

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/100/2025

ATAS/483/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 juin 2025

Chambre 5

En la cause

A_____

recourant

représenté par Me Émilie CONTI MOREL, avocate

contre

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

intimé

Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Pierre-Bernard PETITAT et Monique STOLLER-FÜLLEMANN, juges assesseurs.

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1963, a déposé une demande de prestations invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), en date du 8 janvier 2019, déclarant, comme atteintes à la santé, un mal de dos, une sciatique à la jambe droite et une laryngite chronique, existant depuis dix ans. Il était traité, depuis le même laps de temps, par le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne générale.
- b.** Interpellé par l'OAI, le Dr B_____ a répondu à un questionnaire médical en date du 24 janvier 2019, diagnostiquant des lombosciatalgies plus ou moins chroniques et des pertes de concentration et de mémoire. Lesdits troubles ont été confirmés, par le même médecin, dans un rapport médical intermédiaire du 29 juillet 2019, dans lequel il a précisé que la dernière consultation médicale avec son patient datait du 5 février 2019, mais qu'il n'avait pas de nouvelles depuis, précisant que le patient lui avait déclaré, lors de la consultation, qu'il « allait beaucoup mieux ».
- c.** Le service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI a rendu un avis médical du 11 février 2020, résumant la situation de l'assuré, au bénéfice de l'Hospice général, sans activité lucrative depuis le mois de décembre 2017, avec comme dernière activité, celle de chauffeur de limousine indépendant. Les limitations fonctionnelles étaient décrites dans le rapport du 24 janvier 2019 du Dr B_____, soit pas de port de charges de plus de 5 kg et pas d'efforts physiques. Selon les conclusions du SMR, l'absence de suivi médical régulier et le traitement par des médicaments contre la douleur de premier et deuxième palier (Dafalgan et Voltaren) ne témoignaient pas d'une atteinte à la santé incapacitante au sens de l'assurance-invalidité.
- d.** Par courrier du 13 février 2020, l'OAI a rendu un projet de décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles. La demande de prestations de l'assuré était rejetée, car à l'issue de l'instruction médicale, l'office considérait que l'assuré ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante. S'agissant des mesures professionnelles, elles n'étaient pas indiquées, car elles ne seraient pas de nature à améliorer la capacité de gain de l'assuré.
- e.** L'assuré a contesté le projet de décision par courrier du 5 mars 2020, auquel l'OAI a répondu par courrier du 11 mars 2020, fixant à l'assuré un délai au 9 avril 2020 pour que celui-ci fasse parvenir des éléments médicaux susceptibles de modifier son appréciation. Faute de réponse, l'OAI a confirmé son projet du 13 février 2020 par décision du 29 avril 2020.
- f.** Sur recours de l'assuré, en date du 7 mai 2020, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) a confirmé le bien-fondé de la décision querellée rendue par l'OAI et a rejeté le recours, par arrêt du 27 mai 2021 (ATAS/516/2021), au motif que les troubles de la santé allégués

par le recourant ne l'empêchaient pas d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à un taux de 100%. Faute de recours, l'arrêt est entré en force.

- B.**
- a.** L'assuré a déposé une deuxième demande de prestations invalidité, qui a été reçue par l'OAI en date du 9 novembre 2022. Il a indiqué souffrir de brachialgies, de lombalgies et d'une dépression, depuis 2014. Il était traité par les docteurs C_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et D_____, spécialiste FMH en pneumologie et en médecine interne générale.
 - b.** À la demande de l'OAI, l'assuré a transmis une attestation médicale du Dr C_____ ainsi que des rapports IRM, qui ont été examinés par le SMR de l'OAI.
 - c.** Dans son avis médical du 1^{er} février 2023, le SMR a constaté, en se fondant sur les pièces médicales transmises, la présence d'une spondylodiscarthrose débutante L2 – L3 à L5 – S1, d'une spondylodiscarthrose marquée, C3-C4 à C7-D1, d'une sténose foraminale débutante C3-C4 droite et un canal cervical étroit modéré C4-C5 à C6-C7 d'origine dégénérative. Il a considéré que les atteintes du rachis ainsi que les troubles de la concentration et de la mémoire étaient identiques aux troubles allégués lors de la première demande, tout en relevant qu'il n'y avait pas d'éléments objectifs concernant les apnées du sommeil. En conclusion, l'assuré n'avait pas rendu plausible une aggravation durable de son état de santé.
 - d.** Par projet du 2 février 2023, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait l'intention de rendre une décision de refus d'entrée en matière, faute d'avoir rendu plausible, par des documents adéquats, que son état de santé s'était notablement modifié.
 - e.** Par décision du 13 mars 2023, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assuré. Ce dernier n'a pas recouru contre la décision.
- C.**
- a.** L'assuré a déposé une troisième demande de prestations invalidité, qui a été reçue par l'OAI en date du 25 janvier 2024. Précisant être toujours suivi par les Drs C_____ et D_____, l'assuré a déclaré souffrir d'une arthrose cervicale, de lombalgies, de dépression et d'apnée du sommeil.
 - b.** Suite à la demande de l'OAI, le Dr C_____ a transmis un certificat médical daté du 7 février 2024, dans lequel il a indiqué que l'assuré présentait : une apnée sévère avec fatigue chronique et des troubles de la concentration ; une spondylarthrite lombaire avec un canal étroit et Modic I-II ; des cervicalgies sur hernie C5-C6 et C6-C7 ; un état anxiodépressif sévère (est suivi par le Dr. E_____) et une rupture de la coiffe des rotateurs sus-épineux (épaules gauche et droite). Il a joint à son courrier un rapport d'IRM de l'épaule gauche, du mardi 16 mai 2023, dans lequel la docteure F_____, spécialiste FMH en radiologie, concluait, notamment, à une large rupture transfixiante de la coiffe des rotateurs aux dépens, principalement, du tendon du sus-épineux, et un rapport d'IRM de l'épaule droite du 25 septembre 2023 dans lequel la docteure G_____, spécialiste FMH en radiologie, concluait, notamment, à une rupture transfixiante à l'insertion

du sus-épineux, sans déchirure partielle ou complète des tendons infra-épineux ou subscapulaire.

c. Par courrier du 8 mars 2024, l'OAI a demandé au Dr C_____ de répondre à un questionnaire médical que ce dernier a complété, en date du 15 avril 2024. Le médecin traitant a confirmé les troubles qu'il avait déjà mentionnés dans son attestation du 7 février 2024 et a ajouté, sous la rubrique « médicaments », que l'assuré prenait du Dafalgan, du Voltarène, du Deroxat et du Xanax 0.5mg. En réponse à la question de la capacité de travail dans l'activité habituelle, il a indiqué « 0 » et n'a pas répondu aux autres questions, notamment quant à la capacité de travail dans une activité adaptée.

d. Suite à plusieurs rappels de l'OAI, le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a rendu un rapport médical daté du 22 mai 2024. Il a tout d'abord précisé qu'il n'avait vu le patient que deux fois, le 3 octobre et le 17 octobre 2023, et qu'il ne pouvait donc pas valablement apporter tous les éléments médicaux nécessaires pour un rapport médical complet. Néanmoins, il pouvait faire le descriptif clinique des deux consultations : l'assuré présentait un état dépressif marqué (F32.2) avec prédominance d'un ralentissement et avec des aspects de dépression hostile. Sans travail depuis sept ans, très actif auparavant, il s'estimait prétérité (victime de vol dans sa propre famille ?). Les éléments notés lors de la consultation étaient les suivants : troubles du sommeil, troubles de la concentration, anhédonie, attitude de découragement et de renoncement, passivité dépressive, irritabilité, sentiment d'impuissance en regard d'une dégringolade sociale, avec une colère exprimée devant cette dévalorisation subie et une augmentation des conduites addictives (alcool et tabac). Il se plaignait d'une vie en retrait, isolée et se posait la question d'une retraite anticipée ou de travailler pour un collègue comme VTC. Il était encore mentionné que l'assuré prenait des médicaments, soit des anti-inflammatoires non-stéroïdiens (ci-après : AINS).

e. Par avis médical du 14 août 2024, le SMR a considéré que l'analyse des pièces médicales récentes ne permettait pas de retenir une aggravation notable de l'état de santé de l'assuré, par rapport au dernier rapport médical. Concernant le volet psychiatrique, le médecin traitant évoquait, comme précédemment, un état dépressif (status peu précisé) avec une prise en charge par psychiatre. À cet égard, le psychiatre en question avait écrit dans son rapport du 22 mai 2024 qu'il n'avait reçu le patient que deux fois. Le SMR recommandait de demander à l'assuré s'il était disposé à entreprendre un suivi psychiatrique et dans la négative de demander au médecin traitant d'indiquer précisément la nature et la posologie du traitement psychiatrique.

f. En réponse à la demande de l'OAI du 17 septembre 2024 d'indiquer la nature du traitement psychiatrique et la posologie des médicaments, le Dr C_____ a répondu directement à la main, sur le courrier en question, « Deroxat 20mg/jour et Xanax 0.5, 2-3/jour ».

g. Par avis médical daté du 16 octobre 2024, le SMR a conclu qu'il n'y avait aucune atteinte incapacitante au sens de la LAI. Reprenant le contenu de son précédent avis médical du 14 août 2024, le SMR a mentionné la posologie médicamenteuse indiquée par le Dr C_____ et a relevé qu'au regard des pièces médicales, il semblait qu'aucune prise en charge psychiatrique spécialisée n'avait été mise en place.

h. Par projet du 17 octobre 2024, l'OAI a informé l'assuré de son intention de refuser toute rente invalidité.

i. Dans le cadre de la procédure d'audition, l'assuré a fait parvenir à l'OAI un questionnaire médical complété par le Dr D_____ et daté du 11 octobre 2024. Le médecin traitant indiquait qu'au regard de sa spécialité, les diagnostics avec répercussions durables sur la capacité de travail étaient les dorsalgies et les sciatalgies. S'agissant des diagnostics n'ayant pas de répercussions durables sur la capacité de travail, il mentionnait le syndrome d'apnée du sommeil sévère (ci-après : SAS) en précisant que l'assuré portait régulièrement l'appareil CPAP, avec un bon effet sur la symptomatologie diurne et un index d'apnées/hypopnées résiduel à 15/h. Sous la rubrique des limitations fonctionnelle ayant un impact durable sur la capacité de travail, le médecin n'avait rien inscrit, pas plus que sous la rubrique de la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Sous la rubrique de la capacité de travail dans son activité habituelle, le médecin avait inscrit « capacité de travail dans son activité habituelle de 100% ».

j. Par décision du 25 novembre 2024, l'OAI a confirmé le refus de rente invalidité.

- D.** **a.** Par acte de sa mandataire, déposé au guichet du greffe universel en date du 13 janvier 2025, l'assuré a recouru contre la décision de l'OAI du 25 novembre 2024 et a conclu, préalablement, à une comparution personnelle des parties, à l'ouverture d'enquêtes en vue de l'audition des Drs C_____ et E_____ et à ce qu'une expertise médicale pluridisciplinaire en pneumologie, psychiatrie, rhumatologie et médecine interne soit ordonnée. Principalement, l'assuré a conclu à l'annulation de la décision querellée et à ce que l'OAI soit condamné à lui verser une rente d'invalidité de 100%, dès le 1^{er} juillet 2024, avec intérêts moratoires à 5% l'an sur les arriérés, dès le 24^e mois suivant l'exigibilité, le tout sous suite de frais et dépens. Il était reproché à l'OAI d'avoir instruit la nouvelle demande de prestations de manière lacunaire, en violation de la maxime inquisitoire sociale, car la multiplicité des atteintes aurait largement justifié la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire. En effet, le diagnostic d'état dépressif marqué, posé par le Dr E_____ dans son rapport médical du 22 mai 2024, n'existait pas lorsque la chambre de céans avait rendu son arrêt du 27 mai 2021. Il était également reproché à l'OAI de n'avoir pas tenté de savoir si le recourant était disposé, ou non, à entreprendre un suivi psychiatrique et de s'être contenté de demander au médecin généraliste la nature du traitement psychiatrique du

recourant. De surcroît, l'OAI n'avait pas non plus instruit la rupture de la coiffe des rotateurs du sus-épineux, qui concernait les deux épaules du recourant, alors même que ce diagnostic était également postérieur à l'arrêt du 27 mai 2021.

b. Par réponse du 11 février 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours. S'agissant du syndrome d'apnée du sommeil, l'OAI a relevé que le Dr D_____ avait, dans son rapport médical du 11 novembre 2024, indiqué que « le pronostic est bon si le patient porte régulièrement le CPAP, ce qui est le cas actuellement ». En outre, le pneumologue n'avait évoqué aucun risque d'endormissement au volant, ni d'une forme de fatigue, ni de nuits insuffisamment réparatrices, précisant, au contraire, que la réponse clinique était bonne. S'agissant des troubles psychiatriques, le Dr E_____, dans son rapport du 22 mai 2024, avait indiqué avoir reçu le recourant à deux reprises uniquement et sans que cela soit suivi d'une prise en charge. Cette absence de suivi ne témoignait pas d'une atteinte à la santé incapacitante. Enfin, en ce qui concernait les aspects somatiques, il n'existait pas d'aggravation par rapport à l'état de santé tel qu'il avait été constaté par le SMR et confirmé par l'arrêt de la chambre de céans du 27 mai 2021. En réponse aux critiques concernant les lacunes de l'instruction, l'OAI a rappelé que les parties avaient le devoir de collaborer et devaient apporter les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquaient de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve.

c. Par réplique du 18 février 2025, le recourant a persisté dans ses conclusions, faisant notamment valoir que le Dr D_____ avait indiqué que les nuits n'étaient pas réparatrices, que le Dr C_____ avait fait mention d'un état anxiodépressif sévère et d'une labilité psychique et que le Dr E_____ avait posé le diagnostic d'état dépressif marqué et prescrit des antidépresseurs. Le fait que l'assuré ne bénéficie pas d'un suivi psychiatrique ne permettait pas, pour autant, de minimiser l'ampleur de ses troubles ; de surcroît, le docteur H_____, qui avait rédigé l'avis médical du SMR, ne semblait disposer d'aucune compétence en psychiatrie, raison pour laquelle il était incompréhensible que l'OAI n'ait pas chargé un médecin du SMR disposant d'une expertise dans ce domaine pour se charger de l'instruction de ce volet. Enfin, l'OAI ne pouvait pas se contenter de prétendre que le recourant n'avait pas suffisamment collaboré à l'établissement des faits et qu'il n'était pas nécessaire d'instruire plus avant le dossier.

d. Par duplique du 13 mars 2025, l'OAI a rappelé que le Dr D_____ avait évoqué des nuits qui n'étaient pas récupératrices avant que le traitement mis en place ait permis de résoudre les troubles du sommeil, notamment par l'utilisation de l'appareil CPAP, qui avait un bon effet sur la symptomatologie diurne. S'agissant des critiques dirigées contre le médecin du SMR, il était rappelé que selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, un médecin du SMR, quelle que soit sa spécialisation, était en mesure d'émettre un avis sur la cohérence du rapport médical d'un confrère. En conclusion, l'OAI persistait dans sa détermination de rejet du recours.

- e. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.
- f. Les autres faits et renseignements seront examinés, en tant que de besoin, dans la partie « En droit » du présent arrêt.

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 Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]), le recours est recevable.

- 2.** Le litige porte sur le bien-fondé du refus de l’OAI de toute prestation en faveur de l’assuré.

3.

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

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est 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 (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence).

En l’occurrence, la décision querellée porte sur l’octroi d’une rente dont le droit éventuel est né postérieurement au 31 décembre 2021, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

4.

4.1 Est réputée invalidité, l’incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d’une infirmité congénitale, d’une maladie ou d’un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l’art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l’ensemble ou d’une partie des possibilités de

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

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

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

4.2 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 I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

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 notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les

limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

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).

L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (*cf.* ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3 et 418 consid. 7.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_43/2023 du 29 novembre 2023 consid. 5.2 ; 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 et la référence ; 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7). En l'absence d'un diagnostic psychiatrique, une telle appréciation n'a pas non plus à être effectuée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).

4.3 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).

5.

5.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). 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 incapable de travailler. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui - en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part -, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

5.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (*cf.* art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

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.

5.3 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 ; 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).

5.4 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 unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (*cf.* ATF 125 V 351

consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

6.

6.1 Les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués ; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a ; 117 V 261 consid. 3b et les références).

6.2 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 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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).

- 7.** En l'espèce, le recourant reproche à l'OAI de n'avoir pas établi qu'il conserve une quelconque capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée alors même qu'il considère que sa profession de chauffeur de limousine n'est plus compatible avec ses atteintes à la santé, ne serait-ce qu'en raison du risque d'endormissement au volant. Il reproche également à l'OAI de n'avoir pas suffisamment instruit les troubles psychiques, de même que la rupture de la coiffe des rotateurs concernant les deux épaules. Selon le recourant, une expertise pluridisciplinaire est nécessaire.

L'OAI, de son côté, considère que la capacité totale d'exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant est établie. S'agissant des troubles psychiques, l'OAI estime qu'il n'est pas établi qu'ils représentent une atteinte incapacitante. De plus, ni les médecins traitants, ni le recourant n'ont démontré objectivement l'existence d'une atteinte à la santé ayant des répercussions sur la capacité de travail. Dès lors, une expertise pluridisciplinaire est inutile.

À titre liminaire, comme le souligne l'OAI en réponse aux critiques du recourant, il sera rappelé que, selon une jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère qu'il n'est pas nécessaire qu'un médecin du SMR soit spécialisé dans un domaine particulier pour être en mesure d'émettre un avis sur la cohérence du rapport d'un confrère (arrêt du Tribunal fédéral 9C_149/2008 du 27 octobre 2008 consid. 3.2)

7.1 Dans un premier grief, le recourant allègue que les atteintes au niveau lombaire et cervical dont il souffre induisent des limitations fonctionnelles ayant un impact sur sa capacité de travail, non seulement dans son activité habituelle de chauffeur de limousine mais également dans une activité adaptée.

Les atteintes alléguées, *supra*, par le recourant ont déjà été examinées par la chambre de céans, dans le cadre de la procédure A/1323/2020 ayant abouti à l'arrêt du 27 mai 2021. Or, il s'agit des mêmes atteintes, comme cela est relevé par le SMR à la lecture des pièces médicales du Dr C_____. Les précédentes limitations fonctionnelles qui avaient été retenues, soit l'interdiction du port de charges de plus de 5 kg et les efforts physiques, ne semblent pas avoir varié.

Dans la dernière pièce médicale fournie par l'assuré dans le cadre de la procédure d'audition, à savoir le rapport du 11 octobre 2024 du Dr D_____, ce dernier, qui s'exprime à la fois en qualité de pneumologue et de spécialiste en médecine interne, relève que les dorsalgies et les sciatalgies ont une répercussion sur la capacité de travail. Cependant, le médecin ne mentionne aucune limitation fonctionnelle et précise, contrairement à ce que soutient le recourant, que l'assuré dispose d'une capacité de travail de 100% dans son activité habituelle [de chauffeur de taxi].

En ce qui concerne les rapports médicaux du Dr C_____, celui-ci se contente de confirmer, dans son attestation du 7 février 2024, que le recourant souffre d'une spondylarthrose avec un canal étroit et Modic I-II et de cervicalgies sur hernie C5–C6 et C6–C7. Il ne mentionne toutefois aucune limitation fonctionnelle en rapport avec lesdites atteintes.

Interpellé par l'OAI, le même médecin complète partiellement un questionnaire médical, en date du 15 avril 2024, sans toutefois mentionner de limitations fonctionnelles ou motiver davantage ses diagnostics, si ce n'est qu'il considère que l'incapacité de travail de l'assuré est toujours de 100%, depuis 2018. Au regard de cette conclusion sur la capacité de travail du recourant, la chambre de céans rappelle que, dans son arrêt du 27 mai 2021, soit postérieurement à l'année 2018, elle a reconnu une pleine capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée.

Compte tenu de ces éléments, la valeur probante des attestations médicales du Dr C_____ paraît douteuse, ce d'autant plus que son évaluation de l'incapacité de travail totale du recourant est entièrement contredite par son confrère, le Dr D_____, dans son rapport médical du 11 octobre 2024.

7.2 Dans un second grief, le recourant invoque son syndrome d'apnée du sommeil sévère qui l'empêcherait de conduire sa limousine en raison, notamment, du risque « d'endormissement au volant ». On rappellera que ce trouble avait déjà été mentionné par l'assuré, lors de la procédure ayant donné lieu à l'arrêt du 27 mai 2021, la chambre de céans ayant constaté que l'apnée était déjà traitée par l'utilisation d'un CPAP (p. 4, ch. 18). Le pneumologue D_____ a, certes, mentionné dans son certificat du 25 janvier 2021, que la nuit n'était pas récupératrice et que l'assuré avait tendance à s'endormir au volant, mais dans son

attestation médicale du 31 mai 2021, adressée à son confrère, le Dr C_____, il écrit que l'assuré porte régulièrement le CPAP, sans effets secondaires, avec un très bon effet sur la symptomatologie diurne. Dans son attestation médicale du 7 novembre 2022, destinée au même médecin, il mentionne qu'il a un peu augmenté la pression et que l'utilisation du CPAP améliore la qualité de la nuit [de l'assuré]. Enfin, dans son plus récent rapport médical du 11 octobre 2024, le Dr D_____ mentionne que l'assuré porte régulièrement son CPAP, environ six heures par nuit en moyenne, avec une bonne réponse clinique et que, concernant le SAS, « le pronostic est bon si le patient porte régulièrement le CPAP, ce qui est le cas actuellement ».

Compte tenu de ces éléments, le port du CPAP limite clairement le SAS dont souffre l'assuré ; en se fondant sur les déclarations de son pneumologue, on peut exclure un endormissement au volant consécutif au SAS, tant et aussi longtemps que l'assuré utilise son CPAP.

7.3 Dans un troisième grief, le recourant allègue souffrir au niveau psychiatrique, d'un état dépressif marqué, avec des troubles du sommeil, des troubles de la concentration et une anhédonie, notamment.

Comme cela ressort également de l'arrêt de la chambre de céans du 27 mai 2021, la perte de concentration, de mémoire et de motivation avait déjà été constatée par le Dr B_____ dans son rapport médical du 24 janvier 2019. Néanmoins, lors de la consultation du 5 février 2019, l'assuré avait déclaré aller « beaucoup mieux » (p. 4, ch. 12).

Le certificat médical du Dr E_____ du 22 mai 2024 est la seule pièce médicale rédigée par un psychiatre, confirmant les troubles psychiatriques de l'assuré. Néanmoins, il convient de la remettre dans un contexte où l'assuré n'a rencontré le psychiatre qu'à deux reprises, le 3 et le 17 octobre 2023, sans qu'aucun suivi psychiatrique n'ait été demandé ou mis en place par la suite. Le psychiatre est d'ailleurs prudent dans sa manière de s'exprimer, remarquant qu'il ne peut pas valablement apporter tous les éléments pour un document médical complet, dès lors qu'il n'a vu le patient qu'à deux reprises et doit se contenter de faire un descriptif clinique. Le psychiatre ne constate aucune limitation fonctionnelle et ne s'exprime pas sur la capacité de travail de l'assuré.

Il relate, par ailleurs, que l'assuré utilise un CPAP et qu'il prend des médicaments AINS, sans mentionner la prise d'un médicament antidépresseur, et sans en prescrire non plus.

Relatant les dires de l'assuré, il relève notamment que ce dernier se pose la question d'une retraite anticipée ou de travailler « pour un collègue » comme chauffeur d'un véhicule de transport (ci-après : VTC).

Cette dernière remarque contraste singulièrement avec les allégations du recourant selon lesquelles il ne peut pas exercer son activité habituelle de chauffeur de taxi, alors même qu'il déclare à son psychiatre qu'il envisage de travailler comme VTC.

Sur intervention du SMR, il apparaît que le recourant n'a pas mis en œuvre de suivi psychothérapeutique, ni auprès du Dr E_____, ni auprès d'un autre psychiatre, alors même qu'il allègue souffrir d'une dépression sévère.

Ce diagnostic semble quelque peu discordant par rapport au fait que l'assuré ne poursuit pas de psychothérapie et n'est pas suivi régulièrement par un psychiatre, ce d'autant moins que la prise d'antidépresseurs, dont il est fait grand cas dans la réplique du 18 février 2025 (p. 2) pour estimer que cela renforce le caractère sérieux de ses troubles psychiques, n'a pas été prescrite par le psychiatre qu'il a consulté mais, visiblement, par son médecin traitant, le Dr C_____, qui n'est pas un psychiatre.

À ce sujet, le SMR a vainement tenté, par courrier du 17 septembre 2024, d'obtenir des précisions de la part du Dr C_____ sur la nature du traitement psychiatrique et la posologie, ce à quoi le médecin traitant a répondu en griffonnant à la main, sur le courrier du 17 septembre 2024, les doses prescrites de Deroxat et de Xanax et en renvoyant ledit courrier à son expéditeur, sans plus de précisions.

Cette manière de répondre, sans indication sur la nature du traitement psychiatrique, jette quelques doutes sur la valeur probante des appréciations du Dr C_____.

7.4 Dans un dernier grief, le recourant reproche à l'OAI de n'avoir pas instruit la rupture de la coiffe des rotateurs alors même que les troubles sont objectivement démontrés par les IRM de l'épaule gauche puis de l'épaule droite, dont les rapports sont datés, respectivement, du 16 mai et du 25 septembre 2023.

S'il est vrai que l'on peut reprocher à l'OAI de ne pas avoir demandé des explications complémentaires quant à ces troubles, il paraît tout de même nécessaire de mentionner qu'à aucun moment, le Dr C_____, qui les cite pourtant dans son courrier du 7 février 2024, ne donne de détails sur la gravité de ces lésions, ni n'en explique les éventuelles limitations fonctionnelles en découlant.

Or, à la lecture des rapports d'IRM on constate que, si l'épaule gauche montre une large rupture transfixiante du tendon du sus-épineux, les autres muscles et tendons de la coiffe des rotateurs sont décrits comme normaux. En ce qui concerne l'épaule droite, une rupture transfixiante est constatée mais sans déchirure partielle ou complète des tendons infra épineux, les autres tendons et muscles étant, par ailleurs, décrits comme normaux.

Comme pour les troubles psychiatriques, on s'étonne de ne pas trouver d'autres certificats médicaux démontrant que l'assuré a consulté un rhumatologue ou les Hôpitaux universitaires de Genève ou un centre de la douleur.

On rappellera que, dans l'arrêt du 27 mai 2021, il avait été retenu des limitations fonctionnelles interdisant le port de charges de plus de 5 kg et les efforts physiques (p. 13, ch. 14). La chambre de céans est d'avis que ces limitations fonctionnelles sont compatibles avec les troubles à l'épaule, ce d'autant plus qu'aucune pièce

médicale ne permet d'en déduire une éventuelle atteinte incapacitante, étant rappelé que lors des consultations du psychiatre, en octobre 2023, soit postérieurement aux IRM des épaules droite et gauche, le recourant a évoqué la possibilité de reprendre une activité de VTC. Une telle déclaration est de nature à démontrer que les troubles des épaules ne semblent pas empêcher le recourant de conduire un véhicule.

7.5 En dépit des critiques du recourant sur les lacunes de l'instruction, on ne peut que constater que, dans le cadre de ses écritures, le recourant n'a produit aucune pièce médicale nouvelle, alors même qu'il avait tout loisir d'aller consulter d'autres médecins pouvant confirmer ses allégations.

En outre, l'OAI a déployé de grands efforts pour obtenir des rapports médicaux et des précisions de la part des médecins traitants du recourant. Ces derniers ont dû être relancés à plusieurs reprises et on ne peut que constater les réponses lapidaires et partielles apportées aux relances de l'OAI par le Dr C_____. A cet égard, il sera rappelé que 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).

La chambre de céans considère que le recourant n'est pas parvenu à établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il souffre de pathologies qui entraînent des limitations fonctionnelles fondant une incapacité, même partielle, d'exercer une activité adaptée.

7.6 S'agissant des demandes d'actes d'instruction du recourant, il sied de rappeler que si le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations, est convaincu que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c).

En application de ce principe, la demande de comparution personnelle du recourant sera rejetée dans la mesure où ce dernier a eu largement la possibilité de s'exprimer par écrit. Il en sera de même de la demande d'audition des médecins traitants, les Drs C_____ et E_____, le premier ayant eu largement l'occasion de se prononcer et le second n'ayant vu le recourant qu'à deux reprises et ne pouvant donc pas donner plus d'informations que celles fournies dans son attestation du 22 mai 2024.

En ce qui concerne la demande d'expertise pluridisciplinaire, elle sera également rejetée dès lors que le dossier ne contient pas de pièces médicales permettant de conclure à une aggravation de l'état de santé du recourant qui pourrait avoir une incidence durable sur sa capacité d'exercer une activité adaptée.

8.

8.1 À l'aune de ce qui précède, la chambre de céans n'a d'autre choix que de rejeter le recours.

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

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

Le président

Véronique SERAIN

Philippe KNUPFER

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