

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1434/2024

ATAS/307/2025

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 5 mai 2025**

**Chambre 6**

En la cause

A \_\_\_\_\_

recourant

représenté par Me Maëlle KOLLY, avocate

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, présidente.**

---

**EN FAIT**

- A.**    **a.** A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1991, titulaire d'un CFC de maçon, a travaillé comme maçon pour B\_\_\_\_\_ SA depuis juillet 2011.
- b.** Le 9 juin 2017, l'assuré a été victime d'un accident (traumatisme sur le pouce gauche avec fracture traitée par chirurgie le 13 juin 2017, AMO le 12 septembre 2017, arthrodèse le 20 février 2018 et AMO le 21 août 2018), pris en charge par la SUVA, avec versement de l'indemnité journalière jusqu'au 31 mars 2019.
- c.** Le 8 novembre 2018, il a déposé une demande de prestations d'invalidité.
- B.**    **a.** Le 3 décembre 2018, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie de la main, a proposé un reclassement professionnel, l'incapacité de travail étant totale comme maçon.
- b.** Le 15 février 2019, le docteur D\_\_\_\_\_, du centre médical Vermont Grand - Pré, a attesté de lombosciatalgies récurrentes chroniques dues à une lésion de L5-S1, déchirure de l'anneau discal fibreux et protrusion discale médiane.
- c.** Le 13 mars 2019, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, a attesté d'un suivi depuis le 21 novembre 2017, d'une incapacité de travail totale pour tout travail de force dans le bâtiment, de diagnostic de lombosciatalgies récurrentes chroniques et d'une déchirure de l'anneau discal fibreux L5-S1. Il devait éviter tout effort physique et le port de charges lourdes.
- d.** Le même jour, le Dr C\_\_\_\_\_ a mentionné un névrome cicatriciel sur le dos du pouce, entraînant des douleurs.
- e.** Le 26 mars 2019, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a octroyé à l'assuré un reclassement professionnel en tant que technicien dessinateur technique auprès de F\_\_\_\_\_ SA du 1<sup>er</sup> avril 2019 au 31 août 2020.
- f.** Le 4 juillet 2019, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a rendu un avis médical à la demande de MUTUEL ASSURANCE SA et a diagnostiqué un syndrome douloureux chronique cervical, lombaire et du membre inférieur droit ainsi que de l'hypochondre droit et de la fatigue chronique, sans cause objective décelable.
- g.** Le 20 juillet 2020, l'OAI a pris en charge un reclassement auprès de F\_\_\_\_\_ SA sous forme d'un stage en entreprise du 1<sup>er</sup> septembre 2020 au 28 février 2021 chez H\_\_\_\_\_ SA, stage prolongé du 1<sup>er</sup> mars au 31 décembre 2021.
- h.** Le 19 avril 2021, le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a attesté de diagnostics d'autres troubles anxieux spécifiés, trouble hypocondriaque, épisode dépressif moyen - en rémission - et traits de la personnalité dysthymique, non incapacitants.
- i.** Le 16 août 2021, le Dr E\_\_\_\_\_ a mentionné un syndrome anxio-dépressif sévère incapacitant depuis mars 2021.

**j.** Dès le 3 septembre 2021, le reclassement en présentiel a été limité à un taux de 50% en raison de l'état de santé fragile de l'assuré, confirmé par un arrêt de travail de 50% du Dr E\_\_\_\_\_ du 14 septembre 2021, lequel relevait que l'assuré avait des problèmes de concentration, de mémoire, des douleurs au dos, cervicales et à la main.

**k.** Une note de travail MOP du 7 septembre 2021 mentionne que depuis avril 2021 la situation médicale de l'assuré s'est péjorée avec l'apparition de problèmes psychologiques ; celui-ci n'avait pas pu surmonter son état dépressif et avait été plusieurs fois absent depuis avril / mai 2021, sans avertissement du prestataire ou de l'OAI et sans production de certificats médicaux. Sa situation était extrêmement fragile, il se sentait capable de faire 50% les matins, de sorte que dès le 3 septembre 2021, son reclassement reprendrait à 50% et le stage serait proposé à distance dans les locaux de l'école.

**l.** Le 10 octobre 2021, la docteure J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a attesté d'un suivi depuis le 18 août 2021 et d'une capacité de travail nulle, en raison de fatigue chronique, troubles cognitifs, douleurs diffuses et ralentissement psychomoteur.

**m.** Le 9 novembre 2021, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a estimé que des renseignements complémentaires auprès des Drs E\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ étaient nécessaires.

**n.** Le 22 novembre 2021, le Dr E\_\_\_\_\_ a mentionné une capacité de travail nulle, en raison d'une symptomatologie psychique et somatique.

**o.** Le 6 décembre 2021, le service de réadaptation a constaté que l'assuré avait acquis toutes les compétences théoriques à l'activité visée mais que sa situation médicale était incertaine et qu'il tenait difficilement un taux de 50%, de sorte que le reclassement ne pouvait pas se dérouler en entreprise, vu le risque d'absences.

**p.** Le 20 décembre 2021, la Dre J\_\_\_\_\_ a attesté d'un état anxio-dépressif, d'un syndrome de fatigue chronique, de côlon irritable et de dorsalgies chroniques.

**q.** Le 10 janvier 2022, le rapport final MOP a indiqué que des mesures professionnelles n'étaient plus adéquates. Dès le 3 septembre 2021, l'assuré avait repris son reclassement à 50% uniquement au sein de l'école mais, malgré ce changement, sa situation s'était dégradée. Il avait de nouveaux problèmes de santé, notamment du point de vue psychiatrique. Les compétences théoriques et pratiques n'avaient pu être évaluées que partiellement en raison de la dégradation médicale de l'assuré. Il était difficile de pouvoir exiger de l'assuré sur le marché de l'emploi une capacité de travail pérenne et durable. En effet, sa situation médicale ne lui permettait pas à ce jour de pouvoir bénéficier d'une autonomie et d'une régularité adéquate sur le marché économique.

**r.** Le 26 mars 2022, le SMR a estimé que l'activité habituelle n'était plus exigible, mais qu'une expertise pluridisciplinaire était nécessaire pour évaluer la capacité de travail dans une activité adaptée.

**s.** À la demande de l'OAI, la clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) a rendu un rapport d'expertise le 12 septembre 2022 (docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, docteure L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et docteure M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne).

La capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle et totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques.

Les diagnostics étaient : du point de vue psychiatrique, de dysthymie, de trouble anxieux sans précision et de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques ; du point de vue rhumatologique, de lombalgie commune, de discopathies dégénératives T12-L1 et L5-S1, de cervicalgie commune plutôt d'origine musculaire, de douleurs résiduelles avec hypoesthésie séquellaire globale après fracture comminutive des deux phalanges et arthrodèse de l'IP ; du point de vue de la médecine interne, d'un syndrome de l'intestin irritable, d'hémorroïdes et de pelade.

**t.** Le 10 octobre 2022, le SMR a retenu une capacité de travail nulle comme maçon depuis juin 2017 et une capacité de travail dans une activité adaptée (dessinateur technique) de 100% dès le 1<sup>er</sup> avril 2019.

Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : les activités avec port de charges lourdes répétitives et/ou prolongées, les activités prolongées avec le rachis lombaire en porte-à-faux, les activités avec flexion-extension répétée du rachis lombaire, possibilité d'alterner les positions assises et debout, pas d'activités en force avec la pince pouce-index et les activités très fines avec cette pince pouce-index en raison de l'hyposensibilité.

**u.** Les 3 octobre et 4 novembre 2022, 13 mars, 29 mars et 29 juin 2023, l'assuré a bénéficié d'une infiltration lombaire.

**v.** Le 27 mars 2023, la docteure N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie, pharmacologie et toxicologie cliniques, du centre multidisciplinaire de la douleur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a attesté d'une consultation pour cervicalgies et lombalgies chroniques et côlon irritable. Le 7 juillet 2023, la consultation de pneumologie des HUG a indiqué une suspicion de narcolepsie. Le 26 août 2023, l'assuré a consulté le service des urgences des HUG pour des cervicalgies, dorsalgies et lombalgies.

**w.** Le 28 septembre 2023, la Dre J\_\_\_\_\_ a attesté de douleurs chroniques, fatigue physique et mentale chronique, troubles cognitifs, ralentissement psychomoteur et hypothyrmie. La capacité de travail était nulle. Une mesure d'observation pouvait être envisagée à raison de 2 heures par jour pour commencer.

x. Le 4 novembre 2023, le SMR a estimé que les nouvelles pièces médicales ne modifiaient pas son appréciation.

y. Le 3 janvier 2024, la réadaptation professionnelle a constaté que l'assuré avait acquis des compétences théoriques et pratiques comme technicien dessinateur. Au vu de l'avis du SMR, les difficultés ayant conduit à la clôture du mandat n'étaient pas expliquées par l'atteinte à la santé.

Le degré d'invalidité en 2021 était de 4,95%, calculé sur la base d'un revenu sans invalidité de CHF 75'915.- (selon l'employeuse B\_\_\_\_\_ SA) et d'un revenu d'invalidité de CHF 72'158.- (selon l'ESS 2020, TA1, homme, lignes 73-75, niveau 2, pour 41,7 heures de travail par semaine, indexé à l'année 2021).

z. Par projet de décision du 1<sup>er</sup> février et décision du 14 mars 2024, l'OAI a rejeté la demande de prestations, en constatant que le degré d'invalidité était de 5%.

- C. a. Le 29 avril 2024, l'assuré, représenté par une avocate, a recouru à l'encontre de la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en concluant à son annulation et à l'octroi d'au-moins un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> avril 2019. Préalablement, il requérait une expertise de médecine interne, rhumatologique et psychiatrique et son audition ainsi que celle de ses médecins traitants.

L'expert rhumatologue avait écarté à tort un diagnostic de lombosciatalgies. Il était volontaire et investi mais ses problèmes somatiques et psychiques l'avaient empêché de suivre un stage. Il n'envisageait pas de pouvoir travailler à plus de 50%. Il y avait un écart important entre l'avis de ses médecins traitants et celui des experts. Il était contesté que les circonstances qui avaient mis en échec les mesures de réadaptation ne relevaient pas de l'ordre médical.

b. Le 28 mai 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours, l'expertise de la CRR étant probante.

c. Le 20 août 2024, le recourant a répliqué, en relevant que l'expertise de la CRR n'avait pas pris la mesure de l'échec des mesures de réadaptation qui n'étaient pas discutées. Par ailleurs, ses lombosciatalgies s'étaient aggravées postérieurement à l'expertise.

d. Le 11 novembre 2024, le recourant a communiqué :

- Un rapport du 26 mars 2024 de Monsieur O\_\_\_\_\_, chiropraticien, adressé à la docteure P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, attestant d'une lombalgie probablement en lien avec la discopathie (vue à l'IRM de juin 2023) associée à un blocage lombo-sacré. Un avis de la part de la Dre P\_\_\_\_\_ était sollicité.
- Un rapport de la Dre P\_\_\_\_\_ du 16 mai 2024, adressé au Dr E\_\_\_\_\_, attestant d'un diagnostic de discopathie protrusive L5-S1 et D12-L1. Elle proposait une inclusion dans le programme multidisciplinaire individualisé

pour le dos (ci-après : ProMIDos), la poursuite du renforcement de la musculation et, en cas d'échec, une discussion sur un éventuel traitement type ALIF L5-S1.

**e.** Le 9 décembre 2024, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

Le recourant a déclaré qu'il travaillait comme agent de sécurité à la caserne de Bière depuis avril 2024, pour un taux de travail de 100%. Il n'était pas tout le temps relancé. Il travaillait en binôme et se couchait deux à trois heures par jour. Son employeur, qui était un ami, était compréhensif. Il n'était pas capable de travailler à plus de 50%. Le travail à 100% n'était pas adéquat et il se forçait à aller travailler, même lorsque ses médecins lui prescrivait un arrêt de travail. Il a communiqué une copie de son contrat de travail comme agent de sécurité, ainsi que des fiches de salaire de septembre, octobre et novembre 2024.

**f.** À la demande de la chambre de céans, la Dre P\_\_\_\_\_ a communiqué, le 8 janvier 2025, des renseignements médicaux complémentaires.

L'assuré présentait un lumbago chronique et une discopathie L5-S1, D12-L1. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes concernant la colonne lombaire : port de charges lourdes répétitives et/ou prolongées, les activités prolongées avec le rachis lombaire en porte-à-faux, les activités avec flexion-extension répétée du rachis lombaire, possibilité d'alterner les positions assise et debout.

La capacité de travail était de 100% dans une activité, en l'absence de déficits neurologiques objectivables et sur la base radio-clinique, depuis le 19 septembre 2023 (date de la 1<sup>re</sup> consultation). Elle était d'accord avec l'expertise rhumatologique de la CRR et l'avis du SMR du 10 octobre 2022.

**g.** À la demande de la chambre de céans, la Dre J\_\_\_\_\_ a donné des renseignements complémentaires le 23 janvier 2025.

Elle a posé les diagnostics de troubles somatoformes, anxiété généralisée et dysthymie. Elle ne pouvait évaluer l'intensité des symptômes physiques. Les troubles somatiques avaient pu contribuer à déclencher une aggravation des troubles psychologiques de l'assuré.

**h.** Le 17 février 2025, le recourant a contesté les conclusions de la Dre P\_\_\_\_\_, qui ne l'avait plus revu depuis juin 2024 et qui n'accordait aucune diminution de rendement, malgré l'intensité des douleurs et les lumbagos fréquents, étant relevé que le 27 septembre 2023, la Dre P\_\_\_\_\_ estimait une capacité de travail dans une activité adaptée de 2 heures par jour. Quant à l'avis de la Dre J\_\_\_\_\_, il ne permettait pas d'apprécier sa capacité de travail, de sorte qu'une expertise judiciaire bidisciplinaire était sollicitée. Sa capacité de travail était de 50% au maximum.

**i.** Le 17 février 2025, le SMR a considéré que les avis des Dres J\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_ ne rendaient pas plausible une aggravation de l'état de santé de l'assuré susceptible de modifier ses conclusions du 10 octobre 2022.

**j.** Le 18 février 2025, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR précité.

**k.** Le 14 mars 2025, le recourant a communiqué le bilan initial multidisciplinaire ProMIDos du 18 février 2025 des HUG, attestant de lombosciatalgies chroniques incapacitantes.

Le programme ProMIDos ne pouvait pas lui être proposé car l'assuré n'avait pas de disponibilités et était réticent à un programme de groupe. Une anxiété et irritabilité importantes étaient au premier plan.

**l.** À la demande de la chambre de céans, le recourant a précisé le 25 mars 2025 que son envoi du 17 février 2025 contenait une erreur, le rapport cité comme étant celui de la Dre P\_\_\_\_\_ du 27 septembre 2023 était celui du 28 septembre 2023 de la Dre J\_\_\_\_\_.

**m.** Le 31 mars 2025 la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une mission d'expertise au docteur Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et leur a communiqué le projet de mission.

**n.** Le 8 avril 2025, l'intimé a estimé qu'une expertise judiciaire n'était pas nécessaire et, si elle était ordonnée, s'est rallié à un avis du SMR du même jour, lequel proposait des questions complémentaires.

**o.** Le 30 avril 2025, le recourant a persisté dans sa demande d'une expertise judiciaire de médecine interne et de psychiatrie et a sollicité des questions complémentaires.

### **EN DROIT**

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

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

- 2.** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.

- 3.**

**3.1** Le 1<sup>er</sup> janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre

2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur.

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

Si un droit à la rente a pris naissance jusqu'au 31 décembre 2021, un éventuel passage au nouveau système de rentes linéaire s'effectue, selon l'âge du bénéficiaire de rente, conformément aux let. b et c des dispositions transitoires de la LAI relatives à la modification du 19 juin 2020. Selon la let. b al. 1, les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente a pris naissance avant l'entrée en vigueur de cette modification et qui, à l'entrée en vigueur de la modification, ont certes 30 ans révolus, mais pas encore 55 ans, conservent la quotité de la rente tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C\_499/2022 du 29 juin 2023 consid. 4.1).

En l'occurrence, la décision querellée a certes été rendue postérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2022. Toutefois, la demande de prestations ayant été déposée en novembre 2018 et le délai d'attente d'une année venant à échéance en juin 2018, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (*cf.* art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions applicables seront citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. En outre, dans la mesure où le recourant avait, au 1<sup>er</sup> janvier 2022, 30 ans révolus mais moins de 55 ans, la quotité éventuelle de sa rente subsisterait tant que son taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA.

**3.2** 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<sup>er</sup> janvier 2008).

**3.3** 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).

### **3.4**

**3.4.1** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

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).

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

**3.4.2** Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

**3.4.3** 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 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

**3.4.4** 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 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

**3.4.5** On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres

doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

**3.4.6** Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b ; SVR 2006 IV n. 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_486/2022 du 17 août 2023 consid. 6.5 et la référence). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations y compris d'ordre médical qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_87/2022 du 8 juillet 2022 consid. 6.2.1 et les références). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (*cf.* ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à

l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, *in* SVR 2011 IV n. 6 p. 17 ; 9C\_833/2007 du 4 juillet 2008, *in* *Plädoyer* 2009/1 p. 70 ; I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, *in* *Plädoyer* 2004/3 p. 64 ; 9C\_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

**3.5** 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.* ATF 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).

**3.6** Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

**3.7** Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGA).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et 128 V 174).

4. En l'occurrence, l'intimé s'est fondé sur le rapport d'expertise de la CRR du 12 septembre 2022 ainsi que sur l'avis du SMR du 10 octobre 2022 pour retenir une capacité de travail du recourant nulle dans toute activité dès le 1<sup>er</sup> juin 2017 et de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles dès le 1<sup>er</sup> juin 2019.

Le recourant produit les avis des Drs O \_\_\_\_\_ et P \_\_\_\_\_ et, en particulier, les conclusions du 10 janvier 2022 du rapport final MOP - selon lesquelles une activité sur le marché primaire de l'emploi n'est pas exigible – pour contester une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, en faisant valoir qu'il est capable de travailler, au mieux, à un taux de 50%, l'activité actuelle d'agent de sécurité, lorsqu'elle était exercée au-delà de ce taux, étant inadéquate et au-dessus de ses forces.

**4.1** Le rapport final MOP du 10 janvier 2022 relève que les problèmes de santé du recourant ne lui permettent pas de bénéficier d'une autonomie et d'une régularité adéquate sur le marché économique. Par ailleurs, selon le rapport MOP du 7 mai 2021, le recourant n'avait pas pu surmonter son état dépressif, ce qui avait entraîné plusieurs absences dès avril/mai 2021. Contrairement à l'avis de l'intimé, ces absences n'ont pas été considérées comme non-justifiées médicalement, dès lors qu'il est admis, nonobstant le défaut de certificats médicaux, que ce sont des motifs de santé, contrairement par exemple à un manque de motivation, qui ont contraint le recourant à s'absenter de son stage. Il est d'ailleurs souligné, dans ce même rapport, que le recourant ne se sentait pas capable de poursuivre les acquis professionnels en entreprise mais qu'il ne souhaitait pas tout arrêter pour ne pas se mettre en porte-à-faux au niveau professionnel. En outre, la motivation et l'engagement du recourant lors de son reclassement n'ont pas été remis en cause, la formation au niveau théorique s'étant, dès le début, déroulée en bonne et due forme (rapport final MOP du 10 janvier 2022) ; par ailleurs, le recourant était

assidu et bien intégré et faisait tous les efforts nécessaires, toujours avec le sourire (courriel de F\_\_\_\_\_ SA du 18 juin 2019 – pièce 48 intimé).

À cet égard, lorsqu'une appréciation médicale de la capacité de travail est manifestement et significativement différente d'une prestation, objectivement réalisable et effectivement réalisée lors d'un examen professionnel, avec un comportement et un engagement professionnel irréprochable de l'assuré, cela peut susciter de sérieux doutes quant aux conclusions médicales et il est en principe indispensable d'obtenir une prise de position médicale clarificatrice (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_236/2024 du 9 octobre 2024).

Or, en l'espèce, les constatations du service de réadaptation (notamment selon le rapport final MOP du 10 janvier 2022) quant à l'inexigibilité d'une activité du recourant dans le marché primaire de l'emploi, permettent de douter des conclusions de l'expertise de la CRR quant à une capacité de travail totale du recourant, même dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles, étant relevé que les experts ne se sont pas prononcés sur les conclusions du service de réadaptation professionnelle. Quant au rapport de la Dre P\_\_\_\_\_ du 8 janvier 2025, il motive une capacité de travail totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles au motif qu'il n'y a pas de déficit neurologique objectivable, appréciation qui n'appréhende pas l'entier de la problématique rhumatologique du recourant, notamment douloureuse.

Enfin, le fait que le recourant exerce une activité d'agent de sécurité depuis avril 2024 ne permet pas de conclure à la présence d'une capacité de travail totale, celui-ci ayant indiqué qu'il avait travaillé à un taux généralement inférieur depuis avril 2024 et qu'il avait travaillé au-dessus de ses forces.

**4.2** En revanche, du point de vue psychiatrique, l'évaluation de l'experte L\_\_\_\_\_ n'est, en l'état, pas sérieusement remise en question par les avis de la Dre J\_\_\_\_\_, en particulier celui du 23 janvier 2025, lequel se borne à relever que les troubles somatiques avaient pu contribuer à déclencher une aggravation des troubles psychologiques du recourant (troubles somatoformes, anxiété généralisée et dysthymie) sans que la Dre J\_\_\_\_\_ ne puisse évaluer la capacité de travail du recourant.

**4.3** Au vu de ce qui précède, une instruction médicale complémentaire est nécessaire, par le biais d'une évaluation rhumatologique, laquelle sera confiée au Dr Q\_\_\_\_\_.

Les questions suggérées par l'intimé seront ajoutées à la mission d'expertise (points 3.2, 6.1.2 et 8).

Il en est de même des questions du recourant, hormis celles requérant de l'expert judiciaire qu'il pose des diagnostics non rhumatologiques, dès lors que cette question sort de son champ de compétence.

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

**Statuant préparatoirement**

- I. Ordonne une expertise de Monsieur A\_\_\_\_\_. Commet à ces fins le docteur Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, Centre d'expertise médicale Lancy, route de Chancy 59c, 1213 Petit-Lancy. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
- A. Prendre connaissance du dossier de la cause.
  - B. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, en particulier aux docteurs N\_\_\_\_\_, P\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_.
  - C. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres examens.
  - D. Charge le Dr Q\_\_\_\_\_ d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :
    - 1. Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type)**
    - 2. Plaintes de la personne expertisée**
    - 3. Status et constatations objectives**
      - 3.1 Une amyotrophie au niveau des membres et du tronc est-elle présente ? Si oui, à quel niveau et depuis quand ?
    - 4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)**

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

      - 4.1. Avec répercussion sur la capacité de travail
        - 4.1.1 Dates d'apparition
      - 4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail
        - 4.1.2 Dates d'apparition
      - 4.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?
      - 4.4 Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?
      - 4.5 Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les

déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par la personne expertisée).

- 4.6 Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?
- 4.7 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?
- 4.8 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?
- 4.9 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

## **5. Limitations fonctionnelles**

5.1 Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic

5.1.1 Dates d'apparition

5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

## **6. Capacité de travail**

6.1 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.

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

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

6.1.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? À quel taux ? Depuis quelle date ? En particulier, l'activité lucrative actuelle d'agent de sécurité est-elle adaptée aux limitations fonctionnelles ?

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

6.3 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis juin 2017 ?

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

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

## **7. Traitement**

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

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

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

7.4 Les médicaments pris régulièrement par la personne expertisée induisent-ils des effets secondaires ? Si oui, lesquels ?

Ces effets ont-ils un impact sur les capacités fonctionnelles de la personne expertisée ? Si oui, dans quelle mesure ?

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

8.1 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr K\_\_\_\_\_ du 12 septembre 2022 (expertise de la CRR) et l'avis du SMR du 10 octobre 2022 ? En particulier avec les diagnostics posés, le constat que la personne expertisée est de forte constitution avec une excellente musculature tant aux membres supérieurs, qu'aux membres inférieurs et qu'au tronc, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dès avril 2019 ? Si non, pourquoi ?

8.2 Êtes-vous d'accord avec le bilan initial multidisciplinaire Promidos du 18 février 2025, en particulier avec les diagnostics posés, les observations effectuées sur le plan physique et le traitement proposé ?

**9.** Quel est le pronostic ?

**10.** Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

**11.** Faire toutes autres observations ou suggestions utiles

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

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

La greffière

La présidente

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

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