

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2917/2024

ATAS/741/2025

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 6 octobre 2025**

**Chambre 16**

En la cause

A \_\_\_\_\_  
représenté par Me Laurence MIZRAHI, avocate

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Justine BALZLI, présidente**

---

**EN FAIT**

**A. a.** A \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1972, marié, père d'une enfant née le \_\_\_\_\_ 2001, collaborait à plein temps en tant que maçon au service d'une entreprise de construction depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2013.

**b.** Le 13 septembre 2018, il a été victime d'un accident sur un chantier, ayant entraîné une atteinte au niveau de son genou droit. Le 12 novembre 2018, il a subi une ménissectomie interne et une toilette articulaire du genou droit par arthroscopie. Les conséquences de cet évènement ont été prises en charge par son assureur-accidents.

**B. a.** Le 11 février 2019, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), en invoquant une incapacité de travail totale consécutive à un accident depuis le 14 septembre 2018.

**b.** Du 1<sup>er</sup> au 31 mars 2019, l'assuré a repris son emploi habituel à 50%, et dès le 1<sup>er</sup> avril 2019, à 100%.

**c.** Par décision du 27 septembre 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Il constatait que, depuis septembre 2018, début du délai d'attente d'un an, la capacité de travail de l'assuré était considérablement réduite. Celui-ci avait toutefois pu retrouver sa pleine capacité de travail depuis le 1<sup>er</sup> avril 2019. Une incapacité de travail de moins d'un an n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, car elles ne seraient pas de nature à améliorer sa capacité de gain.

L'assuré n'a pas contesté cette décision.

**C. a.** L'assuré a été mis en arrêt de travail total depuis le 10 octobre 2019 pour cause de maladie.

**b.** Le 6 décembre 2019, il a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, en alléguant une atteinte au dos et au genou.

**c.** Après avoir recueilli des rapports médicaux, par décision du 1<sup>er</sup> septembre 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Il reconnaissait à l'assuré une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle de maçon depuis le 10 octobre 2019, début du délai d'attente d'un an. En revanche, dans une activité adaptée, sa capacité de travail était de 100% dès le mois d'avril 2020. La comparaison des revenus sans (CHF 69'211.-) et avec (CHF 60'990.-) invalidité aboutissait à une perte de gain de 12%, inférieure au taux minimum de 40%, n'ouvrant ainsi pas le droit à une rente. L'assuré n'avait pas non plus le droit à des mesures professionnelles.

L'assuré n'a pas contesté cette décision.

- D.**
- a.** Le 20 octobre 2020, l'assuré a bénéficié d'une plastie du ligament croisé antérieur du genou droit.
  - b.** Le 17 décembre 2020, il a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI.
  - c.** Dans un rapport du 4 février 2021, le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics, avec incidence sur la capacité de travail de l'assuré, d'arthrose du genou droit terminale, de radiculopathie lombaire L3-L4-L5-S1, d'arthrose sacro-iliaque des deux côtés et de troubles dégénératifs cervicaux sévères. L'assuré bénéficiait d'un suivi psychiatrique en raison d'un état dépressif réactionnel. Les limitations fonctionnelles étaient la gonalgie, les douleurs cervicales et lombaires ainsi que le moral bas. La capacité de travail était nulle dans toute activité.
  - d.** Le 24 février 2021, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a mis en place une prothèse unicompartimentale (ci-après : PUC) du genou droit.
  - e.** Dans un rapport du 8 juin 2021, la docteure D\_\_\_\_\_, médecin cheffe de clinique au service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève, a posé les diagnostics de cervico-discarthrose étagée responsable d'un rétrécissement canalairé étagé de C3 à C6, maximal en C4-C5, sans signe de myélopathie, et de rétrécissements foraminaux C4-C5 et C5-C6 bilatéraux. Le 1<sup>er</sup> juin 2021, elle avait effectué une intervention chirurgicale ayant consisté en une double ACDF C4-C5 et C5-C6.
  - f.** Dans un rapport du 27 septembre 2021, le Dr B\_\_\_\_\_ a fait état d'une légère amélioration lombaire, d'une amélioration de 50% de la gonalgie droite, d'une persistance de la cervicalgie et d'une légère amélioration de l'état dépressif qui était stable. À la question de savoir si le patient était capable de poursuivre/entamer une formation professionnelle, il a répondu « en position assise 50% ».
  - g.** Dans un rapport du 8 octobre 2021, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré présentait des douleurs résiduelles au niveau de la rotule. Celui-ci était capable d'exercer une activité professionnelle adaptée à son état de santé à 50% dès le 1<sup>er</sup> septembre 2021.
  - h.** Dans un rapport du 8 avril 2022, la docteure E\_\_\_\_\_, médecin interne chez F\_\_\_\_\_, et le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics, avec impact sur la capacité de travail, d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et d'anxiété généralisée (F41.1). La capacité de travail de l'assuré, qui était suivi depuis le 22 janvier 2021, était nulle dans toute activité actuellement.
  - i.** Par appréciation du 13 avril 2022 rendue après examen de l'assurée l'avant-veille, la docteure H\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et

traumatologie de l'appareil locomoteur agissant en tant que médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents, a posé les diagnostics suivants : déchirure de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit le 13 septembre 2018 opérée le 12 novembre 2018, rupture du ligament croisé antérieur droit opérée, gonarthrose fémoro-tibiale interne droite avec fissure du condyle fémoral interne post-traumatique, arthrose fémoro patellaire préexistante, arthrose fémoro-tibiale externe préexistante, PUC du genou droit, instabilité du ligament croisé antérieur persistante, gonalgies du genou droit persistantes, gonalgies du genou gauche avec méniscopathie interne et possible gonarthrose débutante du compartiment fémoro-tibial interne, cervicalgies opérées, et lombalgies chroniques avec possible séquelle radiculaire gauche. L'exigibilité d'une activité de l'assuré en tant que maçon était de 0%. Il pouvait réaliser un travail essentiellement assis avec quelques déplacements sur des sols plats, alternant les positions assises et au maximum ¼ heure, voire ½ heure de marche. Il devait éviter la montée et la descente des escaliers plus de deux fois par jour et un étage seulement, et ne pas avoir à se déplacer sur des sols irréguliers. Il ne pouvait pas exercer de travail nécessitant la position accroupie ou agenouillée ou monter sur des échelles. Le port de charges devait être limité à 5kg. Dans tout emploi compatible avec ces limitations fonctionnelles pour son genou droit, seules séquelles en causalité avec l'événement du 13 septembre 2018, l'assuré pourrait travailler à 100%.

**j.** Par décision sur opposition du 21 octobre 2022, l'assureur-accidents de l'assuré a accordé à ce dernier une rente d'invalidité de 10% à partir du 1<sup>er</sup> mai 2022.

**k.** Dans un projet de décision du 15 décembre 2022, l'OAI a annoncé à l'assuré qu'il entendait lui octroyer une rente entière sur la base d'un degré d'invalidité de 100% du 1<sup>er</sup> octobre 2021 au 31 juillet 2022. Le statut d'assuré retenu dans sa situation était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle. L'OAI reconnaissait une incapacité de travail de 100% dans toute activité professionnelle dès le mois d'octobre 2020, début du délai d'attente d'un an. Dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, la capacité de travail de l'assuré était de 100% dès le 11 avril 2022. À l'échéance du délai d'attente, le 1<sup>er</sup> octobre 2021, son incapacité de gain était entière. Par conséquent, le droit à une rente entière était ouvert dès cette date. La comparaison des revenus de valide (CHF 68'074.-) et d'invalidé (CHF 65'322.-) à compter de l'amélioration de son état de santé le 11 avril 2022 entraînait une perte de gain de 4.04%. Un taux d'invalidité inférieur à 40% n'ouvrait pas le droit à des prestations sous forme de rente. La suppression de la rente interviendrait dès le 1<sup>er</sup> août 2022, trois mois après la modification de l'état de santé.

**l.** Par courrier du 16 janvier 2023, complété le 21 février 2023, l'assuré a contesté que son état de santé se serait amélioré depuis le 11 avril 2022.

Il a produit à cet effet :

- un rapport du 14 juin 2022 du Dr B\_\_\_\_\_, mentionnant que l'assuré ne pouvait pas travailler actuellement dans un emploi physique exigeant en raison de ses douleurs persistantes au genou, qu'il présentait également des dorsalgies et lombalgies et que son moral était affecté ;
- un rapport du 26 octobre 2022 de la docteure I\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie et en pharmacologie et toxicologie cliniques, faisant état de douleurs chroniques musculosquelettiques secondaires associées à des modifications structurelles, et recommandant l'utilisation d'un neurostimulateur transcutané (ci-après : TENS) ;
- un rapport du 9 décembre 2022 de la Dre D\_\_\_\_\_, posant le diagnostic principal de cervico-discarthrose étagée responsable d'un rétrécissement canalaire étagé de C3 à C6, maximal en C4-C5, sans signe de myélopathie, et de rétrécissements foraminaux C4-C5 et C5-C6 bilatéraux traités chirurgicalement en juin 2021, et ceux secondaires de lombalgies chroniques et de discopathie L5-S1 avec troubles Modic I inflammatoires L5-S1, et indiquant que l'utilisation du TENS permettait de soulager les douleurs ;
- un rapport du 17 février 2023 du docteur J\_\_\_\_\_, médecin interne en psychiatrie chez F\_\_\_\_\_, posant le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et d'anxiété généralisée (F41.1), et attestant une capacité de travail nulle depuis le début du suivi le 22 janvier 2021.

**m.** L'OAI, sur recommandation de son service médical régional (ci-après : SMR), a décidé de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et rhumatologique, qui a été attribuée par SuisseMED@P-Team au centre Swiss Expertises Médicales. Les 13 et 15 juin 2023, l'assuré a été examiné par le docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, respectivement par le docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie. Les 21 et 25 juillet 2023, l'assuré a également été examiné par une psychologue spécialiste en neuropsychologie.

Dans un rapport du 6 août 2023, les experts ont retenu les diagnostics suivants : au plan rhumatologique, un status post chirurgie cervicale avec double ACDF C4-C5, C5-C6 en juin 2021, une cervicarthrose étagée sans myélopathie, une lombalgie mécanique avec discopathie, un status post prothèse unicompartimentale du genou droit stable, et un status post arthrose du genou gauche modéré et stable, et au plan psychiatrique, un épisode dépressif léger à moyen, sans syndrome somatique (F32.10).

La capacité de travail de l'assuré était, sur le plan rhumatologique, de 0% dans l'activité habituelle de maçon depuis septembre 2018. Elle était pleine dans une activité adaptée à partir de février 2020 jusqu'à la mise en place de la prothèse unicompartimentale du genou droit en février 2021 avec un arrêt de travail de trois à six mois au maximum, puis une nouvelle incapacité de travail de six mois à la suite de l'intervention chirurgicale au niveau cervical du 7 juin 2021. À partir d'avril 2022, la capacité de travail dans une activité adaptée était de 80% en raison

de l'atteinte dégénérative multiple cervico-dorso-lombaire et de l'atteinte arthrosique du genou. Les limitations fonctionnelles étaient : éviter le port de charges de plus de 5-10 kg de façon répétée, la surcharge du rachis dans sa totalité, la montée-descente sur les échelles, la marche sur terrains accidentés, éviter de se mettre à genou sur le genou droit, et alterner les positions assis-debout, pas plus de 50 minutes l'une ou l'autre.

Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail était entière dans toute activité depuis toujours.

**n.** Par avis du 10 août 2023, le SMR a retenu, à titre d'atteintes à la santé incapacitantes, un status post chirurgie cervicale avec double ACDF C4-C5, C5-C6 en juin 2021, cervicarthrose étagée sans myélopathie, une lombalgie mécanique avec discopathie, un status post prothèse unicompartimentale du genou droit stable en février 2021, un status post arthrose du genou gauche modéré et stable, et une atteinte cognitive d'intensité légère à moyenne. La capacité de travail de l'assuré dans l'activité habituelle de maçon était nulle depuis septembre 2018. Dans une activité adaptée, sa capacité de travail était de 0% dès septembre 2018, de 100% dès avril 2020, de 0% dès février 2021, et de 80% dès avril 2022. Les limitations fonctionnelles rhumatologiques étaient : éviter de porter des charges de plus de 5-10 kg de façon répétée, éviter de surcharger le rachis dans sa totalité, éviter de se mettre à genou sur le genou droit, éviter de monter-descendre les échelles, alterner les positions assis-debout, pas plus de 50 minutes l'une ou l'autre, éviter la marche sur des terrains accidentés. Les limitations fonctionnelles neuropsychologiques étaient : attention soutenue / de longue durée, traitement simultané d'informations multiples.

**o.** Du 12 février au 14 avril 2024, une mesure d'orientation professionnelle a été mise en place par l'OAI.

**p.** Dans un rapport final du 30 avril 2024, la division réadaptation professionnelle de l'OAI a indiqué que la mesure d'orientation professionnelle n'avait pas permis de dégager une piste professionnelle qui tienne compte des limitations fonctionnelles, des compétences professionnelles et personnelles de l'assuré. Il n'y avait cependant pas d'éléments concrets permettant à ce stade de s'écarter des conclusions du SMR en termes de capacité de travail résiduelle de l'assuré dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

**q.** Par décision du 8 juillet 2024, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Il reconnaissait à l'assuré une incapacité de travail totale dans son activité habituelle depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2018. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré, sa capacité de travail était de 0% dès cette dernière date, mais de 100% dès le 1<sup>er</sup> avril 2020, conformément à la décision du 1<sup>er</sup> septembre 2020. À partir du 1<sup>er</sup> février 2021, début du délai d'attente d'un an, l'incapacité de travail de l'assuré était totale dans toute activité professionnelle. Son état de santé s'était amélioré dès le mois d'avril 2022, date à compter de

laquelle sa capacité de travail était de 80% dans une activité adaptée. À l'échéance du délai d'attente en février 2022, le taux d'invalidité de l'assuré, résultant de la comparaison du revenu de valide (CHF 70'094.-) et d'invalidé (CHF 47'498.-), était de 32%. L'OAI devait évaluer si l'assuré avait un droit à une rente d'invalidité au terme des mesures d'intervention précoce et de réadaptation professionnelle. Étant donné qu'au terme de ces mesures, l'assuré présentait un taux d'invalidité inférieur au taux minimal requis par la loi de 40%, il n'avait pas le droit à une rente d'invalidité. Par ailleurs, d'autres mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires dans sa situation.

- E. a.** Par acte du 10 septembre 2024, l'assuré, représenté par son avocate, a interjeté un recours contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à l'audition du Dr B\_\_\_\_\_, du docteur M\_\_\_\_\_, médecin interne en psychiatrie chez F\_\_\_\_\_, et de la Dre D\_\_\_\_\_, ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise, et principalement, à l'annulation de cette décision, à la constatation que son taux d'invalidité s'élevait au minimum à 70%, et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

Il était incapable de travailler dans toute activité, conformément au rapport du 17 août 2024 du Dr B\_\_\_\_\_ annexé. Selon le rapport de la division réadaptation de l'OAI, il n'avait pas été possible de dégager une piste professionnelle tenant compte de ses limitations. Sa capacité de travail ne pouvait pas être de 80% dans une activité adaptée.

Le revenu avec invalidité arrêté par l'intimé était irréaliste compte tenu de ses limitations et le revenu sans invalidité devait être plus élevé d'après les indications de l'employeur.

- b.** Par réponse du 18 octobre 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Le rapport d'expertise bidisciplinaire revêtait pleine valeur probante. Aucun élément objectivement vérifiable, de nature clinique ou diagnostique, qui aurait été ignoré par les experts, n'avait été apporté par le recourant. Pour le surplus, l'intimé s'est rallié à l'avis du 11 octobre 2024 du SMR qu'il a joint, selon lequel le rapport du Dr B\_\_\_\_\_ du 17 août 2024 n'était pas de nature à remettre en question son appréciation du cas. La situation médicale du recourant ayant été investiguée de manière exhaustive, la mise en œuvre de mesures d'investigations complémentaires s'avérait superflue.

Le revenu avec invalidité du recourant avait été conformément à la jurisprudence, sur la base du tableau TA1 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires pour l'année 2020, indexé à 2024, tous secteurs confondus (total), pour un homme travaillant dans une activité de niveau 1 (activités simples et répétitives), sans être tenu de décrire avec précision les activités exigibles. Le revenu sans invalidité était conforme aux indications fournies par l'employeur le 9 août 2016, selon

lesquelles il s'élevait à CHF 67'496.- en 2013. Réactualisé à 2024, il se chiffrait à CHF 70'094.-.

**c.** Par réplique du 19 novembre 2024, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Il a versé au dossier le rapport du 12 septembre 2024 de la Dre D\_\_\_\_\_ et celui du 7 octobre 2024 des Drs M\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_, sur la base desquels il a contesté disposer d'une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. Ces pièces médicales conduisaient à émettre des doutes quant à la valeur probante du rapport d'expertise bidisciplinaire.

L'intimé avait omis d'inclure dans le revenu sans invalidité le paiement des « surtaxes pauses » GE et VD, ainsi que les frais de subsistance. Pour ce qui était du revenu avec invalidité, la réduction forfaitaire retenue aurait dû être fixée à 25% compte tenu de ses limitations fonctionnelles.

**d.** Par duplique du 18 décembre 2024, l'intimé a maintenu ses conclusions.

En ce qui concernait la situation médicale du recourant, il a invité la chambre de céans à se référer à l'avis du SMR du 17 décembre 2024 produit.

Le revenu sans invalidité du recourant avait été déterminé en tenant compte des déclarations du dernier employeur. Quant au revenu avec invalidité, il avait appliqué une réduction forfaitaire de 10% et aucun élément ne justifiait une réduction supplémentaire. Les limitations fonctionnelles du recourant avaient été prises en compte lors de l'évaluation de sa capacité de travail résiduelle.

**e.** Dans ses observations du 3 avril 2025, le recourant a encore une fois persisté dans ses conclusions.

Il a annexé le rapport de la Dre D\_\_\_\_\_ du 21 février 2025 et celui des Drs G\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_ du 13 mars 2025, et réitéré la nécessité d'entendre ses médecins traitants et/ou de réaliser une expertise judiciaire. Sa situation médicale au moment de la décision litigieuse n'était pas celle décrite par l'intimé, qui s'était fondé sur un rapport d'expertise établi presque une année avant le prononcé de la décision litigieuse.

**f.** Dans sa détermination du 7 mai 2025, l'intimé a maintenu sa position.

En s'appuyant sur l'avis du SMR du même jour qu'il a joint, il a indiqué que les nouvelles pièces médicales ne permettaient pas de modifier son appréciation des faits. Par ailleurs, les experts avaient pris en compte l'ensemble des atteintes à la santé du recourant ainsi que les limitations fonctionnelles en découlant. L'écoulement du temps jusqu'au prononcé de la décision ne suffisait pas en soi à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical jugé convaincant. Aucun élément objectif attestant d'une aggravation de l'état de santé du recourant postérieure à l'expertise bidisciplinaire n'avait été apporté.

**g.** Copie de cette écriture a été transmise au recourant pour information.

**h.** Par courriers du 16 septembre 2025, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise aux docteurs N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_, spécialistes en rhumatologie, respectivement en psychiatrie et psychothérapie, et leur a imparti un délai pour se déterminer sur les experts, ainsi que sur les questions à leur poser.

**i.** Le 30 septembre 2025, l'assuré a indiqué qu'il n'entendait pas demander la récusation des experts ni formuler de commentaire particulier s'agissant du libellé des questions.

**j.** Le même jour, l'OAI s'est opposé au principe de la conduite d'une expertise judiciaire, a indiqué ne pas avoir de motif de récusation à faire valoir et s'est rallié à l'avis du SMR du 23 septembre 2025 annexé.

Dans ce dernier, le docteur P\_\_\_\_\_, médecin du SMR, indiquait ne pas avoir de questions supplémentaires à ajouter, mais estimer que la réalisation d'un bilan neuropsychologique avec tests de QI et validation des symptômes pourrait s'avérer utile, compte tenu de l'atteinte cognitive légère à moyenne susceptible d'amélioration en cas d'amélioration thymique et de modification de la médication selon le bilan neuropsychologique de juillet 2023.

## **EN DROIT**

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

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

**1.2** 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.

La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10).

**1.3** Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 60 et 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable.

- 2. 2.1** 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 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_499/2022 du 29 juin 2023 consid. 4.1).

**2.2** 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 le 17 décembre 2020 et le délai d'attente d'une année venant à échéance en octobre 2021, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (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. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations, singulièrement sur sa capacité de travail dans une activité adaptée.
4. **4.1** Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, après avoir nié le droit à une prestation (art. 87 al. 3 RAI), l'examen matériel doit être effectué de manière analogue à celui d'un cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 141 V 585 consid. 5.3 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_12/2023 du 22 août 2023 consid. 3.2). Elle doit donc traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue (examen « *allseitig* »). Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés, le degré d'invalidité doit ainsi être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans

référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9 consid. 6.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_498/2023 du 11 décembre 2023 consid. 5.1 et les références).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 149 V 91 consid. 7.5 et les références). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à l'accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les références).

Les constatations et conclusions médicales dans le cadre d'une révision doivent porter précisément sur les changements survenus par rapport à l'atteinte à la santé et à ses effets depuis l'appréciation médicale antérieure déterminante. La valeur probante d'une expertise réalisée dans le cadre de la révision du droit à la rente dépend donc essentiellement de la question de savoir si elle contient des explications suffisantes sur la mesure dans laquelle une modification de l'état de santé a eu lieu. Demeurent réservées les situations dans lesquelles il est évident que l'état de santé s'est modifié (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_385/2023 du 30 novembre 2023 consid. 4.2.3 et les références).

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

**4.2** 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).

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

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 I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

**4.3** Le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques ou psychosomatiques et aux syndromes de dépendance (ATF 148 V 49 ; 145 V 215 ; 143 V 418 ; 143 V 409). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_265/2023 du 19 août 2024 consid. 3.2).

**4.4** Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

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).

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

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 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).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I.514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration

ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion 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).

**4.5** 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2). 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 139 V 176 consid. 5.3).

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).

- 5. 5.1** En l'espèce, la décision litigieuse du 8 juillet 2024 repose sur l'avis du SMR du 10 août 2023, lui-même basé sur le rapport d'expertise rhumato-psychiatrique du 6 août 2023.

Ce rapport se fonde sur les pièces médicales du dossier (p. 8-26), l'anamnèse et les plaintes du recourant (p. 36-38, 50-57), l'examen clinique (p. 40-44, 58-62), complété par un bilan neuropsychologique, ainsi que des examens de laboratoire

(pièces OAI p. 2094-2104), l'appréciation du cas (p. 45-49, 63-70) et une synthèse consensuelle (p. 27-35).

Sur le plan somatique, l'expert rhumatologue a posé les diagnostics suivants : status post chirurgie cervicale avec double ACDF C4-C5, C5-C6 en juin 2021, cervicarthrose étagée sans myélopathie, lombalgie mécanique avec discopathie, status post prothèse unicompartimentale du genou droit, et status post arthrose du genou gauche modéré et stable. Il a considéré que l'activité habituelle de maçon n'était plus exigible depuis septembre 2018, mais que le recourant pouvait exercer une activité adaptée évitant le port de charges supérieures à 5-10 kg, la surcharge du rachis dans sa totalité, la mise à genou sur le genou droit, la montée et descente sur les échelles, la marche sur terrains accidentés, et permettant l'alternance des positions assis-debout limitées à 50 minutes chacune. En ce qui concerne l'évolution de la capacité de travail résiduelle du recourant au fil du temps, il a conclu qu'elle était de 0% après la chirurgie en février 2021 pour une durée de six mois, ainsi qu'après l'opération de juin 2021 pour six mois également, puis qu'elle était de 80% à partir d'avril 2022 en raison de l'atteinte dégénérative multiple cervico-dorso-lombaire et de l'atteinte arthrosique du genou.

Les conclusions de l'expert rhumatologue sont toutefois incomplètes, et ne peuvent donc en l'état pas être suivies.

En effet, de manière erronée, il indique que le recourant a bénéficié d'une réparation du ligament croisé droit en octobre 2019, alors que celle-ci a eu lieu en octobre 2020. Il estime que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à partir de février 2020 jusqu'à la mise en place de la prothèse unicompartimentale du genou en février 2021, sans se prononcer sur le taux et la durée de l'incapacité de travail du recourant dans une activité adaptée à la suite de l'intervention chirurgicale d'octobre 2020. Ces informations sont pertinentes en l'occurrence, dès lors que la période litigieuse s'étend du 1<sup>er</sup> septembre 2020, date de la dernière décision entrée en force rejetant la demande de prestations, au 8 juillet 2024, date de la décision dont est recours.

De même, l'expert considère que l'opération cervicale de juin 2021 a nécessité un arrêt de travail de six mois, soit jusqu'en décembre 2021, mais il ne se détermine pas sur l'évolution de la capacité de travail résiduelle du recourant depuis lors jusqu'au 11 avril 2022, date à partir de laquelle il retient un taux d'activité de 80% dans une activité adaptée.

S'agissant de cette diminution de rendement de 20%, il la motive par le fait que le recourant présente une atteinte dégénérative multiple cervico-dorso-lombaire et une atteinte arthrosique du genou. Or, dans la mesure où ces atteintes remontent à octobre 2019 en tout cas (rapport d'expertise p. 10), il n'explique pas les raisons pour lesquelles la diminution de rendement ne serait pas antérieure à avril 2022. Par ailleurs, il mentionne que le rendement est réduit « peut-être » de 20% (p. 48).

L'emploi de l'adverbe « peut-être » laisse à penser que l'expert est incertain quant à son affirmation.

Sur le plan psychiatrique, l'expert psychiatre a posé le diagnostic, non incapacitant, d'épisode dépressif léger à moyen, sans syndrome somatique (F32.10), en précisant que la capacité de travail du recourant avait été entière depuis toujours.

Cela étant, les conclusions de l'expert psychiatre ne sont nullement motivées pour la période antérieure à l'expertise.

C'est le lieu de rappeler que les médecins peuvent évaluer la capacité de travail d'une personne assurée sur une période remontant à plusieurs années dans le passé, par une appréciation rétrospective de la situation à l'aide des données du dossier et de l'examen de la personne concernée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_80/2024 du 27 août 2024 consid. 5.1 et la référence).

À cet égard, dans un rapport du 8 avril 2022, les Drs G\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ ont retenu, avec impact sur la capacité de travail du recourant, un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et une anxiété généralisée (F41.1), en ajoutant que la capacité de travail était nulle dans toute activité actuellement. À l'issue de l'examen neuropsychologique effectué entre le 28 mars et le 5 avril 2022, il avait été conclu que le recourant présentait un léger ralentissement psychomoteur sur le plan cognitif (dossier OAI p. 1111-1122). Dans un rapport du 17 février 2023, le Dr J\_\_\_\_\_ a retenu ces mêmes diagnostics, tout en ajoutant que l'état de santé du recourant était stationnaire malgré les différents traitements depuis le début du suivi le 22 janvier 2021 et que sa capacité de travail était nulle depuis lors.

Or, l'expert ne discute pas les diagnostics posés par ses confrères à l'aune des données médicales figurant dans les rapports précités. Il aurait dû indiquer par une explication dûment motivée les raisons pour lesquelles il s'écartait de l'appréciation de ses confrères pour la période rétroactive.

En outre, pour ce qui était de l'état de santé du recourant au moment de l'expertise psychiatrique, l'expert a mentionné que la capacité d'endurance du recourant qui apparaissait sthénique et qui se percevait asthénique, n'était pas amoindrie au motif psychiatrique. Celui-ci était capable de persévérer suffisamment longtemps et pendant le temps habituellement exigé dans une activité professionnelle en maintenant un niveau de rendement continu (p. 67). Pourtant, lors de l'examen neuropsychologique des 21 et 25 juillet 2023, il avait été relevé que le recourant présentait de légères difficultés exécutives (incitation verbale, récupération en mémoire épisodique, impulsivité) et des difficultés attentionnelles légères à modérées (attention sélective et soutenue). Ce trouble neuropsychologique, actuellement d'intensité légère à moyenne, était susceptible de légèrement limiter la capacité fonctionnelle du recourant au quotidien et dans les sollicitations professionnelles. Cette limitation pouvait être augmentée dans des situations

requérant un niveau d'exigence cognitive élevé (ex. maintien de l'attention sur une longue durée, situations nécessitant la récupération en mémoire d'informations récemment apprises, etc.).

La conclusion de l'expert selon laquelle le recourant était pleinement apte à travailler sans baisse de rendement semble contredire l'appréciation de la neuropsychologue selon laquelle sa capacité fonctionnelle était limitée dans une activité professionnelle. L'expert s'est contenté de retranscrire les conclusions de la neuropsychologue (p. 61-62), alors qu'il aurait dû expliquer les motifs pour lesquels il se distançait de l'évaluation de la neuropsychologue en termes de rendement du recourant.

Les conclusions de l'expert psychiatre, insuffisamment motivées, ne peuvent donc en l'état pas être suivies.

**5.2** Au vu de ce qui précède, il se justifie de mettre en œuvre une expertise judiciaire comprenant les volets rhumatologique et psychiatrique.

Celle-ci sera confiée aux Drs N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_, spécialistes en rhumatologie, respectivement en psychiatrie et psychothérapie, à l'endroit desquels les parties ont indiqué n'avoir pas de motif de récusation à faire valoir.

Sur demande de l'intimé, il sera suggéré aux experts de faire réaliser, s'ils l'estiment nécessaire, un bilan neuropsychologique avec tests de QI et validation des symptômes.

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

**Statuant préparatoirement**

- I. Ordonne une expertise rhumatologique et psychiatrique de A\_\_\_\_\_. Commet à ces fins le docteur N\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, Centre médical de Q\_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_, route de R\_\_\_\_\_, S\_\_\_\_\_ et le docteur O\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, Centre d'expertise médicale de T\_\_\_\_\_, route de U\_\_\_\_\_, V\_\_\_\_\_.

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.
- C. Examiner et entendre la personne expertisée.
- D. Si nécessaire, ordonner d'autres examens, par exemple un bilan neuropsychologique avec tests de QI et validation des symptômes.
- E. Charge le Dr N\_\_\_\_\_ d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

- 1. Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type)**
- 2. Plaintes de la personne expertisée**
- 3. Status et constatations objectives**
- 4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)**

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

- 4.1. Avec répercussion sur la capacité de travail
  - 4.1.1 Dates d'apparition
- 4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail
  - 4.2.1 Dates d'apparition
- 4.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?
- 4.4 Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?
- 4.5 L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré/détérioré depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2020, date de la décision de l'OAI rejetant la demande de prestations ?

- 4.6 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).
- 4.7 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) ?
- 4.8 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?
- 4.9 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?
- 4.10 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 son activité lucrative habituelle ?
- 6.2.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
- 6.2.2 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite/nulle ?
- 6.3 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?
- 6.3.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

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

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

6.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2020 ?

Veillez également préciser le taux et la durée de l'incapacité de travail de la personne expertisée dans une activité adaptée à la suite de chaque opération chirurgicale.

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

6.6 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.

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

8.1 Êtes-vous d'accord avec l'avis du docteur L\_\_\_\_\_ du 6 août 2023 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation de la capacité de travail et son évolution au fil du temps ? Si non, pourquoi ?

8.2 Êtes-vous d'accord avec les avis de la docteure D\_\_\_\_\_ des 12 septembre 2024 et 21 février 2025 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation de la capacité de travail ? 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

F. Invite l'expert à faire **une appréciation consensuelle du cas** avec le Dr O\_\_\_\_\_ s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.

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

H. Charge le Dr O\_\_\_\_\_ d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

**1. Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type)**

**2. Plaintes de la personne expertisée**

**3. Status et constatations objectives**

**4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)**

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

4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.1 Dates d'apparition

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

4.4 L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré/détérioré depuis le 22 janvier 2021 ?

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 ?

**5. Limitations fonctionnelles**

5.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic

5.1.1 Dates d'apparition

5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

## **6. Cohérence**

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

## **7. Personnalité**

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

## **8. Ressources**

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

## **9. Capacité de travail**

- 9.1 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.
  - 9.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ?
    - 9.2.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
    - 9.2.2 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite/nulle ?
  - 9.3 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?
    - 9.3.1 Si non, ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
    - 9.3.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? À quel taux ? Depuis quelle date ?
    - 9.3.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
  - 9.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis le 22 janvier 2021 ?
  - 9.5 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?
  - 9.6 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?
- 10. Traitement**
- 10.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.
  - 10.2 Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?
  - 10.3 En cas de refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie, cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de la personne expertisée à reconnaître sa maladie ?
  - 10.4 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.
- 11. Appréciation d'avis médicaux du dossier**
- 11.1 Êtes-vous d'accord avec l'avis du docteur K\_\_\_\_\_ du 6 août 2023 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation de la capacité de travail et son évolution au fil du temps ? Si non, pourquoi ?

11.2 Êtes-vous d'accord avec les avis des 8 avril 2022, 17 février 2023, et 7 octobre 2024 établis par les médecins exerçant au sein du cabinet F\_\_\_\_\_ ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation de la capacité de travail ? Si non, pourquoi ?

12. Quel est le pronostic ?

13. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

14. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

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

J. 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

Nathalie KOMAISKI

Justine BALZLI

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