ordre professionnel dans le cadre d'une nouvelle demande. Plus précisément, est litigieuse l'appréciation de sa capacité de travail.

4.

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

Le 1^{er} juin 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, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA *a contrario*).

4.2 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 75).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est, en principe, celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire, étant précisé que le juge n'a en principe pas à prendre en considération les modifications du droit postérieures à la date déterminante de la décision administrative litigieuse (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence).

En l'occurrence, la décision querellée a certes été rendue après le 1^{er} janvier 2022. Toutefois, la demande de prestations a été déposée le 19 novembre 2019. Compte tenu du délai d'attente, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait antérieurement au 1^{er} janvier 2022 (cf. art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

5.

5.1 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).

5.2 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 d'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer l'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).

6.

6.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu 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 (AFT 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux ont peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c 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 des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

6.2 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 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

6.3 Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée s des doutes, même fables, 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_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

6.4 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 peut influencer l'objectivité ou l'impartialité du médecin traitant (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 V 157 consid. 1c et les références), elle ne justifie cependant pas en elle-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).

6.5 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire e 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. A 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).

7.

7.1 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

7.2 Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a jugé que la capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant de telles affections doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. L'évaluation doit être effectuée sur la base d'un catalogue d'indicateurs de gravité et de cohérence. Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1) et aux troubles psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références).

La reconnaissance de l'existence d'une fibromyalgie suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un rhumatologue s'appuyant *lege artis* sur les critères de classification reconnu (ATF 132 V 65 consid. 3.2).

La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un psychiatre, de même que la reconnaissance d'un trouble psychiaque (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social

intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2 ; 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

8. 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 135 V 39 consid. 6.1 ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).
9. 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 des assurances 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).
10. Dans un premier grief, le recourant conteste la valeur probante de l'expertise administrative.

10.1 En particulier, il a notamment fait valoir que l'expert psychiatre ne l'avait reçu que 20 minutes ; il avait opéré une confusion dans les codes diagnostics ; le diagnostic de trouble dépressif moyen retenu par ses deux psychiatres avait été écarté de manière non motivée, de même que celui de diagnostic de trouble somatoforme douloureux n'avait pas fait l'objet d'un examen ; l'expert psychiatre avait mentionné des incohérences et exagération des troubles non retrouvés par l'expert en médecine interne ; l'évolution des troubles psychiques d'un point de vue temporel n'était pas relatée, de même que la date de début de ces derniers était erronée et en contradiction avec les constatations de l'expert interniste ; enfin, il a estimé que les experts n'avaient pas procédé à une évaluation consensuelle du cas.

10.2 Selon l'intimé, l'expertise – qui avait fait l'objet d'un complément – devait se voir reconnaître pleine valeur probante. L'erreur dans la mention du code diagnostic selon la CIM (trouble de la personnalité au lieu de traits de personnalité) n'avait pas d'influence, en l'absence de décompensation et de caractère incapacitant, selon l'explication de l'expert. Les différents diagnostics retenus, respectivement écartés étaient discutés. Les indicateurs avaient été examinés pour se prononcer sur la capacité de travail. Quant à l'appréciation consensuelle du cas, celle-ci figurait en pages 4 et suivantes du rapport d'expertise et permettait de parvenir à une compréhension commune du cas, avec une évaluation globale intégrée des ressources et des restrictions fonctionnelles, ce qui était suffisant.

10.3 En l'espèce, c'est à juste titre que le recourant ne critique pas les rapports d'expertise en médecine interne et rhumatologie. Ceux-ci remplissent à l'évidence les réquisits jurisprudentiels pour que l'on puisse s'y référer dans le présent cadre.

Force est de constater qu'il en est de même du volet psychiatrique, quoi qu'en dise le recourant. En effet, l'expert psychiatre a exposé de manière détaillée les plaintes de ce dernier, fait part des avis de ses médecins traitants, prenant ainsi en considération les éléments du dossier mis à sa disposition, procédé à des constatations cliniques qui sont relatées, ainsi qu'à des examens complémentaires (tests sanguins) et a également confronté le recourant aux incohérences qu'il avait personnellement relevées. L'ensemble de ces données ne peut à l'évidence pas avoir été rassemblé en l'espace de 20 minutes, comme l'allègue le recourant, ce qui est d'ailleurs infirmé par la mention de la durée de l'examen dans le rapport d'expertise lui-même. Quoi qu'il en soit, la durée de l'entretien entre l'expert psychiatre et la personne expertisée n'est pas un critère déterminant pour juger de la valeur probante du rapport rendu par le médecin ensuite (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 719/06 du 4 juillet 2007 consid. 2.1).

La critique relative à une prétendue déformation des propos tenus par le recourant durant l'entretien avec l'expert psychiatre ne résiste pas non plus à l'examen. Le déroulement type d'une journée rapporté par le psychiatre correspond en effet à celui dont font état ses confrères interniste et rhumatologue. Dès lors que ce descriptif fait partie d'une constellation d'amplification des symptômes selon les experts, il semble pour le moins logique qu'il ne corresponde pas aux constatations du psychiatre traitant.

L'erreur dans la mention du code diagnostic, qui se rapporte à un trouble de la personnalité alors que l'expert mentionne des traits de personnalité, n'est pas non plus relevante, dans la mesure où le médecin a clairement expliqué qu'il retenait des traits de personnalité émotionnellement labile, tout en exposant que ceux-ci n'étaient pas invalidants. Au demeurant, ce diagnostic se déduit de l'argumentation circonstanciée de l'expert et correspond à celui posé par l'un des psychiatres traitants. Il n'est avancé pour le surplus qu'à titre probable, en référence à des comportements transgressifs qu'aurait eus l'expertisé dans le

passé. En tant que tel, et comme l'expose l'expert, ce diagnostic n'a aucune incidence sur la capacité de travail.

S'agissant de l'exclusion d'un trouble dépressif moyen, tel que retenu par les psychiatres traitants, l'expert s'est appuyé sur ses propres constatations et a, de manière convaincante, conclu que les critères diagnostics n'étaient pas réunis. Il a considéré, de manière tout aussi probante, qu'il existait toutefois une humeur déprimée depuis décembre 2019, sans toutefois atteindre le seuil de sévérité permettant de reconnaître un trouble dépressif. La date de début retenue n'est pas contradictoire avec le dossier, contrairement à ce que soutient le recourant, dans la mesure où les seules mentions d'un début antérieur ressortent des allégations du recourant lui-même (dépôt de demande de prestations ; anamnèse de l'expertise en médecine interne) et non de constatations médicales. On relèvera à ce titre que le recourant, qui considère être atteint dans sa santé psychique depuis 2015, n'avait pas fait état de telles souffrances durant l'instruction de sa première demande de prestations, laquelle a pourtant compris un stage d'évaluation en ateliers durant un mois en mars/avril 2016. L'expert n'a pas plus méconnu l'avis du Pr B _____ émis en novembre et décembre 2019 : ce médecin – dont la spécialisation n'est d'ailleurs pas la psychiatrie – n'a pas fait état de symptômes dépressifs. Il a uniquement relaté un « problème d'imagerie corporelle avec un ressenti douloureux de la perte de fonction de sa main ». On ne voit pas en quoi cette mention – qui, temporellement, se recoupe avec les conclusions de l'expert et l'avis de la praticienne traitante du 23 janvier 2020 – serait de nature à modifier l'évaluation psychiatrique. Enfin, l'expert s'est notamment appuyé sur l'absence de modification de la médication, ainsi que la non-compliance, pour écarter une éventuelle aggravation de la symptomatologie.

S'agissant de la reconnaissance d'une fibromyalgie par l'expert rhumatologue et l'absence de mention d'un trouble somatoforme douloureux par l'expert psychiatre, on relèvera en premier lieu que ces deux notions correspondent à des diagnostics différents, le premier relevant de la rhumatologie, le second de la psychiatrie. Retenir l'un et pas l'autre n'est pas en soi incohérent. Par ailleurs, l'expert psychiatre a exposé, dans le complément, que les critères diagnostics du trouble somatoforme douloureux faisaient défaut, de sorte que cette pathologie n'entrait pas en considération. Il a examiné les indicateurs jurisprudentiels, et il a considéré que ces derniers n'étaient pas réunis, la fibromyalgie retenue par l'expert rhumatologue ne pouvant ainsi être qualifiée d'incapacitante. L'absence des critères permettant de reconnaître le caractère invalidant d'une fibromyalgie, ainsi que de troubles psychiques de manière générale était d'ailleurs évoquée depuis l'été 2020 par l'un des psychiatres traitants, corroborant ainsi les conclusions de l'expertise administrative.

Quant au fait que l'experte en médecine interne n'ait pas relevé d'incohérence entre les plaintes et le comportement observé, ni d'exagération des symptômes, on ne saisit pas ce que le recourant entend en déduire, puisqu'il n'a pas de plainte

relevant de cette sphère. En revanche, l'expert rhumatologue a lui aussi constaté des incohérences et des phénomènes d'amplification des plaintes chez le recourant, venant appuyer les constatations de son co-expert psychiatre.

L'absence de compliance thérapeutique démontrée par les analyses sanguines va également dans le sens d'une aggravation subjective des répercussions des atteintes à la santé sur le fonctionnement du recourant et sa capacité de travail.

La jurisprudence (sévère) du Tribunal fédéral en présence de phénomènes d'amplification et de non-compliance au traitement tend à considérer que les troubles allégués, malgré la présence de diagnostics reconnus, ne sont pas incapacitants, conclusion à laquelle sont parvenus les experts.

10.4 Dans son argumentation relative à la valeur probante de l'expertise de Q_____, le recourant considère qu'il ne serait pas possible de suivre les conclusions du rapport, faute de discussion consensuelle du cas.

On relèvera, à l'instar de l'intimé, que le rapport d'expertise pluridisciplinaire comporte une évaluation consensuelle sur plusieurs pages. Certes, les conclusions n'y sont pas discutées sous la forme d'une analyse de synthèse interdisciplinaire et tendent à reprendre les conclusions des évaluations spécifiques. Les différents rapports ont cependant été réalisés dans les règles de l'art, et leurs conclusions sont compatibles les unes avec les autres au cas d'espèce. On ne saurait, en pareilles circonstances, nier toute valeur probante aux conclusions de l'expertise. Une discussion globale de concertation eut été idéale, mais elle n'est ici pas nécessaire pour appréhender l'état de santé du recourant et ses conséquences sur la capacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_282/2012 du 29 août 2012 consid. 4.1).

C'est donc en vain que le recourant s'en prend aux conclusions des experts.

11.

Le recourant fait ensuite grief à l'intimé de ne pas avoir procédé à un calcul du taux d'invalidité et d'avoir ainsi omis de retenir une diminution de rendement, ainsi qu'un taux d'abattement en raison de la multiplicité de ses limitations fonctionnelles.

11.1 L'intimé a estimé qu'il n'était pas possible de prendre en compte, au titre de revenu sans invalidité, le dernier revenu réalisé par le recourant en tant que chauffeur de taxi indépendant, puisqu'il avait cessé cette activité.

11.2 La position de l'intimé ne saurait être suivie, dès lors que l'activité de chauffeur de taxi a été arrêtée précisément en raison de l'incapacité de travail alléguée ayant justifié le dépôt de la nouvelle demande de prestations. C'est d'ailleurs sur la base de cette activité que la SUVA, agissant en qualité d'assureur-accidents suite à la chute de février 2020, a indemnisé le recourant pour sa perte de gain.

Dans sa déclaration de sinistre, le recourant a mentionné travailler 42 heures par semaines, soit à 100%. Le salaire assuré sur lequel l'assureur-accidents s'est fondé pour verser les indemnités journalières est de CHF 66'690.- par an, soit CHF 5'557.50 par mois, sans qu'il soit toutefois possible de déterminer si ce revenu correspond au revenu réellement réalisé par l'intéressé. Dans sa demande de prestations adressée à l'intimée, le recourant avait indiqué percevoir environ CHF 4'000.- mensuels pour une activité exercée à plus ou moins 80%, ce qui est légèrement inférieur.

Cela étant, le dossier ne comporte pas d'autres éléments relatifs aux revenus du recourant, qui ne sont dès lors pas déterminables avec précision. En particulier, les déclarations fiscales, ainsi que les comptes de bilan et de pertes et profits du recourant pour les années 2019 et 2020 font défaut.

La chambre de céans n'est dès lors pas en mesure de déterminer avec précision le revenu sans invalidité du recourant, de sorte que le dossier sera retourné à l'intimé pour qu'il complète l'instruction sur ce point et procède au calcul concret du taux d'invalidité au moment déterminant de l'échéance du délai d'attente.

11.3 S'agissant du revenu d'invalidité, force est de constater que le marché équilibré du travail offre un éventail suffisant de postes de travail adaptés aux limitations fonctionnelles du recourant et ne nécessitant pas de formation particulière. En conséquence, point n'est besoin de procéder à des mesures de réadaptation (défaut de la condition de nécessité [art. 8 al. 1 let. a LAI]). Cette conclusion s'impose d'autant plus que le recourant se considère incapable d'exercer la moindre activité, et a déjà, par le passé, montré son désintérêt pour des mesures de cette nature (cf. note de travail CII/CII+ du 29 avril 2016 faisant suite à un stage d'observation professionnelle de quatre semaines) (défaut de l'aptitude subjective [Michel VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'invalidité, 2018, n. 5 ad art. 8 et la citation]).

L'intimé devra toutefois examiner la mesure dans laquelle le salaire d'invalidité ressortant des statistiques doit être réduit, étant rappelé qu'une telle réduction 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) et qu'elle se monte à 25% au maximum (ATF 126 V 75 consid. 5). Une déduction relative à une diminution de rendement, sollicitée par le recourant, n'a en revanche pas lieu d'être, dès lors qu'elle est exclue par l'analyse de la capacité fonctionnelle à laquelle ont procédé les experts.

12. Il suit de tout ce qui précède que le recours sera partiellement admis, la décision du 25 août 2022 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il procède au calcul du taux d'invalidité.

Le recourant, représenté, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000 lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61

let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]), supportée par l'intimé.

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

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 25 août 2022 et lui renvoie la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. 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

Pascale HUGI

Laurence PIQUEREZ

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