

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3630/2023

ATAS/913/2024

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 26 novembre 2024**

**Chambre 6**

En la cause

A \_\_\_\_\_

recourant

représenté par Me Maëlle KOLLY, avocate

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, présidente.**

---

**EN FAIT**

- A.**   **a.** Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1977, de nationalité portugaise, célibataire, père d'un enfant né en 2003, maçon, a déposé une demande de prestations d'invalidité le 6 mai 2005, en raison d'une fracture du 5<sup>ème</sup> métacarpien à droite le 2 juillet 2004.
- b.** Le 15 octobre 2006, l'assuré, à la suite d'une bagarre dans un établissement public, a été victime d'une fracture du crâne et de la face.
- B.**   **a.** Par décision du 24 novembre 2006, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a alloué à l'assuré une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> juillet au 31 décembre 2005.
- b.** L'assuré a été licencié pour le 31 octobre 2007.
- c.** Le 10 septembre 2007, l'assuré a sollicité un reclassement professionnel.
- d.** Par décision du 21 avril 2008, l'OAI a refusé à l'assuré une rente et un reclassement professionnel.
- e.** Par jugement du 15 septembre 2008 (ATAS/1008/2008), la chambre de céans a admis le recours, annulé la décision précitée et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
- f.** À la demande de l'OAI, le centre d'expertise médicale (ci-après : B\_\_\_\_\_ ) (docteurs C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en ophtalmologie, et F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie de la main) a rendu un rapport d'expertise le 3 juillet 2009 (complété le 2 décembre 2009), concluant à une capacité de travail de 60% comme maçon et de 75% dans une activité adaptée (travail à l'intérieur, sans poussière et sans exposition aux engins vibrants).
- g.** Le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a retenu, le 19 janvier 2010, une capacité de travail dès le 25 avril 2007 de 60% pour une activité à l'extérieur et de 75% pour une activité à l'intérieur.
- h.** Par décision du 27 septembre 2010, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif que le degré d'invalidité était de 39%.
- i.** Le 14 janvier 2015, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, en raison d'hémicrâniées droites suite à son accident de 2006, augmentées depuis 2010, de lombalgies avec sciatalgie droite, de cervicalgies, limitant sa capacité de travail à 50% (selon un rapport de la docteure G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, du 6 décembre 2015).
- j.** Par décision du 17 mai 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations, le SMR ayant estimé qu'il n'existait ni nouvelle atteinte, ni nouvelle limitation.

**k.** Le 1<sup>er</sup> novembre 2017, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, en raison de douleurs cervico-dorsolombaires, attestées par la docteure H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie (rapport du 22 septembre 2017).

**l.** Par projet de décision du 10 juillet 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations, en relevant que le SMR avait estimé que l'ancienne activité n'était plus exigible mais qu'une capacité de travail de 75% était toujours donnée dans une activité adaptée. Le degré d'invalidité était de 28% (et non pas de 39% comme calculé de façon erronée dans la précédente décision).

**m.** Le 24 juillet 2018, le I\_\_\_\_\_ a écrit à l'OAI qu'une expertise psychiatrique de l'assuré était nécessaire, celui-ci présentant une dépendance à l'alcool, des traits de personnalité émotionnellement labile de type impulsif et dépendant et un trouble dépressif récurrent. Il avait été hospitalisé du 19 juin au 2 juillet 2018 à la clinique genevoise de Montana.

**n.** Le 24 juillet 2018, l'assuré a requis une mesure de réinsertion.

**o.** À la demande l'OAI, la docteure J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, du I\_\_\_\_\_, a donné des renseignements dans un rapport du 5 décembre 2018. L'assuré présentait une dépression et une labilité émotionnelle importante. Il nécessitait d'être en séjour résidentiel à la K\_\_\_\_\_. Il était en incapacité de travail totale et pouvait fonctionner dans un atelier EPI (établissements publics pour l'intégration) à un taux de 50%.

**p.** À la demande de l'OAI, le Professeur L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et Madame M\_\_\_\_\_, psychologue FSP, ont rendu le 10 avril 2019 un rapport d'expertise, posant les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue (F10.2) dès l'adolescence, de perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0) et de traits de personnalité émotionnellement labile, type impulsif (Z73.1) dès le début de l'âge adulte. La capacité de travail était nulle et de 100%, uniquement en cas d'abstinence à l'alcool d'au moins six mois, dans une activité adaptée (peu d'expositions hiérarchiques, travail sans nécessité d'attention soutenue, de préférence solitaire).

**q.** Le 24 avril 2019, le SMR a estimé qu'à la date de l'expertise, l'assuré était abstinent depuis au moins six mois et que la capacité de travail était de 100% du point de vue psychiatrique. Il a retenu une capacité de travail nulle dans l'activité de maçon et de 75% dans une activité adaptée depuis mars 2019 avec les limitations fonctionnelles suivantes : limiter le port de charge à 10 kg près du corps et à 5 kg éloigné du corps, limiter le maintien de la position penchée en avant en porte-à-faux, limiter les mouvements répétitifs avec contrainte en flexion/extension et rotations ; l'assuré devait pouvoir changer de position à son gré entre assise et debout ; sur le plan psychiatrique, peu d'expositions hiérarchiques, travail sans nécessité d'attention soutenue, de préférence solitaire.

**r.** Par décision du 25 juillet 2019, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> mai 2018 au 31 mai 2019, l'assuré ayant présenté une incapacité de travail totale dans toute activité du 1<sup>er</sup> avril 2017 au 28 février 2019.

**s.** Le 29 septembre 2022, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations.

**t.** Du 31 mars au 26 avril 2022, l'assuré a séjourné à la clinique genevoise de Montana pour un diagnostic de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool avec syndrome de dépendance. Il avait augmenté sa consommation à la suite d'une accumulation de facteurs de stress depuis juin 2021 (rapport du 21 juillet 2022).

**u.** Le 15 août 2023, le SMR a estimé qu'aucune aggravation notable et durable de l'état de santé n'était constatée.

**v.** Par projet de décision du 22 août 2023, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

**w.** Le 21 septembre 2023, le SMR, après avoir pris connaissance du rapport de la Dre H\_\_\_\_\_, a retenu une limitation fonctionnelle supplémentaire de mouvement des bras au-dessus du plan des épaules.

**x.** Par décision du 2 octobre 2023, l'OAI a rejeté la demande de prestations, en constatant que le degré d'invalidité du recourant était de 28%.

**C. a.** Le 6 novembre 2023, l'assuré, représenté par une avocate, a recouru auprès de la chambre de céans à l'encontre de la décision précitée, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il requérait son audition, celle de ses médecins et une expertise judiciaire pluridisciplinaire en psychiatrie, rhumatologie et neurologie. Le problème de dépendance à l'alcool rendait illusoire la reprise d'une activité et aurait dû être investigué. Par ailleurs, la Dre H\_\_\_\_\_ estimait que seule une activité occupationnelle était possible.

**b.** Le 5 décembre 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours.

**c.** Le 29 février 2024, le recourant a répliqué. Il présentait des rechutes de consommation d'alcool et n'avait pas réussi à tenir une abstinence complète durant six mois comme exigé par le Prof. L\_\_\_\_\_ pour admettre une capacité de travail.

**d.** Le 2 avril 2024, l'OAI a dupliqué, en relevant que la Dre J\_\_\_\_\_ avait attesté d'une abstinence d'au moins six mois en décembre 2018. Aucun élément concret ne permettait de soutenir que les problèmes de dépendance de l'assuré étaient actuellement incapacitants.

**e.** Le 6 mai 2024, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. Le recourant a indiqué qu'il était abstinent depuis début 2022, ce qui avait augmenté ses douleurs. Il avait dû réduire son activité aux EPI depuis 2023, en raison de ses problèmes physiques et psychiques.

Le recourant a communiqué les pièces suivantes :

- Un rapport de la Dre J\_\_\_\_\_ du 12 mars 2024, attestant d'une abstinence à l'alcool de l'assuré depuis avril 2022 et formellement depuis septembre 2022 selon des analyses capillaire et PETH (phosphatidyléthanol). Il avait réussi à maintenir une abstinence durant ses hospitalisations (du 19 juin au 2 juillet 2018 et du 31 mars au 28 avril 2022). De septembre 2017 à juin 2022, il avait résidé à la K\_\_\_\_\_ dans le programme de la consommation contrôlée.
- Un rapport de Madame N\_\_\_\_\_, psychologue au I\_\_\_\_\_ selon lequel, depuis l'arrêt de l'alcool, les douleurs de l'assuré s'étaient aggravées, avec davantage de confusion et difficultés mnésiques et une plus grande fatigabilité.
- Une lettre de sortie du 14 décembre 2023 de la clinique genevoise de Montana suite à un séjour de l'assuré du 26 octobre au 22 novembre 2023 pour éloignement des facteurs de stress, prise en charge des douleurs chroniques, trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique.
- Un courrier de la Dre J\_\_\_\_\_ du 26 février 2024 au Centre multidisciplinaire de la douleur, attestant d'un suivi depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2015 et d'une abstinence depuis deux ans et indiquant qu'une prise en charge pour le syndrome douloureux chronique lui paraissait indiquée.

**f.** Le 26 juin 2024, le recourant a persisté dans sa demande d'expertise judiciaire pluridisciplinaire et, subsidiairement, à l'audition de la Dre H\_\_\_\_\_. Il a communiqué les pièces suivantes :

- Une attestation de Madame O\_\_\_\_\_, socio-éducatrice au P\_\_\_\_\_, selon laquelle le recourant y travaillait deux jours par semaine dès décembre 2017 et était sobre depuis deux ans. Depuis plusieurs mois, il présentait des douleurs qui l'obligeaient à s'allonger plusieurs heures et à l'heure actuelle, il avait suspendu son activité en raison de ses douleurs.
- Un rapport de la Dre H\_\_\_\_\_ du 10 juin 2024, selon lequel le recourant présentait une capacité de travail de 40% en atelier protégé.
- Un rapport du docteur Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, du 18 mars 2024, attestant de l'absence de polyneuropathie.

**g.** Le 1<sup>er</sup> juillet 2024, le SMR a considéré que les pièces médicales communiquées par le recourant ne modifiaient pas son appréciation et le 19 juillet 2024, l'intimé s'est rallié à cette appréciation.

**h.** Le 8 août 2024, le recourant a observé qu'il était hospitalisé à la clinique de Montana depuis le 11 juillet 2024. Il convenait d'apprécier ses problématiques dans leur globalité, son état de santé s'étant dégradé.

**i.** Le 22 octobre 2024, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une mission d'expertise bidisciplinaire au docteur R\_\_\_\_\_, spécialiste

FMH en rhumatologie, et à la docteure S\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et leur a communiqué le projet de mission.

**j.** Le 29 octobre 2024, l'intimé, en se ralliant à un avis du SMR du 28 octobre 2024, a requis la réalisation d'un bilan neuropsychologique et validation des symptômes, et l'ajout d'une expertise neurologique.

**k.** Le 18 novembre 2024, le recourant s'est déclaré d'accord avec la proposition de l'intimé. Il présentait des céphalées qui s'étaient aggravées. Il a suggéré des questions complémentaires.

## **EN DROIT**

### **1.**

**1.1** Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

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

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en 2023, la demande de prestations ayant été déposée en septembre 2022 (art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

**1.3** Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail et la question de l'aggravation de son état de santé depuis la dernière décision de l'intimé du 25 juillet 2019.

3.

**3.1** 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).

A droit à une rente d'invalidité, l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Une rente n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1<sup>bis</sup> et 1<sup>ter</sup> n'ont pas été épuisées (art. 28 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

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

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

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

**3.2.2** Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

**3.2.3** En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

**3.2.4** 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 distincte. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_458/2023 du 18 décembre 2023 consid. 3.2 et la référence).

**3.3** Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3),

A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)

Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).

B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2)

C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)

- Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement; consid. 4.4)

Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

**3.4** Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, après avoir nié le droit à une prestation (art. 87 al. 3 RAI), l'examen matériel doit être effectué de manière analogue à celui d'un cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 141 V 585 consid. 5.3 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_12/2023 du 22 août 2023 consid. 3.2). Elle doit donc traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue (examen « *allseitig* »). Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés, le degré d'invalidité doit ainsi être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9 consid. 6.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_498/2023 du 11 décembre 2023 consid. 5.1 et les références).

La base de comparaison déterminante dans le temps pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente est constituée par la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et la référence).

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

#### 4.

**4.1** Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 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).

**4.2** 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).

**4.3** Conformément à 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 ouverte 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).

5. En l'occurrence, l'intimé, en se ralliant aux avis du SMR des 15 août 2023, 21 septembre 2023 et 1<sup>er</sup> juillet 2024, a estimé que l'état du recourant ne s'était pas aggravé depuis sa dernière décision du 25 juillet 2019.

Le recourant a produit, du point de vue somatique, deux rapports de la Dre H\_\_\_\_\_ des 18 septembre 2023 et 10 juin 2024, attestant d'une capacité de travail limitée à une activité au sein d'un atelier protégé et des limitations fonctionnelles de port de charge maximum de 5 kg, station assise prolongée de maximum 5 à 15 minutes, de la marche sans douleurs de maximum 5 à 15 minutes, de douleurs présentes également en position couchée et de mouvements répétés des membres supérieurs limités. Les diagnostics étaient ceux de coxarthrose gauche débutante, d'hernies inguinales bilatérales, de péri arthrites scapulo-humérales bilatérales et de surpoids.

Ces limitations fonctionnelles sont plus importantes que celles retenues par le SMR dans ses avis des 24 septembre 2019, 15 août et 21 septembre 2023, même si dans ce dernier avis le SMR a inclus une limitation supplémentaire relative aux mouvements des bras au-dessus des épaules. En particulier, la Dre H\_\_\_\_\_ souligne que les douleurs généralisées persistantes sont incapacitantes, ce qui a été confirmé par O\_\_\_\_\_ le 26 avril 2024, laquelle a précisé que le recourant devait s'allonger plusieurs heures en raison de ses douleurs et avait dû cesser de travailler pour cette raison. Par ailleurs, la Dre J\_\_\_\_\_ a adressé le 26 février 2024 le recourant au centre multidisciplinaire de la douleur des Hôpitaux universitaires du canton de Genève (HUG) pour la prise en charge de son syndrome douloureux chronique et la clinique de Montana a effectué une prise en charge en octobre/novembre 2023 des douleurs chroniques du recourant, ces deux avis témoignant également d'une sévère emprise des douleurs sur le fonctionnement du recourant.

Une instruction complémentaire par le biais d'une expertise judiciaire rhumatologique s'avère en conséquence nécessaire.

Par ailleurs, du point de vue psychique, au vu des avis de la Dre J\_\_\_\_\_ des 26 février et 12 mars 2024, ainsi que le rapport de la clinique de Montana du 14 décembre 2023 (attestant d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et d'une personnalité émotionnellement labile de type impulsif), il convient également d'instruire cet aspect par le biais d'une expertise judiciaire psychiatrique.

Partant, une expertise judiciaire bidisciplinaire sera confiée au docteur R\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et à la docteure S\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Les parties ont requis la réalisation d'un bilan neuropsychologique et l'ajout d'un volet neurologique. S'agissant du premier point, il sera ajouté à la mission d'expertise (point G). En revanche, vu l'ordonnance d'une expertise rhumatologique, le volet neurologique n'apparaît en l'état pas nécessaire.

Les questions suggérées par le recourant seront intégrées aux points 4.8, 7.4, 7.5 et E de l'expertise rhumatologique et aux points G, 5.4.1, 5.4.2 et I de l'expertise psychiatrique.

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

**Statuant préparatoirement**

I. Ordonne une expertise de A\_\_\_\_\_. Commet à ces fins le docteur R\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et la docteure S\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

**Du point de vue rhumatologique :**

- 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 H\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ (voire son successeur au I\_\_\_\_\_).
- C. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres examens.
- D. Charge le Dr R\_\_\_\_\_ 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
  - 4.1.2 Dates d'apparition
- 4.2 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?
- 4.3 Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?
- 4.4 L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré/détérioré depuis le 25 juillet 2019 ? Si oui, de quelle manière ?
- 4.5 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) ?

Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

- 4.6 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?
- 4.7 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?
- 4.8 Les douleurs chroniques dont se plaint la personne expertisée ont-elles été majorées par la cessation de la prise d'alcool en 2022 ? Veuillez motiver votre réponse

## **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, indiquer son taux et détailler l'évolution de ce taux.

6.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?

6.2.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

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

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

6.3 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis le 25 juillet 2019 ?

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

6.5 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 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 ?
- 7.3 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée
- 7.4 Les médicaments pris régulièrement par la personne expertisée induisent-ils des effets secondaires ? Si oui, lesquels ?
- 7.5 Ces effets ont-ils un impact sur les capacités fonctionnelles de la personne expertisée ? Si oui, dans quelles mesures ?

## **8. Appréciation d'avis médicaux du dossier**

- 8.1 Êtes-vous d'accord avec les avis du SMR des 24 avril 2019, 15 août et 21 septembre 2023 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail dans une activité adaptée de 75% ? Si non, pourquoi ?
- 8.2 Êtes-vous d'accord avec les avis de la Dre H\_\_\_\_\_ du 18 septembre 2023 et 10 juin 2024 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail nulle dans toute activité (hormis en atelier protégé pour un taux de 40%) ? Si non, pourquoi ?
- 8.3 Êtes-vous en particulier d'accord avec l'avis de la Dre H\_\_\_\_\_ du 10 juin 2024, selon qui les douleurs chroniques mécaniques d'origine dégénérative de la personne expertise pourraient être majorées par les séquelles d'un alcoolisme chronique interrompu en 2022 ? 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 faire **une appréciation consensuelle du cas** avec la Dre S\_\_\_\_\_ s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle et une éventuelle baisse de rendement.

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

### **Du point de vue psychiatrique :**

G. Charge la Dre S\_\_\_\_\_ de faire procéder à un bilan neuropsychologique et validation des symptômes de la personne expertisée.

H. Charge La Dre S\_\_\_\_\_ 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 La personne expertisée est-elle abstinente à l'alcool ? Si oui, depuis quand ?

4.4.1 À quand remonte la précédente période d'abstinence totale ?

4.4.2 Dans la mesure du possible, répertorier les dates d'abstinence totale depuis l'apparition de l'alcoolisme chronique chez la personne expertisée

4.5 L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré/détérioré depuis le 25 juillet 2019 ? Si oui, de quelle manière ?

4.6 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) ?

4.7 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

**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. Cohérence**

6.1 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?

6.2 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

- 6.3 Est-ce qu'il y a des discordances entre les plaintes et le comportement de la personne expertisée, entre les limitations alléguées et ce qui est connu des activités et de la vie quotidienne de la personne expertisée ? En d'autres termes, les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel, personnel) ?
- 6.4 Quels sont les niveaux d'activité sociale et d'activités de la vie quotidienne (dont les tâches ménagères) et comment ont-ils évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?
- 6.5 Dans l'ensemble, le comportement de la personne expertisée vous semble-t-il cohérent et pourquoi ?

## **7. Personnalité**

- 7.1 Est-ce que la personne expertisée présente un trouble de la personnalité selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence et si oui, lequel ? Quel code ?
- 7.2 Est-ce que la personne expertisée présente des traits de la personnalité pathologiques et, si oui, lesquels ?
- 7.3 Le cas échéant, quelle est l'influence de ce trouble de personnalité ou de ces traits de personnalité pathologiques sur les limitations éventuelles et sur l'évolution des troubles de la personne expertisée ?
- 7.4 La personne expertisée se montre-t-elle authentique ou y a-t-il des signes d'exagération des symptômes ou de simulation ?

## **8. Ressources**

- 8.1 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur le plan somatique ?
- 8.2 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur les plans :
  - a) psychique
  - b) mental
  - c) social et familial. En particulier, la personne expertisée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?

## **9. Capacité de travail**

- 9.1 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?
  - 9.1.1 Si non, ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
  - 9.1.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? À quel taux ? Depuis quelle date ?

- 9.1.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
- 9.2 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis le 25 juillet 2019 ?
- 9.3 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?
- 9.4 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

## **10. Traitement**

- 10.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation
- 10.2 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 ?
- 10.3 En cas de refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie, cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de la personne expertisée à reconnaître sa maladie ?
- 10.4 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée

## **11. Appréciation d'avis médicaux du dossier**

- 11.1 Êtes-vous d'accord avec les avis du SMR des 24 avril 2019, 15 août et 21 septembre 2023 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail du point de vue psychiatrique, totale depuis mars 2019 ? Si non, pourquoi ?
- 11.2 Êtes-vous d'accord avec l'expertise du Dr L\_\_\_\_\_ du 10 avril 2019 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de 100% après abstinence à l'alcool d'au moins six mois ? Si non, pourquoi ?

- 12. Quel est le pronostic ?
- 13. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?
- 14. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles

I. Invite l'experte à faire **une appréciation consensuelle du cas** avec le Dr R\_\_\_\_\_ s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle et une éventuelle baisse de rendement.

J. Invite l'experte 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

La présidente

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

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