

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1406/2019

ATAS/699/2020

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 28 août 2020

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Samir DJAZIRI

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1973, originaire d'Algérie (de nationalité Suisse), marié, entré en Suisse en 1998, père de deux enfants nés le _____ 2013, titulaire d'un diplôme universitaire d'ingénieur en génie mécanique obtenu en Algérie, a travaillé comme bagagiste / chasseur pour l'hôtel B_____ du 19 septembre 1999 au 30 novembre 2002.
2. Du 20 août au 10 septembre 2002, l'assuré a été hospitalisé en raison d'une lombosciatique S1 gauche avec hernie discale L5-S1, avec une évolution favorable.
3. Le 9 janvier 2003, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité.
4. Le 5 février 2003, le docteur C_____, FMH rhumatologie, a rempli un rapport médical AI attestant de lombosciatique S1 gauche sur hernie discale L5-S1, depuis 1999 et aigu depuis 2002 ; l'incapacité de travail était totale du 3 juin 2002 au 12 janvier 2003 et à 50 % du 13 janvier au 16 février 2003 puis nulle dès le 17 février 2003.

Le pronostic était bon si l'assuré évitait le port de charges ; son ancienne activité de bagagiste n'était plus exigible et une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée était possible dès mars 2003.
5. Le 25 septembre 2004, le Dr C_____ a attesté d'une aggravation de l'état de santé par une exacerbation des lombosciatalgies gauches.
6. Le 26 octobre 2004, l'assuré a été opéré (discectomie L5 - S1 gauche par le docteur Q_____).
7. Le 7 juillet 2005, le Dr C_____ a précisé que l'assuré avait été en arrêt de travail total du 3 juin 2002 au 12 janvier 2003 avec une reprise à 50 % le 13 janvier 2003, puis après l'intervention du 26 octobre 2004, en capacité de travail de 50 % dès le 15 février 2005.
8. Un rapport d'examen rhumatologique du service médical régional AI (ci-après : SMR) du 23 août 2006 (docteur R_____) a conclu à une incapacité de travail totale comme bagagiste depuis 2002 et à une capacité de travail à 50 % depuis février 2005 dans une activité adaptée dès le 1^{er} mars 2005.
9. Le rapport de la réadaptation professionnelle du 23 novembre 2006 a conclu qu'un poste d'opérateur sur machine et toute autre activité du secteur de la production de l'industrie légère et le conditionnement léger, était exigible.
10. Par projet d'acceptation de rente du 28 novembre 2006, l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 3 juin 2003 au 30 avril 2005 et d'une demi-rente d'invalidité du 1^{er} au 30 mai 2005. L'assuré a bénéficié d'une mesure cantonale en 2007.
11. Par communication du 16 novembre 2007, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a pris en charge une orientation professionnelle, « définir une orientation professionnelle (DOP) » du 19 novembre au 21 décembre 2007.

12. L'aide au placement, sollicitée par l'assuré, a clos le dossier le 6 juin 2008, l'assuré ayant bénéficié d'une mesure DOP et d'une mesure emploi par l'office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE) de février à juillet 2008.
13. Dès le 1^{er} mars 2011, l'assuré a exercé une activité salariée de chauffeur de taxi.
14. Une IRM de la colonne cervicale du 9 novembre 2015 a conclu à des troubles dégénératifs étagés prédominant en C3-C4 et C4-C5. En C3-C4, bombement circonférentiel responsable d'une sténose sévère du canal central et sténose modérée neuro-foraminale des deux côtés, sans conflit discoradiculaire net. En C4-C5, bombement circonférentiel responsable d'une sténose sévère du canal central qui était responsable d'une anomalie de signal de la partie antérieure de la moelle épinière compatible avec une myélomalacie sans prise de contraste suspecte. A ce niveau, il existait une sténose sévère des neuro-foramens des deux côtés, en raison de la présence de complexes disco-ostéophytaires bilatéraux entrant en conflit avec la racine sortante C6 des deux côtés. Par ailleurs, il n'y avait pas de sténose du canal central ou sténose neuro-foraminale. En raison de la présence d'une myélomalacie et sténose sévère du canal central, en C4-C5, une corrélation avec un examen spécialisé était souhaitée.
15. Le 3 décembre 2015, le docteur D_____, chef de clinique au département de chirurgie des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG), a proposé la poursuite d'un traitement conservateur.
16. Le 4 décembre 2015, le docteur E_____, FMH médecine interne et FMH pharmacologie et toxicologie cliniques, a posé le diagnostic de parésie du membre supérieur gauche, en récupération, sur hernie discale C4-C5.
17. Le 7 décembre 2015, le docteur F_____, FMH neurologie, a conclu, après avoir pratiqué un électroneuromyogramme (ENMG), à des signes de lésion radiculaire C5 à gauche.
18. Le 14 décembre 2015, le Dr G_____, FMH neurochirurgie, a attesté d'un diagnostic de radiculopathie C5 gauche déficitaire sur sténose foraminale, hernie discale dure C4-C5 bilatérale et C3-C4.
19. Un formulaire de détection précoce a été envoyé à l'OAI le 11 janvier 2016 attestant d'une incapacité de travail totale depuis le 5 novembre 2015 due à une parésie du membre supérieur gauche.
20. Un procès-verbal d'entretien de détection précoce du 10 février 2016 mentionne, d'une part, une incapacité de travail totale du 5 novembre au 31 décembre 2015 et de 50 % dès janvier 2016, d'autre part, une activité actuelle de chauffeur de taxi et des douleurs permanentes chez l'assuré irradiant dans la jambe droite et au bras gauche.
21. Le 14 février 2016, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité en raison d'une hernie discale L5-S1 et d'une hernie cervicale C3-C4 et

-
- C4-C5. Le 23 février 2016, il a précisé qu'il s'agissait d'une nouvelle atteinte, différente de celle antérieure de 2007.
22. Le 17 octobre 2016, le département de chirurgie des HUG a certifié un arrêt de travail total du 17 octobre au 6 novembre 2016.
 23. Le 28 octobre 2016, le Dr H_____ a certifié une incapacité de travail de 50 % dès le 1^{er} novembre 2016, renouvelée.
 24. Le 23 novembre 2016, la docteure I_____, du SMR, a estimé que l'aggravation de l'état de santé était plausible et qu'une instruction médicale était nécessaire.
 25. Le 29 novembre 2016, le docteur J_____, FMH neurochirurgie, a indiqué que l'assuré avait été « opéré le 11 novembre 2015 ».
 26. Le 19 décembre 2016, le Dr G_____ a indiqué qu'il n'avait plus revu l'assuré depuis un an.
 27. Le 21 avril 2017, le Dr E_____ a rempli un rapport médical AI attestant de diagnostics de « discopathies sévères C3-C4 et C4-C5 avec hernies discales. Répercussion en C4.5 sur racine C5 gauche. Status après parésie du membre supérieur gauche (novembre 2015) Discopathie circonférentielle L5-S1, avec hernie discale L5-S1 à droite ».

Il suivait l'assuré depuis le 27 juin 2014. La capacité de travail était de 50 % dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, soit sans port de lourdes charges. Il a résumé la situation comme suit : « En 2004, op. de hernie discale L5-S1 gauche, suivie d'une invalidité AI de 100 %, pendant 18 mois environ. En 2010, il a commencé une activité de chauffeur de taxi à 100 %. Cependant, il a à nouveau progressivement ressenti des lombalgies, aggravées par la position debout et le port de charges (transport de bagages dans son métier), sous forme d'une lombosciatalgie invalidante prédominant à droite. Une IRM lombaire (4 juin 2010) a montré une discopathie circonférentielle en L5-S1 (cf. rapport ci-joint). Traitement conservateur, avec incapacité de travail à 100 % de fin 2013 au 9 avril 2015, puis à 50 % dès le 10 avril 2015.

Début novembre 2015, il a présenté des céphalées occipitales bilatérales, avec sd. cervico-brachial gauche. Après un passage ambulatoire au service d'urgences des HUG et quelques hésitations diagnostiques, et devant le tableau de parésie de l'abduction du MSG allant en s'aggravant, un CT-scan cervical, puis une IRM cervicale ont été réalisés (cf. rapports). Ils ont montré finalement : en C3-C4, un bombement circonférentiel responsable d'une sténose sévère du canal central et une sténose modérée neuro-foraminale des deux côtés, sans conflit disco-radiculaire net ; en C4-C5, un bombement circonférentiel responsable d'une « sténose » sévère du canal central avec des signaux compatibles avec une myélomalacie. À ce niveau, il existait une sténose sévère des « neuro-foramina » des deux côtés, en raison de la présence de complexes disco-ostéophytaires bilatéraux entrant en conflit avec la racine sortante C5 des deux côtés.

Sous traitement de Prednisone débuté à 60mg/j, le déficit moteur s'est partiellement amendé, et, le 16 novembre 2015, une éventuelle opération, prévue initialement, a été différée. Une électroneuromyographie réalisée le 4 décembre a montré des signes de lésion radiculaire C5 à gauche, avec des signes de dénervation aiguë dans les myotomes de l'ordre de 60 % par rapport au côté droit considéré comme indemne. Les 9 et 10 décembre, le patient consulte deux neurochirurgiens, dont seul le second envisage une éventuelle intervention chirurgicale. Cependant, le 14 décembre, après une physiothérapie intensive, je constate une nette amélioration de la force musculaire du MSG, qui s'est confirmée par la suite. Une activité professionnelle à 50 % a été reprise en décembre 2015 déjà. Depuis lors, elle a été maintenue à 50 %, à l'exception de brèves périodes d'incapacité à 100 %, motivées par une recrudescence des cervicalgies et/ou lombalgies ».

28. Une IRM de la colonne cervicale et angio-IRM des vaisseaux de la gerbe aortique du 16 mars 2017, a conclu à une « discopathie C4-C5 accusée, accompagnée d'une hernie discale de localisation paramédiane et foraminale gauche, avec contrainte sur la racine C5 gauche. Protrusion discale circonférentielle C6-C7 de localisation médiane, paramédiane et foraminale gauche, avec contrainte potentielle sur la racine C7 gauche ».
29. Le 14 août 2017, la Dre I _____, du SMR, a estimé que l'assuré présentait, depuis novembre 2015, une atteinte à la santé au sens de l'AI, soit des cervico-brachialgies gauches déficitaires sur hernie discale C4-C5, lombalgies chroniques sur discopathie L5-S1, status post-chirurgies de hernie discale L5-S1 en octobre 2004.

Il pouvait travailler à 50 % dans l'activité habituelle et à 100 % dans une activité adaptée depuis le 1^{er} janvier 2016. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de port de charges supérieur à 10 kg, alternance des positions assises et debout, pas de mouvement forcé du tronc et des cervicales, pas de travail physique lourd.
30. Le 15 août 2017, l'OAI a fixé le degré d'invalidité de l'assuré à 0 % compte tenu, en 2016, d'un revenu sans invalidité de CHF 54'000.- et d'un revenu avec invalidité de CHF 60'320.- calculé selon l'Enquête sur la structure des salaires (ESS) 2014, TA1, homme, niveau 1, pour 41,7h de travail par semaine, adapté à l'année 2016 et déduit de 10 % en raison des limitations fonctionnelles.
31. Par projet de décision du 15 août 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré au motif que le degré d'invalidité de celui-ci était nul.
32. Par décision du 25 septembre 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré pour le même motif.
33. Le 26 octobre 2017, l'assuré, représenté par un avocat, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée, en concluant à son annulation, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès janvier 2016, ou, subsidiairement, à l'octroi d'un reclassement, plus subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision. Il avait subi

une incapacité de travail totale du 12 décembre 2013 au 9 avril 2015 puis de 50 % dès le 9 avril 2015. Le SMR n'avait pas pris en compte les différentes pathologies attestées par le Dr E_____ et l'IRM du 9 novembre 2015, notamment l'atteinte en C3-C4 et le Dr E_____ contestait une capacité de travail totale dans une activité adaptée puisqu'il la fixait à 50 %. Une expertise était nécessaire.

Par ailleurs, au vu des limitations fonctionnelles énumérées par le Dr E_____, une déduction d'au moins 25 % devait être appliquée, de sorte que le revenu d'invalidé était de CHF 13'500.-, soit un revenu provenant d'une activité de chauffeur de taxi à 50 %, déduit de 25 %. Le degré d'invalidité était de 75 %. Subsidiairement, il demandait un reclassement.

34. Le 20 novembre 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours en relevant que le SMR s'était écarté de l'avis du médecin traitant en retenant une capacité de travail de 100 %, qu'une déduction supérieure à 10 % sur le revenu issu des statistiques n'était pas justifiée, et que le reclassement ne pouvait être accepté car le recourant ne présentait pas d'invalidité et s'estimait totalement incapable de travailler.
35. Le 18 janvier 2018, le recourant a persisté dans les termes de son recours.
36. Le 5 mars 2018, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

Le recourant a déclaré : « J'ai repris une activité de chauffeur de taxi en 2011 après une période de chômage qui s'est, à mon souvenir, prolongée jusqu'à 2011. J'exerçais cette activité à 50 % seulement en raison des douleurs lombaires. J'ai eu au même niveau lombaire deux hernies discales, soit une du côté gauche qui a été opérée en 2004 et une actuelle du côté droit. Je me suis marié en 2013 et comme ma femme travaillait je pouvais me permettre de limiter mon activité professionnelle. J'ai divorcé en 2017. En 2015 j'ai eu des problèmes aux cervicales avec une paralysie du côté gauche. Actuellement je travaille à 50 % et je fais des gros efforts pour maintenir cet emploi. Je suis salarié et j'ai été engagé à 50 %. Vous me dites que le recours mentionne une incapacité de travail du 12 décembre 2013 au 9 avril 2015. Je vous préciserais les dates car cette période me paraît trop longue. J'ai, en effet, par moments été en incapacité de travail totale. J'ai aussi deux hernies au niveau cervical, dont une du côté gauche qui a engendré une paralysie en 2015 et une consultation en urgence. Les médecins voulaient m'opérer mais j'ai refusé. Actuellement il me manque de la force et de la sensibilité du côté gauche. L'autre hernie est importante mais elle n'appuie pas sur le nerf.

Je dois limiter mon activité pour ne pas aggraver ma situation médicale.

J'ai développé depuis février 2017 des acouphènes des deux côtés qui sont dus selon mon médecin aux hernies cervicales. Je suis suivi par une psychiatre, la docteure K_____, pour cette raison. Elle me prescrit un traitement médicamenteux car les acouphènes entraînent des problèmes de sommeil. Je consulte également un ORL le Dr L_____ lequel me prescrit également un traitement pour les acouphènes. Je consulte ma psychiatre chaque semaine.

Une intervention chirurgicale n'est pas prévue, ce d'autant que j'ai le canal rachidien étroit et que cette opération serait donc délicate. J'arrive à travailler à 50 % mais difficilement. Actuellement j'ai encore souvent des lumbagos. L'intervention de 2004 a réglé le problème de douleur de la sciatique mais d'autres problèmes sont survenus tel que de l'arthrose. Mon médecin m'a expliqué que j'étais sujet aux problèmes de hernie en raison de mon problème au canal rachidien. Dans n'importe quelle activité je suis limité dans mon taux de travail à 50 % car j'ai un double problème avec des douleurs lombaires et cervicales. Le Dr E_____ estime que dans n'importe quelle activité ma capacité est limitée à 50 %. En 2015 - 2016 j'ai consulté les Drs J_____ et G_____ qui m'ont expliqué que l'opération de la hernie cervicale gauche ne pouvait pas améliorer ma situation, en particulier ne pourrait pas améliorer la mobilité et la sensibilité du bras. Je ne suis pas retourné voir un neurochirurgien depuis ces dernières consultations. ».

L'avocat du recourant a déclaré : « Je relève que l'avis du SMR du 14 août 2017 ne mentionne pas du tout l'atteinte en C3-C4, de sorte qu'il est lacunaire et qu'une expertise se justifie. ».

La représentante de l'OAI a déclaré : « Je confirme l'avis du SMR qui a rendu son évaluation d'incapacité de travail en tenant compte des avis médicaux des Drs J_____, G_____, E_____ ainsi que des autres avis au dossier. Je relève que l'avis mentionne néanmoins en p.1 une hernie discale C4-C5 et un canal cervical étroit C3-C5, sur double discopathie. ».

37. Le 26 mars 2018, le recourant a produit un certificat établi par le Dr E_____ le 16 mars 2016 attestant des arrêts de travail suivants :

- 1^{er} octobre 2013 - 31 janvier 2014 : 100 %,
- 19 mai 2014 - 26 mai 2014 : 100 %,
(26 mai 2014 - 5 juin 2014 : ?)
- 6 juin 2014 - 2 novembre 2014 : 100 %,
- 3 novembre 2014 - 31 janvier 2015 : 50 %,
- 1^{er} février 2015 - 9 avril 2015 : 100 %,
- 10 avril 2015 - 4 novembre 2015 : 50 %,
- 5 novembre 2015 - 2 décembre 2015 : 100 %, (hernie discale cervicale aiguë)
- 3 décembre 2015 - 14 août 2016 : 50 %,
- 15 août 2016 - 31 août 2016 : 100 %, (asthénie, faiblesse, baisse de force)
- 1^{er} septembre 2016 - 31 janvier 2017 : 50 %,
- 1^{er} avril 2017 - 30 juin 2017 : 50 %.

38. Par arrêt du 14 mai 2018 (ATAS/408/2018) la chambre de céans a admis partiellement le recours, annulé la décision de l'OAI du 25 septembre 2017 et renvoyé la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise. Elle a considéré ce qui suit : En l'occurrence, l'intimé a estimé, en suivant l'avis du SMR du 14 août 2017, que le recourant présentait depuis novembre 2015 des cervico-brachialgies gauches déficitaires sur hernie discale C4-C5, des lombalgies chroniques sur discopathies L5-S1 et un status post-chirurgie de hernie discale L5-S1 en octobre 2004 ; ces diagnostics limitaient la capacité de travail à 50 % dans l'activité habituelle mais permettaient un travail à 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. L'instruction médicale menée par l'intimé a consisté à requérir des renseignements auprès des médecins traitants du recourant. En particulier, le Dr E_____ a rempli un rapport médical AI le 21 avril 2017 attestant d'une capacité de travail du recourant limitée à 50 % dans toute activité, en relevant que celui-ci présentait de la fatigue et des douleurs musculaire après quatre heure environ, ainsi que des cervicobrachialgies gauches et un lumbago bilatéral. À la suite de ce rapport, le SMR a rendu un avis sur dossier le 14 août 2017 ; il conclut cependant à une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant, s'écartant ainsi, sans motivation, de l'avis du Dr E_____. Par ailleurs, lors de l'audience de comparution personnelle du 5 mars 2018, le recourant a précisé qu'il arrivait à travailler à 50 %, mais difficilement, en raison de douleurs lombaires et cervicales.

Il existe ainsi une divergence entre l'avis du médecin traitant du recourant et l'avis, sur dossier, du SMR. En l'état, l'instruction du dossier est lacunaire et la chambre de céans ne peut statuer sur le droit éventuel du recourant à une rente d'invalidité car elle ne dispose pas des éléments médicaux nécessaires pour évaluer la capacité de travail du recourant depuis novembre 2015.

39. Le 3 octobre 2018, le Dr M_____, du SMR a effectué un examen clinique rhumatologique de l'assuré et rendu son rapport le 29 octobre 2018.

L'assuré se plaignait de lombosciatalgies et cervicobrachialgies gauches, de lumbagos, de réveils nocturnes dus aux douleurs à son bras gauche, d'une perte de sensibilité du bras et du membre inférieur gauches, avec lâchage d'objets avec la main gauche, de torticolis sous forme de blocages cervicaux et d'acouphènes bilatéraux.

L'expert a noté que l'assuré n'avait malheureusement amené aucun examen radiologique.

Il a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de cervicobrachialgies gauches dans le cadre de troubles dégénératifs du rachis cervical avec canal cervical étroit, hernies discales C3-C4 et C4-C5 54.02. Comme diagnostics associés, des lombosciatalgies bilatérales dans le cadre de troubles dégénératifs du rachis lombaire avec hernie discale L5-S1 droite et status après opération de hernie discale L5-S1 gauche M 54.4. Les limitations fonctionnelles

étaient les suivantes : cervicobrachialgies gauche dans le cadre de troubles dégénératifs du rachis cervical avec canal cervical étroit, hernies discales C3-C4 et C4-C5 gauche (54.02) ; lombosciatalgies bilatérales dans le cadre de troubles dégénératifs du rachis lombaire avec hernie discale L5-S1 droite et status après opération de hernie discale L5-S1 gauche (M 54.4) ; acouphène bilatéral d'origine indéterminée, céphalées occipitales, obésité avec BMI à 32.

Dans l'activité de chauffeur de taxi, la capacité de travail était tout au plus de 50% pour autant que l'assuré ne lève pas de valises, comme il le faisait d'ailleurs déjà. Dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, il existait une incapacité de 30 % en raison de la présence de modifications MODIC de grade I au niveau L5S1, ainsi qu'au vu des limitations fonctionnelles qui, en se surajoutant, conduisaient fatalement à une baisse de rendement. Il n'y avait cependant pas d'incapacité de travail supérieure à 30 % en l'absence de raison biomécanique ; d'ailleurs, la tolérance à la position assise en cours d'entretien avait été bonne. Il présentait des difficultés d'ordre social, puisqu'il n'avait pas de perte de gain et ne touchait pas de prestations sociales. Il présentait, mis à part ses ressources physiques, d'autres ressources disponibles, ayant une bonne aptitude à la communication en français, un contact agréable et semblant être une personne intelligente.

L'assuré était motivé par la poursuite de son activité professionnelle de chauffeur de taxi à 50 %, mais ne pensait pas pouvoir être capable de travailler à un taux plus important, même dans une autre activité plus adaptée. L'assuré semblait par ailleurs avoir bien adhéré à la thérapie.

On ne notait pas de nets motifs d'exclusion, tels qu'une importante exagération des symptômes ou une importante démonstrativité. Néanmoins l'assuré présentait deux signes comportementaux de Waddell sur cinq.

La personnalité actuelle de l'assuré face à sa maladie était plutôt active, puisque l'assuré avait repris son activité de chauffeur de taxi à 50 %. On notait certaines incohérences ; malgré la plainte d'importantes douleurs, il était encore capable de conduire, d'utiliser les transports publics sans problèmes et d'aller chercher ses enfants à l'école. Il gardait par ailleurs une bonne intégration sociale, était capable de faire sa lessive dehors et avait été capable de partir en avion en Algérie en juillet 2018.

La capacité de travail comme chauffeur de taxi était nulle de fin 2013 au 9 avril 2015, de 50% du 11 avril 2015 à octobre 2015 et de 50% dès janvier 2016. La capacité de travail dans une activité adaptée était de 70% dès le 1^{er} novembre 2016.

Les troubles dégénératifs du rachis risquaient de s'aggraver à long terme.

40. Le 8 novembre 2018, le Dr M_____ a rendu un avis médical suite à l'envoi de documents radiologiques par l'assuré. Il a retenu, en plus, un diagnostic non incapacitant d'enchondrome de l'extrémité supérieure de l'humérus gauche.

41. Le 21 décembre 2018, la réadaptation professionnelle a fixé le degré d'invalidité de l'assuré à 13,6%. Le revenu sans invalidité tait de CHF 54'000.- et le revenu d'invalidité de CHF 46'762.- (soit selon l'ESS 2016, TA1, homme, niveau 1, pour 41,7 heures de travail par semaine, à un taux de 70 %).
42. Par projet de décision du 16 janvier 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations, en indiquant que le degré d'invalidité de l'assuré était de 13%.
43. Le 4 mars 2019, l'assuré, représenté par un avocat, a écrit à l'OAI que son taux de travail de 50 % devait être pris en compte, dans la mesure où l'on ignorait qu'elle activité paraîtrait plus adaptée que celle de chauffeur de taxi, ne levant pas de valises. Il convenait d'appliquer une déduction de 25% (en raison de ses limitations fonctionnelles, de son âge, de son faible niveau de formation et de ses capacités linguistiques déficientes).
44. Par décision du 6 mars 2019 l'OAI a rejeté la demande de prestations.
45. Le 9 avril 2019, l'assuré, représenté par son avocat, a recouru à l'encontre de la décision précitée auprès de la chambre de céans, en concluant à son annulation et à l'octroi d'un trois-quarts de rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2016, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

Aucune activité n'était plus adaptée que celle exercée actuellement de chauffeur de taxi, de sorte que sa capacité de travail était au maximum de 50%. Ce taux était confirmé par le Dr E_____ (rapport du 21 avril 2017). Il présentait de nombreuses limitations fonctionnelles, de sorte qu'une déduction de 25% sur le revenu d'invalidité devait être opérée ramenant celui-ci à CHF 20'250.-, (soit CHF 54'000.- divisé par deux, avec une déduction de 25%). Le degré d'invalidité était ainsi de 62,5%.

46. Le 7 mai 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours. L'activité de chauffeur de taxi n'était que partiellement adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré. Celui-ci avait déjà été formé par l'OAI comme opérateur sur machine ; Il pouvait donc exercer toute activité du secteur de la production et de l'industrie légère et de conditionnement léger. S'agissant de l'abattement requis, les limitations fonctionnelles avaient déjà été prises en compte dans la fixation d'une capacité de travail réduite à 70 % ; le manque de formation professionnelle et le manque de connaissances linguistiques n'étaient pas un critère pertinent et l'âge de l'assuré n'était pas déterminant.
47. Le 1^{er} juillet 2019, l'assuré a répliqué, en persistant dans les termes de son recours et en relevant que les limitations fonctionnelles justifiaient un abattement de 25% indépendamment de sa capacité de travail réduite à 70%.
48. Le 14 octobre 2019, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

Le recourant a déclaré : « Je travaille toujours à 50 % comme chauffeur de taxi. Depuis 2017 je suis indépendant alors qu'auparavant j'avais un statut de salarié. J'adapte mon activité pour être à même d'effectuer 4h de travail par jour, en alternant les positions assises et debout. Pendant les périodes d'attente je marche un peu. Je vais d'ailleurs souvent à la gare ou à l'aéroport car il y a plus d'attente et ça me permet de changer de position. Je fais très attention à ma santé, je fais de la physiothérapie et je me repose régulièrement.

L'expertise au SMR s'est bien passée, j'y suis resté toute la matinée et l'expert m'a confirmé que je ne pouvais pas travailler à plus de 50 % comme chauffeur. J'estime que j'alterne plus souvent les positions en exerçant l'activité de chauffeur que dans une autre activité comme caissier ou un travail de bureau. Je suis suivi par les Drs E_____ et N_____ pour mes problèmes de dos et de cervicale. Le Dr N_____ et le Dr E_____ se sont étonnés du fait que l'expert mentionnait une capacité de travail de 50 %.

J'ai suivi une formation d'opérateur sur machine pendant une année au CEPTA. J'ai préféré maintenir mon activité de chauffeur de taxi en la diminuant à 50 % pour préserver ma santé que de changer complètement d'activité. J'ai débuté comme chauffeur de taxi en 2011. Au début j'ai exercé cette activité à 100%, mais j'ai rapidement dû diminuer mon taux d'activité. J'ai régulièrement un suivi de physiothérapie. J'ai terminé le suivi auprès de la Dresse K_____, psychiatre. J'ai des jumeaux de 6 ans. Je les ai un week-end sur deux et la moitié des vacances scolaires car je suis divorcé depuis 2017. J'arrive à gérer mon activité professionnelle sans douleur à 50 %. J'ai des médicaments en réserve et, environ deux fois par mois, je dois pendant trois à quatre jours de suite prendre des anti-inflammatoires et des antidouleurs. J'ai en permanence une faiblesse du bras gauche. J'ai deux hernies cervicales et en cas de paralysie je dois me faire opérer en urgence. Pour prévenir cela je maintien une activité à 50 % ».

La représentante de l'intimé a déclaré : « Au vue des limitations fonctionnelles retenues une activité à 70 % est exigible de sorte que nous estimons que le recourant devrait changer d'activité pour exploiter toute sa capacité de travail résiduelle ».

49. A la demande de la chambre de céans, le Dr E_____ a indiqué le 22 novembre 2019, qu'il était d'accord avec le diagnostic posé par le Dr M_____ de lombosciatalgies bilatérales, mais pas avec celui de cervico-brachialgies gauches dès lors qu'il s'agissait d'une parésie résiduelle C5-C6 suite aux lésions des fibres motrices, car il existait des signes cliniques de nature motrice. Il n'était pas d'accord avec le SMR concernant l'appréciation de l'importance des troubles moteurs, qui était minimisée. Les données objectives mentionnées dans l'anamnèse concernant la parésie du membre supérieur gauche étaient insuffisamment prises en compte : il s'agissait, par exemple, de la déclaration du Dr D_____, qui parlait d'une « parésie à M3 du muscle deltoïde », ou de son diagnostic du 4 décembre 2015 « parésie du MSG en récupération » ou encore des données

électroneuromyographies (ENMG) du Dr F_____. Ce parti-pris de l'expert contre les troubles moteurs de l'assuré apparaissait bien dans la différence de terminologie utilisée pour la description des symptômes de l'assuré : « l'assuré a développé une sciatique, il a développé également de douleurs cervicales » ou il « a développé des acouphènes bilatéraux » par opposition à « l'assuré aurait eu « une paralysie » au bras gauche ». Cette mise au conditionnel et entre guillemets suggérait que l'expert avait des doutes sur la réalité de ces troubles moteurs, donc sur la véracité des dires non seulement de l'assuré mais de trois collègues expérimentés. Cela pourrait donc introduire un biais dans les conclusions de l'expert.

Il convenait d'ajouter aux limitations du SMR celle de limitation dans les mouvements fins et précis du membre supérieur gauche et mouvements répétés de flexion-extension du membre supérieur gauche. Si l'on souhaitait aplanir les divergences quant aux lésions motrices du membre supérieur gauche, il était indiqué de pratiquer une nouvelle ENMG. La capacité de travail de l'assuré était de 50 % comme chauffeur de taxi, mais pas de 70 % dans une activité adaptée, difficile à trouver. Par exemple, l'activité d'opérateur sur machines que l'assuré avait testée quelque temps (avant l'épisode de parésie du membre supérieur gauche de 2015) était loin de tenir compte de ses limitations fonctionnelles. Elle requérait notamment une station debout prolongée, qui était une des principales limitations fonctionnelles reconnues par l'expertise du SMR et exposait à des vibrations, reconnues également comme une limitation fonctionnelle. Il fallait noter que la profession de chauffeur de taxi, choisie par l'assuré lui-même en 2011, représentait déjà une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, par rapport à sa profession antérieure de bagagiste. Il avait alors embrassé cette profession par son propre choix, indépendamment de l'AI. Sa capacité ne dépassait pas 50 % dans une activité adaptée ; il paraissait difficile de trouver une profession mieux adaptée que chauffeur de taxi ; outre la possibilité de répartir le temps d'activité sur la journée, elle permettait à l'assuré d'être son propre décideur quant au choix de ses positions, de son travail et de ses mouvements. Dans la plupart des autres activités possibles, ces éléments étaient dictés, soit par un responsable, soit par des règles d'atelier ou d'autres prescriptions. Elle évitait également de devoir occuper de façon prolongée certaines positions, ou de réaliser certains mouvements, puisque le chauffeur de taxi n'avait pas à appliquer une position standard (comme c'était le cas pour l'utilisation d'une machine) et qui était libre de s'accorder des moments de relaxation nécessaires à la gestion de son handicap.

50. Le 12 décembre 2019, la Dresse O_____, du SMR, a rendu un avis selon lequel le Dr M_____ n'avait pas retenu le diagnostic de parésie du membre supérieur gauche, car l'hyposensibilité concernait tout le membre supérieur gauche, sans territoire précis, ce qui n'était pas compatible avec une atteinte radiculaire. La présence d'une diminution globale associée de tout le membre inférieur gauche, sans atteinte de l'hémi-tronc correspondant, ne pouvait être corrélée à aucune

atteinte neurologique objective. De même, l'atteinte motrice en cas d'atteinte radiculaire n'avait pas pu être retrouvée, la diminution de la force étant globale à tout le membre supérieur gauche, et très légère (M4+), ce qui était compatible avec une autolimitation, et non avec une atteinte radiculaire. Par ailleurs, le Dr E_____ ne décrivait pas ce que lui-même retenait d'un status clinique objectif actuel, mais se référait à des examens cliniques et complémentaires effectués en 2015, alors que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré depuis. Les conclusions du Dr M_____ avaient ainsi été établies sur un examen clinique objectif en l'absence de parti-pris. Le Dr M_____ n'avait pas de raison de retenir de limitations fonctionnelles complémentaires du membre supérieur gauche, en l'absence d'atteinte neurologique déficitaire objective. Le Dr M_____ avait retenu une capacité de travail de 70 % dans une activité totalement adaptée, de manière médicothéorique, en raison de la présence de deux atteintes du rachis, et en l'absence de lésion déficitaire radiculaire retrouvée. Une activité plus adaptée que chauffeur de taxi était tout à fait envisageable. Il s'agissait ainsi d'une appréciation différente du même état de fait.

51. Le 13 décembre 2019, l'OAI a observé que le Dr E_____ outrepassait ses compétences en affirmant qu'il n'existait pas d'activité adaptée ; l'assuré pouvait exercer une activité légère d'épargne du dos, en alternant les positions assise/debout, telles que des activités de surveillance, de contrôle et dans l'industrie légère, notamment à l'établi.
52. A la demande de la chambre de céans, le Dr N_____ a indiqué le 17 décembre 2019 que l'assuré souffrait de lombosciatalgie bilatérale et syndrome cervico-brachial sur troubles « régénératrices » étagés responsable d'une sténose sévère du canal central et sténose modéré neuroforaminale ddc. Pour plus de précision il convenait de s'adresser au rhumatologue pour un deuxième avis et au Dr E_____, le médecin qui l'avait accompagné pour la demande AI.
53. Le 12 février 2020, l'assuré a observé que l'avis du Dr E_____ était corroboré par les éléments de la procédure, dans la mesure où l'activité habituelle de chauffeur de taxi était justement déjà une activité adaptée, comme cela ressortait de la décision de l'OAI du 28 novembre 2009. Le fait qu'il n'était pas en mesure de trouver une activité adaptée à un taux supérieur à 50 % était également pertinent, dans la mesure où cette incapacité était due à son état de santé et non pas à un éventuel manque de motivation. Il persistait dans les conclusions de son recours.
54. Le 11 août 2020, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une mission d'expertise au Docteur P_____, FMH rhumatologie, et leur a imparti un délai pour se prononcer sur les questions libellées dans la mission d'expertise ainsi que sur une éventuelle récusation de l'expert.
55. Le 21 août 2020, le recourant a indiqué qu'il était d'accord avec la mission d'expertise.
56. Le 24 août 2020, le SMR a requis l'ajout de deux questions et l'intimé s'est opposé à l'ordonnance d'une expertise judiciaire.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

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

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur le taux de travail exigible dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.
5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).
6. 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. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

7. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.
8. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

- b. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base

d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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

d. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

e. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

f. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

g. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier 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; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

h. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

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. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration

ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
10. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).
11. a. En l'occurrence, à la suite de l'arrêt de la chambre de céans du 14 mai 2018, l'intimé a procédé à une expertise rhumatologique (rapport du Dr M_____ du 29 octobre 2018). Celle-ci conclut à une capacité de travail du recourant du 50 % dans la profession actuelle de chauffeur de taxi et de 70 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, depuis le 1^{er} janvier 2016. La capacité de travail comme chauffeur de taxi était nulle de fin 2013 au 9 avril 2015, de 50 % dès le 10 avril 2015, nulle dès novembre 2015 et de 50 % dès le 1^{er} janvier 2016. Dans une

activé adaptée, elle était de 70 % dès fin 2013, nulle dès novembre 2015 et de 70 % dès le 1^{er} janvier 2016.

L'expert a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : Rachis : nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations, pas de mouvements répétés de flexion-extension de la nuque, pas de rotation rapide de la tête, pas de position prolongée en flexion ou extension de la nuque. Membre supérieur gauche : pas de déploiement de force avec le membre supérieur gauche, l'assuré étant droitier. Pas de levé de charges de plus de 5 kg avec le membre supérieur gauche.

b. Le recourant estime qu'il dispose d'une capacité de travail de 50 % dans sa profession habituelle de chauffeur de taxi mais conteste qu'elle puisse être plus importante, soit de 70 %, dans une activité adaptée. Il se prévaut du fait que l'activité de chauffeur de taxi est totalement adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce que le Dr E_____ avait confirmé le 22 novembre 2019, dès lors qu'elle lui permettait de répartir son temps d'activité sur la journée, lui laissait une liberté quant au choix de ses positions et qu'il pouvait s'accorder des moments de relaxation nécessaires à la gestion de son handicap.

Quant à l'intimé, il estime que le recourant est apte à exercer une autre activité adaptée que celle de chauffeur de taxi, à un taux de 70 %.

c. S'agissant des limitations fonctionnelles du recourant, le Dr E_____ a estimé qu'une nouvelle ENMG était indiquée pour déterminer les lésions motrices du membre supérieur gauche, le Dr M_____ ayant minimisé la parésie du membre supérieur gauche, en doutant de la survenance d'une paralysie du bras gauche du recourant, alors qu'elle avait été constatée en 2015.

Au demeurant, les limitations fonctionnelles du recourant ne sont pas claires, l'intimé ayant exclu un diagnostic de parésie du membre supérieur gauche, en estimant que l'état de santé du recourant s'était amélioré depuis l'année 2015, ce que le Dr E_____ n'a pas relevé en soulignant au contraire qu'une nouvelle ENMG était indiquée pour déterminer les lésions motrices.

La capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée est également contestée par le médecin traitant. Enfin, compte tenu des limitations fonctionnelles admises par le SMR, on comprend mal pour quel motif l'activité de chauffeur de taxi est limitée à un taux de 50 % alors qu'une autre activité pourrait être exercée à 70 %.

Compte tenu de ces éléments, il se justifie d'ordonner une expertise judiciaire rhumatologique, laquelle sera confiée au Dr P_____.

c. Les questions de la mission d'expertise seront complétées dans le sens requis par le SMR.

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

Préparatoirement :

- I. Ordonne une expertise médicale. La confie au Docteur P_____, FMH rhumatologie, Centre médical de Q_____, route _____, R_____. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
- A. Prendre connaissance du dossier de la cause.
 - B. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, notamment les Drs J_____, G_____ et E_____.
 - C. Ordonner un dosage sanguin (cf. 7.2), examiner la personne expertisée et, si nécessaire, ordonner d'autres examens.
 - D. Etablir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :
 - 1. **Anamnèse détaillée**
 - 2. **Plaintes de la personne expertisée**
 - 3. **Status et constatations objectives**
 - 4. **Diagnostics**
 - 4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail
 - 4.1.1 Dates d'apparition
 - 4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail
 - 4.2.2 Dates d'apparition
 - 4.3 En particulier, la personne expertisée présente-t-elle un diagnostic de parésie du membre supérieur gauche ?
 - 4.4 Existe-t-il, concernant un éventuel déficit sensitivo-moteur, une discordance clinique entre les plaintes de la personne expertisée et l'examen clinique ?
 - 4.5 A cet égard, une électroneuromyographie (ENMG) des membres supérieurs / inférieurs est-elle nécessaire ? Si oui, veuillez l'ordonner dans le cadre de l'expertise. Si non, pourquoi ?
 - 4.6 L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré depuis le 1^{er} janvier 2016 ? Si oui, de quelle manière ?
 - 5. **Limitations fonctionnelles**
 - 5.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic
 - 5.1.2 Date d'apparition

6. **Capacité de travail**

- 6.1 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité de chauffeur de taxi ? A quel taux ?
 - 6.1.2 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
 - 6.1.3 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite ?
 - 6.1.4 L'activité de chauffeur de taxi est-elle adaptée aux limitations fonctionnelles de la personne expertisée ? Veuillez motiver votre réponse.
- 6.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer toute activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?
 - 6.2.1 Si non ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
 - 6.2.2 Si oui, quelle activité lucrative ? A quel taux ? Depuis quelle date ?
- 6.3 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?
- 6.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis novembre 2015 ?

7. **Traitement**

- 7.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.
- 7.2 Evaluer la compliance de la personne expertisée au traitement antalgique par un dosage sanguin.
- 7.3 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

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

- 8.1 Etes-vous d'accord avec l'avis du Dr M_____ du 29 octobre 2018 ? En particulier avec les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de 50 % comme chauffeur de taxi et de 70 % dans une activité adaptée dès le 1^{er} janvier 2016 ? Si non, pourquoi ?
- 8.2 Etes-vous d'accord avec l'avis du Dr E_____ du 22 novembre 2019 ? En particulier avec les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail maximale de 50 % dans toute activité ? Si non, pourquoi ?
- 8.3 Etes-vous d'accord avec l'avis du Dr O_____ du 12 décembre 2019 ? 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.

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

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le