RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2090/2022 **ATAS/262/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 14 avril 2023

4ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à VERNIER recourant

contre

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

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), est né le _____ 1963, de nationalité suisse, marié et père de deux enfants, nés en 1996 et 2000.

b. Il a travaillé comme chef de cuisine à 100% de façon indépendante du 1er juillet 2014 au 28 février 2017.

c. À teneur d'un extrait du registre du commerce, il a exploité dès le 9 juillet 2014 un café-restaurant en entreprise individuelle, qui a été radiée le 9 mars 2017.

B. **a.** Le 25 mars 2019, il a demandé les prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison de douleurs à l'épaule, à la main droite, au dos et aux deux jambes, notamment.

b. Le docteur B_____, médecin généraliste, a indiqué dans un rapport du 10 avril 2019 que l'assuré était totalement incapable de travailler depuis le 1er mars 2017, en raison de stress, cervicalgies, sciatiques et psoriasis, qu'il ne disposait pas de ressources pour sa réinsertion et que le pronostic était sombre.

c. Dans un rapport établi le 1er mai 2019, le docteur C_____, spécialiste FMH en dermatologie, a indiqué que l'assuré souffrait de psoriasis en plaques sans effet sur sa capacité de travail.

d. Selon un rapport établi le 5 décembre 2019 par le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, l'assuré souffrait de :

- dorsolombalgies banales non inflammatoires sur discopathie L4-L5, L5-S1, avec un traitement par AINS/antalgiques et physiothérapie, entraînant un arrêt de travail à 100% ;
- cervico-brachalgies gauches sur discarthrose cervicale C5-C6, traitées par AINS et Sirdalud ainsi qu'un peu de physiothérapie ;
- et de tendinopathie du sus-épineux traitée par AINS, avec un arrêt de travail de 100% et de la physiothérapie.

Du point de vue strictement rhumatologique, la capacité de travail était de 0% depuis trois ans dans l'activité de chef de cuisine et peut-être de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

e. Dans un avis du 14 avril 2020, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a retenu que les atteintes rhumatologiques de l'assuré justifiaient une incapacité de travail durable dans l'activité de cuisinier, mais que sa capacité de travail était entière depuis toujours dans une activité adaptée légère.

f. Le 18 août 2020, le Dr B_____ a indiqué que depuis 2016, l'assuré avait une douleur cervico-huméro-brachiale droite, sacro-lombaire et sciatique à droite. Depuis 2019, les mêmes douleurs étaient apparues du côté gauche du corps. En

dépit du traitement par physiothérapie, exercices, Voltaren et Sirdalud, la douleur persistait. L'assuré était définitivement candidat pour l'assurance-invalidité à 100%.

g. Par décision du 24 septembre 2020, l'OAI a retenu que l'assuré avait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et un taux d'invalidité de 0% en tenant compte d'un revenu sans invalidité de CHF 49'251.- et d'un revenu avec invalidité de CHF 57'036.-. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. Au vu du large éventail d'activités non qualifiées que recouvraient les secteurs de la production et des services, on devait convenir qu'un nombre significatif de ces activités était adapté aux empêchements de l'assuré, de sorte qu'une orientation professionnelle n'était pas nécessaire. Il n'avait pas de droit au reclassement, car le manque à gagner durable n'était pas de 20%. Il n'était pas limité dans son atteinte à la santé dans le recherche d'un emploi, de sorte qu'il n'avait pas droit à une aide au placement et que c'était l'office régional de placement qui était compétent pour l'aider à trouver un emploi.

C. **a.** Le 19 février 2021, l'assuré a formé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, faisant valoir un mal de nuque et de dos en traitement depuis le 8 octobre 2020 auprès du docteur E_____, médecine générale, et une dépression, en traitement depuis le 9 février 2021 auprès du docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie.

b. Le 22 février 2021, l'OAI a indiqué à l'assuré que sa demande ne pouvait être examinée que s'il était rendu plausible que l'invalidité était modifiée de façon à influencer ses droits depuis la dernière décision. Il était invité à lui adresser les documents médicaux permettant d'admettre une aggravation de son état de santé.

c. Le 19 août 2021, l'assuré a transmis divers rapports médicaux à l'OAI, qui a considéré qu'il était justifié d'entrer en matière sur la demande.

d. Dans un rapport du 29 septembre 2021, le Dr E_____ a indiqué que l'assuré était totalement incapable de travailler, en raison d'une tendinite à l'épaule gauche, de lombosciatalgies et de cervico-brachialgies, et qu'il ne pouvait notamment pas faire un travail stressant, ni porter des charges.

e. Dans un rapport du 23 novembre 2021, le Dr F_____ a indiqué à l'OAI que l'assuré souffrait d'un état anxiodépressif, d'un HTA, d'un diabète, de psoriasis, de cervicarthrose, d'un problème articulaire complexe aux épaules et d'une arthrose du rachis cervical et lombaire. Du fait de l'intrication avec les pathologies somatiques, il ne lui était pas possible de dégager une synthèse sur le plan de la capacité de travail dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles.

Il n'avait reçu l'assuré que trois fois, les 9 et 16 février ainsi que le 22 novembre 2021. Celui-ci était limité en français et n'était pas traité avec des psychotropes. Il avait des limitations psychologiques secondaires, notamment une pathologie anxieuse, qui réduisaient le périmètre d'activité, rendaient insécures les actions

quotidiennes et entraînaient un ralentissement. Il alléguait en outre des troubles cognitifs, soit des troubles mnésiques et des troubles de concentration.

f. Le 20 janvier 2022, le SMR a retenu que sur le plan psychiatrique, l'assuré souffrait d'un trouble anxiodépressif, qui découlait de l'atteinte somatique, et qui n'était pas incapacitant en soi, selon le Dr F_____. De plus, l'assuré n'était pas au bénéfice d'un traitement psychotrope. Afin de déterminer s'il existait une aggravation de l'état de santé sur le plan rhumatologique depuis la dernière décision du 24 septembre 2020 et l'exigibilité sur ce plan, le SMR proposait une expertise rhumatologique.

g. Selon un rapport établi par le docteur G_____, médecine interne et rhumatologie FMH, le 15 mars 2022, les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail de l'assuré étaient des cervico-brachialgies bilatérales et des lombosciatalgies bilatérales, dans le cadre de très discrets troubles statiques du rachis, et de troubles dégénératifs du rachis cervical et lombaire, avec hernie discale L4-L5, sans conflit radiculaire et lipomatose épidurale. L'assuré était totalement incapable de travailler depuis le 1er mars 2017 dans l'activité habituelle de chef de cuisine, mais dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail était complète dès le 1er mars 2017, puis de 80% dès le 4 mars 2021, date à laquelle une IRM de l'épaule gauche avait mis en évidence une tendinopathie avec rupture partielle du supra-épineux. Des mesures d'ordre professionnel risquaient d'échouer, l'assuré ne semblant pas vraiment avoir envie de reprendre une activité, même légère, présentant 2/5 signes comportementaux de Waddel, 1/2 signe comportemental de Kummel, étant bien démonstratif en cours d'entretien et à l'examen ostéo-articulaire, et présentant une importante discordance entre la DDS (distance doigt-sol) et la DDO (distance doigt-orteils).

h. Par projet de décision du 5 avril 2022, l'OAI a refusé d'octroyer à l'assuré une rente d'invalidité et des mesures professionnelles en retenant un taux d'invalidité de 7% sur la base d'une capacité de travail de 80% depuis le 4 mars 2021.

i. Le 10 mai 2022, le Dr F_____ a indiqué à l'OAI qu'il fallait compléter le dossier de l'assuré par un rapport psychiatrique.

j. Par décision du 3 juin 2022, l'OAI a rejeté la demande de prestations de celui-ci, considérant que l'atteinte de l'assuré était essentiellement somatique et que l'atteinte psychiatrique qui en découlait n'était pas incapacitante en soi.

D. **a.** Le 27 juin 2022, l'assuré a formé recours contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, contestant la capacité de travail de 80% retenue par l'intimé et faisant valoir que ses problèmes psychologiques n'avaient pas été pris en compte. Il demandait le réexamen de sa situation et un complément d'expertise.

b. Le 12 juillet 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours. Le recourant n'alléguait aucun fait précis susceptible de remettre en cause la décision attaquée

et ne produisait aucun document médical à l'appui de son recours. Le SMR avait tenu compte de l'ensemble de son dossier pour fonder son appréciation sur la capacité de travail. L'examen clinique rhumatologique du SMR du 15 mars 2020 devait se voir reconnaître une pleine valeur probante.

c. Le recourant a été entendu par la chambre de céans le 28 septembre 2022.

d. Le 21 février 2023, la chambre de céans a informé l'intimé de son intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique en complément de l'expertise rhumatologique établie par le Dr G_____ et lui a demandé si ce dernier pourrait se prononcer de façon consensuelle avec l'expert psychiatre sur la capacité de travail du recourant.

e. L'intimé a répondu le 21 février 2023 qu'il contestait la mise en place d'une expertise judiciaire complémentaire et qu'il considérait qu'un consensus résultant de deux expertises qui ne se déroulaient ni sur la même période ni sur les mêmes éléments n'avait pas lieu d'être.

f. Le 16 mars 2023, la chambre de céans a communiqué aux parties le nom de l'expert pressenti, ainsi que les questions qu'elle avait l'intention de lui poser, en leur impartissant un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées.

g. Par courrier du 21 mars 2023, l'intimé a indiqué que si par impossible la chambre de céans persistait dans son intention d'ordonner ladite expertise, il n'avait pas de motifs de récusation à l'encontre de l'expert annoncé. Il proposait de joindre à la mission d'expertise la demande suivante :

- au point 6.5 : le SMR propose de demander : « nécessitent-ils un traitement psychotrope », en place de « traitement neuroleptique » ;
- au point 8.6 : le SMR estime que le psychiatre ne peut se prononcer sur la capacité de travail globale de l'assuré, « en tenant compte des atteintes psychiatriques et rhumatologiques », mais uniquement psychiatriques ;
- si l'expert estime nécessaire, demander un bilan neuropsychologique afin d'évaluer les fonctions cognitives de l'assuré.

EN DROIT

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

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

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

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

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

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence). Le nouveau droit est applicable à toutes les rentes qui prennent naissance à partir du 1er janvier 2022 (ch. 9100 de la Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité - CIRAI, état au 1er janvier 2022 CIRAI).

En l'occurrence, la décision querellée porte sur le droit du recourant à l'octroi d'une rente qui pourrait être née postérieurement au 31 décembre 2021, dès lors qu'il invoque une atteinte psychique, en plus de son atteinte rhumatologique, diagnostiquée le 9 février 2021, selon le rapport établi le 23 novembre 2021 par le Dr F_____, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

4. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'intimé, plus particulièrement sur la question de savoir si son incapacité de travail ou son invalidité se sont aggravées depuis la dernière décision entrée en force de l'intimé.

5.

5.1 Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, après avoir nié le droit à une prestation [cf. art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201)], l'examen matériel doit être effectué de manière analogue à celui d'un cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 108 consid. 5 et les références ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et les références; ATF 130 V 71 consid. 3.2 et les références; cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.1 et les références).

L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

5.2 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 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 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).

5.3

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

Il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 28), car celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7).

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est

accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

5.3.2 Il convient dorénavant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources), à l'aide des indicateurs développés par le Tribunal fédéral suivants :

Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés.

Il convient encore d'examiner le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers. Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation.

La présence de comorbidités ou troubles concomitants est un indicateur à prendre en considération en relation avec le degré de gravité fonctionnel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_650/2019 du 11 mai 2020 consid. 3.3 et la référence). On ne saurait toutefois inférer la réalisation concrète de l'indicateur "comorbidité" et, partant, un indice suggérant la gravité et le caractère invalidant de l'atteinte à la santé, de la seule existence de maladies psychiatriques et somatiques concomitantes. Encore faut-il examiner si l'interaction de ces troubles ayant valeur de maladie prive l'assuré de certaines ressources (arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3 et le référence). Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble avec l'ensemble des pathologies concomitantes.

La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble psychique avec l'ensemble des pathologies concomitantes.

Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel n'est pas une comorbidité, mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité.

Il convient ensuite d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées.

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles ne doivent pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie.

Il s'agit, encore, de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé.

Il faut examiner ensuite la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, pour évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée.

5.3.3 Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective.

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanent d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les difficultés décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses difficultés dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. ATF 131 V 49 consid. 1.2).

5.4 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. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

5.5 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; ATF 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; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

5.6 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).

5.7 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).

5.8 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; ATF 140 I

285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

6. En l'espèce, la première question qui se pose est de déterminer si la capacité de travail ou le taux d'invalidité du recourant a subi une modification notable au sens de l'art. 17 LPGA depuis la dernière décision entrée en force de l'intimé du 24 septembre 2020, laquelle lui refusait tout droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

Dans son rapport du 21 novembre 2021, le Dr F_____ a indiqué à l'OAI que du fait de l'intrication entre les pathologies psychiatriques et somatiques du recourant, il ne lui était pas possible de fixer sa capacité de travail dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles. Le recourant avait des limitations psychologiques secondaires, notamment une pathologie anxieuse, qui réduisaient le périmètre d'activité, rendaient insécures les actions quotidiennes et entraînaient un ralentissement. Il alléguait en outre des troubles cognitifs.

Il résulte de ce rapport que l'état de santé du recourant semble s'être aggravé depuis la dernière décision entrée en force de l'intimé, puisqu'un nouveau diagnostic psychiatrique a été posé à son sujet par le Dr F_____.

Le SMR a exclu une telle aggravation, retenant qu'il ressortait du rapport du Dr F_____ que le trouble anxio-dépressif du recourant était essentiellement lié à l'atteinte somatique et qu'il n'était pas incapacitant en soi, en relevant que le recourant n'avait pas de traitement par psychotropes.

Cette appréciation du SMR n'est pas convaincante. Il ne pouvait retenir sur la base du rapport précité du Dr F_____ que l'état de santé du recourant ne s'était pas aggravé. En effet, ce médecin indiquait surtout que, du fait de l'intrication avec les pathologies somatiques, il ne lui était pas possible de fixer la capacité de travail dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles, ce qui n'excluait pas une aggravation de son état, pas plus le fait que le recourant ne bénéficiait pas d'un traitement psychotrope. L'évaluation de la capacité de travail doit se faire par un psychiatre, en tenant compte des indicateurs d'exigibilité d'une activité professionnelle développés par le Tribunal fédéral en cas de trouble psychique et de manière globale en tenant compte de l'interaction des atteintes psychiques et somatiques.

Il en résulte que l'intimé aurait dû compléter l'expertise somatique par un examen psychiatrique, afin que la capacité de travail du recourant fasse l'objet d'une appréciation consensuelle par des experts rhumatologue et psychiatre.

Dans la mesure où l'expertise rhumatologique n'est pas contestée, il n'y a pas lieu de faire procéder à un nouvel examen du recourant par un expert rhumatologue, mais il est nécessaire de faire procéder à une expertise psychiatrique.

7. Il sera donné une suite positive aux demandes de l'intimé s'agissant des questions de la mission d'expertise.

La question 3 D sera ainsi complétée comme suit : « si nécessaire, ordonner d'autres examens, par exemple un examen neuropsychologique ».

Les termes « traitement neuroleptique » seront remplacés à la question 6.5 par « traitement psychotrope », qui a une portée plus large.

S'agissant de la question 8.6, il ne sera plus fait référence aux atteintes rhumatologiques. Cela étant, la CJCAS estime nécessaire de demander à l'expert si les éventuels différents diagnostics psychiatriques retenus et/ou rhumatologiques posés par le Dr G_____ dans son rapport du 15 mars 2022, qui entrent en interaction, avec les diagnostics psychiatriques, privent l'assuré de certaines ressources. En effet, selon la jurisprudence, il faut examiner si l'interaction des maladies psychiatriques et somatiques concomitantes, ayant valeur de maladie, prive l'assuré de certaines ressources (arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3 et le référence). Une question complémentaire a été en conséquence ajoutée au ch. 7.5.

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise psychiatrique de Monsieur A_____.

2. Commet à ces fins le docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, c/o CEMed centre d'expertises médicales, à 1260 Nyon.

3. 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 l'assuré et de l'expert rhumatologue ;

C) examiner et entendre l'assuré, après s'être entouré de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes ;

D) si nécessaire, ordonner d'autres examens, par exemple un examen neuropsychologique.

4. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :

1. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
2. Quelles sont les plaintes et données subjectives de l'assuré ?
3. Quels sont le status clinique et les constatations objectives ?
4. Quels sont les diagnostics selon la classification internationale ?

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

   4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail (en mentionnant les dates d'apparition)

   4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail (en mentionnant les dates d'apparition)

   4.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?

   4.4 Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ?

   4.5 Les plaintes sont-elles objectivées ?

   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 Dans l'ensemble, le comportement de l'assuré vous semble-t-il cohérent ?

5. Quelles sont les limitations fonctionnelles ?

Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic psychiatrique (en mentionnant leur date d'apparition) :

5.1 Dans l'activité habituelle,

5.2 Dans une activité adaptée.

5.3 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 l'assuré).

5.4 Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?

6. Traitement

6.1 Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?

6.2 L'assuré a-t-il fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? Qualifier la compliance ?

6.3 Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?

6.4 Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?

6.5 Nécessitent-ils un traitement psychotrope ?

6.6 Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible : cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de l'assuré à reconnaître sa maladie ou à une autre raison ?

7. Ressources

7.1 De quelles ressources mobilisables l'assuré dispose-t-il ?

7.2 Est-ce que l'assuré présente un trouble de la personnalité selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence ou une altération des capacités inhérentes à la personnalité ?

7.3 Si oui, quelles sont ses répercussions fonctionnelles (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à travailler et/ou en termes d'adaptation (motivez votre position) ?

7.4 Quel est le contexte social ? L'assuré peut-il compter sur le soutien de ses proches ?

7.5 Les éventuels différents diagnostics psychiatriques retenus et/ou les diagnostics rhumatologiques posés par le Dr G_____ dans son rapport du 15 mars 2022, entrant en interaction, privent-ils l'assuré de certaines ressources ?

8. Capacité de travail

8.1 Mentionner les conséquences des diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assuré du point de vue psychiatrique, en pourcent :

a) dans l'activité habituelle,

b) dans une activité adaptée.

8.2 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, indiquer l'évolution de son taux en datant les changements.

8.3 Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée, indiquer depuis quand une telle activité est exigible et quel est le domaine d'activité adapté. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

8.4 Si une diminution de rendement est retenue, celle-ci est-elle déjà incluse dans une éventuelle réduction de la capacité de travail ou vient-elle en sus ?

8.5 Serait-il possible d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales ? Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail.

8.6 Quelle est la capacité de travail globale de l'assuré ?

a) dans l'activité habituelle,

b) dans une activité adaptée.

9. Appréciation des avis médicaux du dossier

9.1 Êtes-vous d'accord avec les diagnostics et la capacité de travail retenus par le Dr F_____ dans son rapport du 21 novembre 2021 ? pour quels motifs ?

9.2 Êtes-vous d'accord avec les conclusions du SMR du 20 janvier 2022 pour quels motifs ?

10. Faire toute remarque et proposition utiles.

5. Invite l'expert à déposer, dans les trois mois dès réception de la mission d'expertise, un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.

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

La greffière	La présidente
Isabelle CASTILLO	Catherine TAPPONNIER

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