RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3518/2020 **ATAS/1085/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 octobre 2021

4ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CHÊNE-BOUGERIES, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître William RAPPARD — recourant

contre

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

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO, Juges assesseures

EN FAIT

A. a. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né le _____ 1963, marié et père de trois enfants, a travaillé comme concierge d'école de septembre 2001 à décembre 2007.

b. Il a demandé les prestations de l'assurance-invalidité le 14 décembre 2009 en raison d'une hernie discale L4-L5.

c. Par décision du 18 janvier 2017, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé) a constaté que la réadaptation professionnelle de l'assuré était achevée et qu'il était en mesure de réaliser un revenu qui excluait le droit à la rente.

B. a. L'assuré a formé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité le 20 novembre 2018, faisant valoir qu'il était en incapacité de travail depuis juillet 2018 en raison de hernies discales, lombaires et cervicales. Il travaillait à 80% comme conseiller en évaluation professionnelle pour K_____, entreprise sociale privée (ci-après K_____).

b. Dans un rapport du 14 septembre 2018, le docteur B_____, médecine interne FMH, a indiqué que depuis la fin du mois d'août, l'assuré présentait une récidive de cervicalgies droites invalidantes avec irradiation du membre supérieur gauche et thoracique antérieur avec nausées sans parésie. L'assuré avait dû augmenter son traitement de Temgesic de 3 à 4 × 0,2 mg, mais il était soulagé par des exercices de stretching qu'il allait pouvoir reprendre par des séances avec son physiothérapeute. Les limitations fonctionnelles étaient actuellement importantes, vu les contractures sus-scapulaires et les scalènes importantes. Une reprise devrait pouvoir être possible, mais à une date encore indéterminée.

c. Le 25 octobre 2018, le Dr B_____ a indiqué que l'assuré montrait une péjoration et une exacerbation de cervicalgies et lombalgies, malgré le traitement antalgique et la physiothérapie, ce qui avait nécessité la persistance de l'incapacité de travail à 50%. Il prenait du Temgesic 0,4 mg matin et soir, notamment. Il y avait une lente amélioration avec fluctuation des douleurs certains jours. L'assuré était très vite handicapé dans les charges et la mobilité. Il avait une fatigabilité et une somnolence importantes nécessitant des siestes dans l'après-midi. Il était dans un état d'épuisement en fin de matinée, même en arrêt de travail.

d. Le 14 novembre 2018, le docteur C_____, spécialiste FMH en pneumologie, a indiqué avoir mis en évidence, par polygraphie respiratoire nocturne, un trouble respiratoire du sommeil léger, sous la forme d'apnées obstructives en août 2018. L'assuré avait bénéficié d'un traitement par CPAP de septembre à novembre 2018. Il avait été remarquablement observant avec un contrôle satisfaisant de son trouble respiratoire du sommeil, mais n'avait pas ressenti de bénéfices sur sa somnolence diurne, sa fatigue et son trouble de la concentration, au point qu'il était toujours en arrêt de travail. Il y avait lieu de compléter les investigations à la recherche d'un

autre problème de sommeil qui fatiguait l'assuré et il avait stoppé le traitement de CPAP.

e. Le 25 février 2019, le Dr B_____ a indiqué que l'assuré était à 100% en incapacité de travail dès le 16 juillet 2018, en raison de troubles de la concentration et de l'attention et de cervicalgies et lomboscialgies. L'assuré prenait du Temgesic 2-3 × 0,2 mg. Dans une activité adaptée, on pouvait raisonnablement attendre de lui un travail à 50%. Le pronostic sur la réadaptation était bon, car l'assuré était motivé.

f. L'assuré a été licencié par son employeur le 11 mars 2019 au motif qu'il était arrivé à la fin de son délai de protection en cas de maladie.

g. Le 2 avril 2019, le Dr B_____ a indiqué que l'assuré faisait un deuxième essai de CPAP avec un changement de masque (apnée du sommeil) et qu'il continuait à avoir de la peine sur le plan de la concentration le matin au réveil. Il avait toujours besoin d'une sieste l'après-midi. Ses difficultés de concentration étaient importantes. Sa reprise professionnelle même à temps partiel lui paraissait, à juste titre, insurmontable. Sur le plan des douleurs, en raison d'une aggravation, il avait dû augmenter son traitement de Temgesic de 3 × 0,2 mg à 3 × 0,4 mg associés à du Tilur. Les lombosciatalgies étaient toujours présentes avec des crampes et des paresthésies dans les jambes sans atteinte motrice. Concernant les cervicalgies, il présentait de rares paresthésies.

h. Le 27 mai 2019, le Dr B_____ a informé le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin conseil de la Vaudoise assurances, que la situation de l'assuré ne s'améliorait guère. Actuellement il était sous Temgesic 2 × 0,4 et 2 × 0,2 / 24 heures. Il avait malheureusement pris un peu de poids. Le deuxième essai de CPAP avait été plus favorable, en particulier avec les réglages nasaux. Il l'avait porté 6 à 8 heures par nuit sans amélioration sur sa concentration durant la journée. De ce fait, une reprise professionnelle paraissait difficile, bien que l'ancien employeur de l'assuré pourrait le reprendre s'il allait mieux.

i. Le 4 juillet 2019, le docteur E_____, spécialiste FMH en neurologie, a transmis au Dr B_____ le bilan neuropsychologique de l'assuré, effectué le 25 juin 2019, en raison de ses troubles de la concentration. Les résultats aux tests neuropsychologiques mettaient en évidence le fonctionnement normal de toutes les fonctions investiguées, y compris les différents types de mémoire, de même que l'attention sélective simple et l'attention concentrée. Ces résultats étaient donc rassurants. Les plaintes du patient et les questionnaires d'auto-observation aiguillaient vers des défaillances d'attention liées à un déficit de sommeil réparateur et des effets secondaires de l'antalgie majeure. Une réévaluation de l'antalgie était conseillée afin d'améliorer le sommeil et si possible à joindre des moyens qui avaient moins d'impact sur les fonctions cognitives. Du point de vue strictement neuropsychologique, le port du CPAP était recommandé, car le syndrome des apnées de sommeil ou les hypopnées était un facteur de risque de démence et

d'accident vasculaire cérébral. Le patient tentait aussi de perdre du poids, ce qui pourrait améliorer plusieurs problèmes de santé. Ses capacités intellectuelles étaient suffisantes pour une réinsertion professionnelle, mais elles présentaient des fluctuations en raison de troubles de l'attention et de la concentration liés à son déficit de sommeil réparateur et/ou à l'antalgie.

j. Le 7 octobre 2019, le docteur F_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a établi un rapport d'expertise de l'assuré pour la Vaudoise assurances. Ce rapport contient une courte anamnèse, les plaintes de l'assuré et les résultats d'un examen clinique. Le médecin a posé les diagnostics de syndrome radiculaire déficitaire S1 droit et L5 des deux côtés, syndrome de l'apnée du sommeil, appareillé, obésité morbide, HTA essentielle traitée et maladie goutteuse traitée. L'assuré présentait des troubles neurologiques liés à ses problèmes lombaires. Son état s'était péjoré depuis 2014. Il présentait également de grosses difficultés pour se mettre en route le matin avec une raideur lombaire qui pouvait durer plus d'une heure et de violents blocages lombaires à raison de cinq à sept épisodes par mois. Pour ces raisons, son travail comme maître d'atelier n'était plus possible de façon définitive.

k. Le 4 novembre 2019, le Dr B_____ a indiqué à l'OAI que l'assuré continuait à présenter des cervicalgies et des lombosciatalgies bilatérales prédominant à droite, qui s'étaient péjorées ces dernières semaines avec le changement de saison, ce qui avait nécessité une augmentation du traitement de Temgesic 4 × 0,4 mg par jour et des doses de Prednisone 20 mg, qui n'avaient que peu amélioré les symptômes. L'assuré continuait à présenter des difficultés de concentration, de la fatigue, et de la somnolence, qui nécessitaient une sieste en début d'après-midi. Les levers du matin étaient difficiles; il lui fallait pratiquement deux heures pour être opérationnel. Une reconversion professionnelle paraissait possible, en tout cas à 50%.

l. Le 10 février 2020, le service médical régional (ci-après le SMR) a estimé nécessaire de mettre en place un examen rhumatologique, car le Dr B_____ attestait une capacité de travail de 4 heures par jour sans que l'on comprenne ce qui serait de nature à justifier une incapacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'usage chez un assuré souffrant de rachialgies non déficitaires de longue date. Aucun problème psychiatrique et/ou de dépendance/abus n'était signalé par le Dr B_____.

m. L'OAI a confié une expertise à la doctoresse G_____, médecine physique et rééducation et rhumatologie FMH. Dans son rapport du 5 mai 2020, l'experte n'a pas retenu de diagnostic rhumatologique avec répercussion sur la capacité de travail et a retenu comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

- lombosciatalgies L5 et S1 sur troubles dégénératifs L4-L5 à prédominance droite et protrusion discale paramédiane droite L5-S1 (radiculopathie S1 droite mise en évidence par ENMG en septembre 2009), avec une hypoesthésie nette

du trajet terminal de L5 droite et d'une paresthésie des fléchisseurs plantaires (S1 à droite) ;

- status après opération d'hémi-laminectomie L4-L5 et microdiscectomie (8 mars 2010) ;
- troubles dégénératifs au niveau cervical C4-C5 et C5-C6 pincement intersomatique postérieur avec une discopathie dégénérative, ostéophytose marginale des plateaux et sclérose des articulaires postérieures (2009) ;
- remaniements dégénératifs disco-vertébraux pluri-étagés de C3-C4 à C6-C7, sans modification sur l'IRM du 15 octobre 2018, une arthrose facettaire débutante à tous les étages; en C5-C6, un discret rétrécissement du récessus latéral des deux côtés avec contact étroit avec la racine et C6, sans compression ; en C6-C7, une sténose foraminale bilatérale prédominant à droite sans contrainte radiculaire ; en C4-C5, un rétrécissement foraminale bilatéral sans conflit disco-radiculaire.

L'experte retenait comme autres diagnostics non rhumatologiques avec répercussion sur la capacité de travail : des difficultés de concentration, de la fatigue mentale et des troubles mnésiques sur prise d'opiacés avec probable décompensation vers un burnout.

L'experte a indiqué avoir eu un entretien téléphonique avec le Dr B_____, auquel elle avait indiqué que l'assuré avait trop peu de symptômes pour lui donner des anti-inflammatoires ou de la dexaméthasone en cure courte. L'assuré en aurait peut-être besoin lors du sevrage de la morphine. L'expert, le médecin traitant et l'assuré étaient d'accord de diminuer progressivement le traitement morphinique afin que les fonctions de mémoire et de concentration, de même que le sommeil se restaurent, puisque celui-ci était un frein manifeste à la reprise du travail, et non pas les douleurs physiques.

La capacité de travail de l'assuré était de 100% du point de vue rhumatologique. Il n'était pas exclu que celui-ci ait pu connaître depuis le début de l'année 2018 des incapacités de travail temporaires liées à des exacerbations des problématiques cervicales ou des membres inférieurs, mais, si ces pathologies existaient déjà depuis 2016, sans véritable modification, hormis une amélioration du point de vue de la problématique cervicale depuis une année, il n'y avait pas de raison de penser que les problématiques physiques soient en lien avec une incapacité de travail prolongée. Pour l'experte, il n'y avait pas de motifs à une incapacité de travail prolongée depuis janvier 2018. L'incapacité de travail était exclusivement liée aux troubles de concentration et de la mémorisation, ayant conduit à un probable burnout, qui avait empêché une efficacité permettant à l'assuré de remplir le cahier des charges de l'entreprise K_____.

La capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré était de 100%. La profession de coordinateur en insertion dans laquelle l'assuré était réadapté était complètement adaptée à la situation depuis 2016. L'assuré pouvait

donc travailler à 100% dans toute autre profession en respectant les mêmes limitations fonctionnelles, c'est-à-dire : éviter les positions statiques prolongées au-delà de 45 minutes pour la position assise et la position debout, pas de marche au-delà de 1,5 heures consécutivement, limitation de la montée et de la descente des escaliers à trois étages de manière répétitive, limitation des ports de charges à 10 kg, éviter la marche sur terrains accidentés ainsi que la mise à genoux et la descente accroupie, la position assise avec tête penchée en avant en porte-à-faux.

n. Le 16 juin 2020, le SMR a fait sienne les conclusions de l'experte et retenu que l'assuré avait été totalement incapable de travailler du 31 janvier au 4 mars 2018, à 50% du 5 mars 2018, à 100% du 9 mars au 26 mars 2018, 0% du 26 mars 2018, 50% du 4 juin 2018 au 15 juillet 2018, 50% du 19 juin au 18 juillet 2018, 100 % du 16 juillet 2018 au 3 octobre 2019, 50% du 3 octobre 2019 au 5 mai 2027, 0% dès le 6 mai 2020.

o. Par projet de décision du 19 août 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Après consultation de l'ensemble des éléments médicaux recueillis, il apparaissait qu'il ne pouvait pas retenir une atteinte à santé invalidante au sens de la loi. En effet, il n'y avait pas, depuis janvier 2018, de motifs à une incapacité de travail de longue durée et l'assuré était parfaitement apte à exercer son activité lucrative habituelle. Dès lors son invalidité devait être considérée comme nulle au sens de LAI.

p. Le 30 septembre 2020, l'assuré a formé opposition au projet de décision précité, faisant valoir que le Dr B_____ avait considéré qu'il ne pouvait plus travailler dans le poste qu'il occupait chez K_____ et l'avait mis en arrêt de travail de longue durée. Il avait fait plusieurs essais de reprise à plein temps et à temps partiel qui s'étaient soldés par des échecs. Il avait de grandes difficultés à se concentrer en continu et besoin de plusieurs plages de repos pendant la journée en plus de ses heures de sommeil régulières. Lorsqu'il devait lire et remplir des documents administratifs, il devait souvent s'y reprendre à plusieurs fois avant de comprendre ce qui était écrit et avait besoin régulièrement du soutien de sa femme pour y répondre. Le Dr B_____ avait testé plusieurs traitements médicamenteux pour améliorer la situation. Ils avaient constaté que s'il diminuait les médicaments, il ne pouvait plus bouger, les douleurs étant trop aiguës et il avait besoin dormir davantage pour récupérer. Quand il les augmentait, il perdait ses capacités de concentration et faisait face à des effets secondaires plus importants. La Dresse G_____ lui avait dit qu'il faisait un burnout lié à la prise de médicaments et lui avait conseillé un nouveau traitement qu'il avait suivi, avec le soutien du Dr B_____, sans changement notable dans son état de santé. Ne pouvant plus exercer son métier de conseiller en insertion, qui lui demandait beaucoup d'attention et de concentration, il souhaitait obtenir un rendez-vous avec un conseiller de l'OAI pour déterminer quel type de travail il pourrait effectuer et, si besoin, bénéficier de mesures de réinsertion. Cependant, ayant déjà bénéficié d'un reclassement, il ne voyait pas ce qu'il pourrait faire comme activité demandant peu

de concentration et une activité physique minime, tout en alternant les positions pendant la journée. Sa demande d'obtention d'une rente avait pour but la reprise de travail, mais dans un emploi adapté à sa problématique, ce qui n'était possible, selon lui, qu'en milieu professionnel protégé.

L'assuré a produit :

- un rapport établi le 21 septembre 2020 par le Dr B_____ qui indiquait que suite à la proposition de l'experte, l'assuré s'était soumis à un sevrage progressif durant tout l'été. Cette diminution avait apporté une légère amélioration de sa concentration selon les jours, mais pas de manière significative. Malheureusement, les lombosciatalgies handicapantes et invalidantes avaient repris et n'étaient améliorées que par la prise de Dexametazone. Aussitôt que l'assuré arrêtait ce traitement, les douleurs récidivaient. Les anti-inflammatoires comme le Tilur étaient sans effet. En raison d'une réaggravation des lombosciatalgies et des cervicalgies, l'assuré était en arrêt de travail à 100% dès janvier 2018. Pour une réinsertion professionnelle dans son poste actuel, une reconversion professionnelle paraissait possible, en tout cas à 50 % dans le cadre d'un poste adapté. L'assuré devait pouvoir bénéficier au moins d'une prise en charge par l'assurance-invalidité de 50%, vu ses multiples handicaps.

q. Par décision sur opposition du 7 octobre 2020, l'OAI a confirmé son projet de décision, considérant que les documents fournis par l'assuré dans le cadre de la procédure d'audition n'apportaient aucun élément nouveau susceptible de modifier son appréciation. La position de son médecin généraliste n'était qu'une appréciation différente d'une situation clinique similaire.

C. a. L'assuré a formé recours le 4 novembre 2020 contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité et à une détermination de son droit à des éventuelles mesures de réadaptation professionnelle avec suite de frais et dépens.

Le recourant a produit :

- un rapport établi le 21 décembre 2020 par le Dr B_____, qui indiquait que depuis septembre 2017, la situation de l'assuré s'était progressivement aggravée avec la récidive de douleurs lombaires et une augmentation des cervicalgies, qui avaient nécessité un premier arrêt de travail et une augmentation de son traitement de Temgesic. Depuis 2018, l'assuré avait présenté une aggravation de ses troubles du sommeil avec l'impression que son cœur était arythmique. Il avait présenté des troubles anxieux de type crises de panique, qui avaient nécessité la mise en place d'un traitement de Cipralex et Remeron, associés à du Temesta. Il avait eu un suivi psychiatrique avec le docteur H_____. Après une période de stabilisation, il avait pu reprendre son travail à 50%, mais cela n'avait pas duré, vu la récidive des douleurs. Les apnées du sommeil avaient conduit à la mise en place d'un CPAP, qui n'avait

pas apporté d'amélioration clinique. À l'époque, le traitement de l'assuré consistait en Temgesic 3 × 0,2 mg, Irfen 3 × 600, et Prednisone 20 mg en réserve. Ces dernières années, la situation ne s'était guère améliorée. La Dresse G_____ avait demandé de sevrer le patient du traitement morphinique, ce qu'il avait fait, mais avec une exacerbation après quelques semaines des douleurs qui avait nécessité la reprise de Temgesic. Par la suite, au vu de l'augmentation des douleurs cervicales et lombaires, des hanches et des genoux depuis octobre, l'assuré avait dû reprendre 40 mg de Prednisone jusqu'au 5 novembre et passer progressivement au Temgesic, tout d'abord à 0,5 puis entre 0,3 et 0,4 mg par jour. Il utilisait son CPAP, mais continuait à présenter une somnolence l'après-midi, qui nécessitait une sieste, et des troubles de la concentration.

- un rapport établi le 1er février 2021 par le docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a indiqué que les limitations fonctionnelles que présentait le recourant dans sa vie quotidienne étaient d'abord la présence quasi continue de douleurs multi-étagées au niveau du rachis chroniques (plus de 10 ans). Les douleurs nécessitaient un traitement antalgique puissant qui par son mode d'action (interaction avec des récepteurs aux opiacés) entraînait inévitablement comme effet secondaire une perturbation majeure des facultés d'attention et de concentration, des capacités de planification ainsi qu'une fatigabilité accrue. On relevait qu'une tentative de réduction de cette médication antalgique avait été tentée en été 2020 mais qu'elle s'était vite avérée un échec, car les douleurs avaient augmenté très vite à nouveau en intensité. Cette fatigabilité, avec pour corollaire la survenue fréquente d'une somnolence diurne excessive, était également à mettre sur le compte d'un syndrome d'apnées et d'hypopnées obstructives du sommeil. Plusieurs essais de reprise de travail avaient été tentés par le patient, qui était motivé, mais ils s'étaient soldés par des échecs. La capacité de travail en qualité de coordinateur en insertion professionnelle était désormais nulle. Une activité adaptée aux limitations fonctionnelles semblait possible, mais uniquement dans un contexte de travail protégé, le patient ne pouvant travailler que quelques heures par jour et selon des horaires flexibles, malgré une motivation tout à fait sincère de conserver une identité professionnelle. Il n'était pas possible de quantifier précisément cette capacité de travail, vu que dans un tel contexte, elle se définissait au cas par cas après un temps d'observation dans le milieu. Une activité compatible avec les exigences actuelles du marché de l'emploi, même dans le domaine considéré, paraissait impossible, vu la durée des pathologies décrites et l'âge actuel du patient.

b. Le 2 décembre 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours. Les éléments objectifs du dossier ne permettaient pas de retenir une incapacité de travail durable. L'experte avait retenu une capacité de travail de 100%. Les éléments apportés par le recourant ne permettaient pas de modifier l'appréciation de l'intimé.

c. Le 8 juillet 2021, le recourant, dorénavant assisté d'un conseil, a conclu à l'audition des Drs I_____, B_____, F_____, E_____ et G_____, à ce qu'une expertise judiciaire pluridisciplinaire soit ordonnée et à ce qu'il soit dit qu'il avait droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

d. Le 30 mars 2021, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

e. Le recourant a déclaré à la chambre de céans le 29 septembre 2021 : « Mon plus gros problème actuel, c'est la concentration, dans le cadre de ma reconversion professionnelle. Mon travail me plaît. Je souhaiterais reprendre mon activité si cela est possible, mais je ne pense pas que je pourrais le reprendre à 80%, car je me fatigue énormément. J'étais employé par K_____ et je ne le suis plus à l'heure actuelle. La Dresse G_____ avait suggéré un autre traitement, sans morphine. Nous l'avons mis en place avec le Dr B_____, mais cela n'a pas fonctionné. Si j'arrête la morphine, j'ai un problème de manque. À un certain moment, j'ai de telles douleurs que le traitement suggéré par la Dresse G_____ ne suffit pas. J'ai toujours continué à prendre un peu de morphine en raison du manque et finalement je n'ai pas réussi à m'en passer malgré le fait que j'ai tenté de me sevrer en suivant les recommandations de l'experte. Le Dr B_____ pense que cela serait une bonne chose que je me passe des morphiniques, mais encore faut-il que je puisse atténuer mes douleurs. Pour l'instant seule la morphine m'aide sur ce plan et mon médicament me convient bien, sous réserve du problème de concentration. Je souhaite pouvoir travailler à nouveau. Je pense pouvoir travailler dans une activité adaptée, à 50%. Je pourrais faire un travail qui ne demande pas trop de concentration, mais dans lequel je pourrais changer de positions avec un employeur compréhensif qui pourrait accepter que par moment je ne peux pas travailler. Par exemple, lundi et mardi derniers, je ne pouvais pas marcher. De temps en temps. j'ai des pics de douleurs à certains endroits qui m'empêchent de bouger. Dans ce cas mon médicament à la morphine ne suffit pas, disons que je n'ose pas en prendre de trop grosses doses. Je n'essaie plus de m'en passer. Nous n'avons plus parlé de cela avec le Dr B_____. Le manque de morphine me fait plus mal que mes douleurs. Le Dr B_____ pense qu'il n'y a peut-être pas de sens à arrêter ce médicament (pour un autre) qui ne serait peut-être pas mieux, un opiacé étant nécessaire. J'ai eu une consultation avec la clinique de la douleur. Nous n'avons pas parlé de cette problématique de sevrage. Il serait intéressant d'interpeler le Dr B_____ à ce sujet. Sans la morphine, je me sens mal. Je ressens de fortes douleurs liées au manque, plus fortes que celles liées à mon problème rhumatologique. Le traitement de substitution n'a pas fonctionné. Je pense que je ne pourrais pas travailler dans un emploi ayant des exigences de rendement. J'aimerais pouvoir bénéficier d'un emploi tenant compte de mes difficultés mais je ne peux en obtenir que si je touche une rente de l'assurance-invalidité. Je ne suis pas sûr de pouvoir travailler dans le cadre du marché ordinaire, mais il faudrait que j'essaie. Mon activité chez K_____ est un exemple d'employeur compréhensif, mais jusqu'à un certain point, puisqu'il m'a licencié. Mon échec professionnel a eu un effet sur mon état psychique.

Je n'ai actuellement plus de suivi sur le plan psychologique, mais je pense reprendre contact avec le Dr I_____. J'ai arrêté le suivi en mars 2021, d'un commun accord, car j'allais à ce moment-là relativement bien.

Je ne sais pas vraiment quelle activité je pourrais faire actuellement, mais une activité avec moins de concentration mais tenant compte du fait que je ne peux pas rester debout trop longtemps, ni assis. Dans mon dernier emploi pour K_____ en 2017, je devais rester assis trop longtemps pour des entretiens, ce qui m'a poussé à prendre plus de médicaments qui ont impacté ma concentration.

J'ai diminué par trois la quantité de morphine depuis que j'ai arrêté de travailler, mais je peux me passer maintenant du Prednisone, qui n'est pas un morphinique mais un anti-inflammatoire. J'ai moins de douleurs parce que je peux me déplacer et bouger quand je veux. Maintenant je suis mieux concentré. Si je devais reprendre un travail nécessitant plus de contraintes physiques (assis-debout plus longtemps), je devrais sans doute reprendre plus de médicaments, ce qui affecterait ma concentration. »

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. 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.

   Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82*a* LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

3. 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.

4. Le litige porte sur le droit du recourant à l'octroi d'une rente d'invalidité et à des mesures de réadaptation professionnelle.

5. 5.1. Le recourant s'est prévalu d'une violation du droit d'être entendu, au motif que le rapport d'expertise ne lui avait pas été transmis et que la décision querellée n'était pas assez motivée car elle ne mentionnait pas les parties du rapport

d’expertise qui fondaient son refus de prestation, ni le contenu des rapports de ses médecins traitants.

Selon l’intimé, la décision litigieuse expliquait que les éléments médicaux du dossier ne permettaient pas de retenir une atteinte invalidante au sens de la loi. Elle mentionnait que les éléments fournis dans le cadre de l’audition représentaient une appréciation différente d’une situation clinique similaire appréciée par l’expert. Le recourant avait déposé recours auprès de la chambre de céans, qui avait un plein pouvoir de cognition, de sorte que son droit d’être entendu était de toute manière respecté.

5.2. Tel que garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., le droit d'être entendu comprend, notamment, le droit pour l'intéressé de prendre connaissance du dossier (ATF 126 I 7 consid. 2b p. 10; arrêt du Tribunal fédéral 2C_782/2015 du 19 janvier 2016 consid. 2.1), de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique, de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins de s'exprimer sur son résultat, lorsque cela est de nature à influer sur la décision à rendre (ATF 135 II 286 consid. 5.1 p. 293; 132 II 485 consid. 3.2 p. 494; 127 I 54 consid. 2b p. 56).

Le droit d'être entendu implique également le devoir de motiver les décisions, afin que le justiciable puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et exercer son droit de recours à bon escient. Pour répondre à ces exigences, doivent être mentionnés, au moins brièvement, les motifs qui fondé la décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. La décision ne doit pas contenir une motivation sur tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige. Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2.1 p. 564; arrêt du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016).

Selon la jurisprudence, une violation du droit d'être entendu est considérée comme réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours pouvant contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée, à condition toutefois que l'atteinte aux droits procéduraux de la partie lésée ne soit pas particulièrement grave, de sorte qu'il n'en résulte aucun préjudice pour le justiciable (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2 p. 197; 133 I 201 consid. 2.2 p. 204).

5.3.1. En l’espèce, le projet de décision sur opposition du 19 août 2020, confirmé par la décision du 7 octobre 2020, indiquait que le recourant ne pouvait se prévaloir d’une incapacité de travail de longue durée et qu’il était parfaitement apte à exercer son activité lucrative habituelle. Cette motivation est certes brève, mais elle était

suffisante, conformément à la jurisprudence en la matière, pour permettre au recourant de comprendre dans les grandes lignes pour quelles raisons l'intimé lui niait son droit aux prestations de l'assurance-invalidité. L'intimé n'avait pas l'obligation de citer en détail les passages déterminants de l'expertise ni les rapports médicaux des médecins traitants du recourant.

5.3.2. L'intimé devait soumettre au recourant le rapport d'expertise avec un délai pour ses observations avant de rendre sa décision. Il apparaît que cela a été fait, puisque celui-ci a évoqué le rapport d'expertise de la Dresse G_____ dans son opposition au projet de décision. Il n'apparaît en conséquence pas que l'intimé ait omis de transmettre des pièces du dossier au recourant.

5.4. Le grief de la violation du droit d'être entendu sera en conséquence écarté.

6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

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

   Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

   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.

7. La jurisprudence a retenu dans des causes relevant de l'assurance-invalidité que tant que l'état de santé de l'assuré n'est pas stabilisé, l'examen porte sur la capacité de travail dans l'activité habituelle, et qu'il doit porter sur la capacité de travail exigible

dans une activité adaptée depuis sa stabilisation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_881/2010 du 23 août 2011 consid. 3.2; ATAS/56/2016 du 27 janvier 2016 consid. 10; cf. également ATAS/784/2016 du 29 septembre 2016 consid. 11).

8. 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).

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

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

10. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de

clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

11. 11.1. En l'espèce, le recourant a fait valoir qu'il fallait retenir du rapport d'expertise qu'à défaut de sevrage morphinique, de période d'observation conséquente et d'ajustement des antalgiques pour prévenir le retour des douleurs, la capacité de travail du recourant était nulle depuis le 31 janvier 2018.

Il a également contesté la décision au motif qu'elle reposait sur une expertise mono-disciplinaire qui n'était pertinente que sur le plan strictement rhumatologique L'experte avait reconnu qu'il était incapable de travailler pour d'autres facteurs, notamment pharmacologiques et psychiatriques.

Selon l'intimé, il convenait de suivre les conclusions de l'experte, qui retenait une capacité de travail de 100% dans la profession de coordinateur en insertion, dans laquelle l'assuré était réadapté ou dans toute autre profession respectant les mêmes limitations fonctionnelles.

11.2. La chambre de céans constate que si l'experte a retenu dans son rapport du 5 mai 2020, une capacité de travail de 100% du point de vue purement rhumatologique, elle semble avoir admis une incapacité de travail du recourant liée à ses troubles de la concentration et de la mémorisation ainsi qu'en raison d'un probable burnout qui l'avait empêché de remplir son cahier des charges. Cela ressort en particulier du fait qu'elle a indiqué qu'une fois le sevrage des morphiniques entrepris, il faudrait probablement six mois pour le terminer et que les difficultés psychiques avec la fatigue mentale s'atténuent et qu'une fois ceci effectué, l'assuré aurait plus de visibilité pour envoyer des lettres de motivation pour des candidatures dans le même domaine professionnel qu'il avait exercé.

Même si cette dernière conclusion n'est qu'indirectement en lien avec la rhumatologie, puisqu'il s'agit de l'effet des médicaments morphiniques sur la capacité de travail, l'experte apparaît compétente pour se prononcer à ce sujet, dès lors qu'il s'agit de médicaments utilisés couramment pour soulager les patients de douleurs liées à des atteintes rhumatologiques. Elle n'avait en revanche pas à tenir compte d'un éventuel burnout, qui n'entre pas dans son champ de compétence.

Dans ces circonstances, l'intimé ne pouvait retenir que le recourant était totalement capable de travailler depuis janvier 2018 dans son activité habituelle, qui requérait de la concentration. Il était prématuré de considérer que l'état de santé du recourant était stabilisé et d'évaluer son droit à la rente dans une activité adaptée avant de s'être assuré qu'il avait pu se sevrer des morphiniques et retrouver une capacité de concentration lui permettant de travailler. Or, il résulte des rapports médicaux du Dr B_____ des 21 septembre et 21 décembre 2010 que malgré la bonne volonté du recourant, celui-ci n'a pu être sevré.

Par ailleurs, l'intimé ne pouvait soutenir, le 30 mars 2021, qu'on ne pouvait retenir l'existence de troubles cognitifs, au motif que l'examen réalisé par le Dr E_____ en 2019 avait démontré un fonctionnement normal de toutes les fonctions investiguées, y compris différents types de mémoire et d'attention. En effet, l'intimé a ainsi omis de prendre en compte la suite du rapport du Dr J_____, qui précisait que les plaintes du recourant et les questionnaires d'auto-observation aiguillaient vers des défaillances d'attention liés à un déficit de sommeil réparateur et aux effets secondaires de l'antalgie majeure. Il retenait que les capacités intellectuelles, si elles étaient suffisantes pour une réinsertion professionnelle, présentaient des fluctuations en raison de troubles de l'attention et de la concentration liés à son déficit de sommeil réparateur et/ou à l'antalgie.

Ainsi, ce rapport confirme au contraire les constats de l'experte, à savoir que le lourd traitement médicamenteux du recourant impactait sa capacité de concentration et en conséquence sa capacité de travail.

La décision de l'intimé est ainsi fondée sur des conclusions erronées et sur une instruction insuffisante, de sorte qu'elle doit être annulée. La cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire, afin d'établir de manière plus précise la capacité de travail du recourant et son évolution pendant la période considérée, dans son activité devenue habituelle pour K_____, qui demandait des capacités de concentration, et dans une activité adaptée, une fois son état considéré comme stabilisé, en tenant compte des rapports du Dr B_____ des 21 septembre et 21 décembre 2010. L'expertise devra également porter sur la question de savoir si l'arrêt des morphiniques est exigible du recourant. Un complément d'expertise par la Dresse G_____ pourrait éventuellement suffire. Celle-ci pourra également préciser si elle est compétente pour se prononcer sur l'impact des morphiniques sur la capacité de travail ou si un spécialiste en pharmacologie, voire une autre spécialiste, serait plus à même de se prononcer à ce sujet.

11.3. Se pose encore la question de la nécessité d'une instruction complémentaire sur le plan psychiatrique requise par le recourant.

Il faut convenir avec l'intimé que le rapport du Dr I_____ du 1er février 2021 ne rend pas vraisemblable que le recourant a pu être impacté dans sa capacité de travail sur le plan psychiatrique, mais cette hypothèse a été soulevée par l'experte, qui a évoqué un burnout en lien avec les difficultés de concentration du recourant.

Le Dr F_____ a également estimé nécessaire pour évaluer la capacité de travail de celui-ci de demander un avis psychiatrique, dès lors qu'il se plaignait d'importantes difficultés de mémoire. Il fallait selon lui se fonder sur un examen neuropsychologique et examiner si le recourant souffrait d'un état dépressif.

De plus, dans son rapport du 21 décembre 2020, le Dr B_____ a indiqué que depuis 2018, l'assuré avait présenté des troubles anxieux de type crises de panique, qui avaient nécessité la mise en place d'un traitement de Cipralex et Remeron, associés à du Temesta ainsi qu'un suivi psychiatrique avec le Dr H_____.

En conclusion, il apparaît nécessaire de demander, dans un premier temps, un rapport au Dr H_____, puis éventuellement de faire procéder à une expertise psychiatrique indépendante pour déterminer si une atteinte psychique a pu impacter la capacité de travail du recourant dès janvier 2018 et cas échéant avec quelle évolution dans le temps. Cela étant, une telle expertise ne sera pas nécessaire, s'il est établi que la capacité de travail du recourant était de 0% jusqu'au moment de la décision querellée en raison des effets des morphiniques, étant relevé que l'état de santé du recourant sur le plan psychiatrique s'est manifestement amélioré, puisqu'il a déclaré à la chambre de céans avoir arrêté son suivi en mars 2021, car il allait alors relativement bien.

S'agissant de l'examen neuropsychologique, un tel examen a été effectué par le Dr J_____, dont les conclusions n'apparaissent pas sérieusement contestées. Un nouvel examen n'apparaît dès lors pas nécessaire, sous réserve de l'avis de l'expert psychiatre.

12. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision du 7 octobre 2020 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire. Un tel renvoi se justifie dès lors qu'il y a lieu de demander un complément d'expertise et d'instruire l'aspect psychiatrique, voire l'aspect pharmacologique, questions restées non instruites jusqu'ici.

13. La chambre de céans ne donnera pas suite aux demandes d'audition requises par le recourant, celles-ci n'apparaissant pas en mesure de pallier l'insuffisance de l'instruction.

14. Le recourant obtenant gain de cause et étant assisté d'un conseil, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

15. Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

***

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 7 octobre 2020 et renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants.
4. Alloue au recourant une indemnité pour ses dépens de CHF 2'500.- à la charge de l'intimé.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Isabelle CASTILLO	Catherine TAPPONNIER

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