

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3518/2024

ATAS/309/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 5 mai 2025

Chambre 6

En la cause

A _____

recourant

Représenté par Me Émilie CONTI MOREL, avocate

contre

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

intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, présidente.

EN FAIT

- A.** **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1975, de nationalité suisse, célibataire, est titulaire d'un CFC de peintre en automobile.
- b.** Il a travaillé comme militaire contractuel pour les forces terrestres du 1^{er} août 2005 au 31 janvier 2006, et pour les forces aériennes du 1^{er} août au 15 septembre 2006, puis comme polisseur du 4 décembre 2006 jusqu'au 9 mars 2007 et comme manutentionnaire du 1^{er} octobre au 2 décembre 2007, pour B_____ SA.
- B.** **a.** Le 9 juillet 2004, l'assuré, en soulevant de grandes barres en aluminium, a fait un faux mouvement et a ressenti un craquement et une douleur à l'épaule gauche (probable microdéchirure dans la région du long chef du biceps).
- b.** Le 10 janvier 2006, la docteure C_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a attesté de troubles du caractère probablement de type borderline. Le 14 mars 2007, elle a indiqué une consultation de l'assuré pour une décompensation anxio-dépressive réactionnelle à des problèmes de couple et signalé une forte crainte d'une évolution vers une décompensation psychique sévère.
- c.** Le 18 octobre 2007, l'assuré a chuté d'une échelle et une poutre métallique de 100 kg a pivoté et heurté son épaule gauche (suspicion d'une lésion SLAP [*Superior Labral Antero-Posterior Lesion*]).
- d.** Le 29 mars 2008, dans le cadre d'une présélection à un engagement de militaire sportif, l'assuré s'est blessé à l'épaule gauche (saut sur une barre avec les deux mains et chute sur l'épaule gauche).
- e.** Le 30 octobre 2008, l'assuré a subi une intervention (résection de la clavicule) pour un diagnostic d'arthrose acromio-claviculaire débutante post-traumatique.
- f.** La SUVA (assurance militaire) a pris le cas en charge jusqu'au 31 janvier 2009 (décision de la SUVA du 12 février 2009).
- g.** Le 19 juin 2009, l'assuré a formé une demande de prestations d'invalidité, auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) de Fribourg.
- h.** Par décision du 1^{er} avril 2009, confirmée sur opposition le 11 août 2009, la SUVA Fribourg a refusé la prise en charge des troubles de l'épaule gauche de l'assuré, en excluant leur causalité avec l'accident du 18 octobre 2007.
- i.** Le 30 octobre 2009, la Dre C_____ a relevé que du point de vue psychique l'assuré avait un fort caractère et menait une vie chaotique.
- j.** Un stage auprès de l'Organisation romande pour l'intégration et la formation (ci-après : ORIF) du 20 septembre au 17 décembre 2010 a été proposé à l'assuré, qui ne s'y est pas présenté.
- k.** Par décision du 30 juin 2011, l'OAI du canton de Vaud a rejeté la demande de rente et dit que le droit à des mesures d'ordre professionnel avait été reconnu.

- l.** Le 16 novembre 2011, l'assuré a déposé auprès de l'OAI du canton de Genève une nouvelle demande de prestations.
- m.** Dès le 15 janvier 2015, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assuré.
- n.** Par décision du 5 décembre 2011, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.
- o.** Le 21 novembre 2014, le Dr D_____ a pratiqué une intervention de stabilisation selon Latarjet en raison d'une instabilité gléno-humérale antéro-inférieure récurrente gauche.
- p.** Le 18 janvier 2016, l'assuré a été à nouveau opéré par le Dr D_____ (ténodèse du long chef du biceps et réparation de la coiffe des rotateurs antérieure).
- C.**
- a.** Le 26 janvier 2017, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité.
- b.** Le 26 septembre 2017, la docteure E_____, spécialiste FMH en médecine générale, a attesté d'une instabilité gléno-humérale droite et gauche depuis 2014 et d'une capacité de travail dans une activité sédentaire, sans mobilisation, sollicitation des membres supérieurs.
- c.** Le 30 août 2019, la Dre E_____ a attesté d'une capacité de travail nulle dans toute activité pour des raisons physiques et psychiques, soit une instabilité des épaules, des vomissements itératifs et un stress post-traumatique.
- d.** Le 5 décembre 2019, le Dr D_____ a attesté d'une capacité de travail de 100% dans l'activité habituelle et dans toute activité adaptée.
- e.** Le 30 décembre 2019, la Dre E_____ a attesté de nausées et vomissements, sans pouvoir se prononcer sur la capacité de travail.
- f.** Le 20 février 2020, le service médical régional (ci-après : SMR) a conclu à une capacité de travail totale de l'assuré dans une activité adaptée.
- g.** L'OAI a pris en charge une orientation professionnelle auprès de l'ORIF du 2 juin au 13 septembre 2020, laquelle a été interrompue le 12 juin 2020, sur la base d'un certificat médical, et reprise du 10 août au 18 octobre 2020.
- h.** Le 22 octobre 2020, l'ORIF a conclu à des pistes professionnelles d'instructeur ou d'agent de contrôle d'alarme, de commis administratif ou d'agent de stationnement.
- i.** Le 19 janvier 2021, l'assuré a chuté et s'est fracturé le 5^e métacarpien à droite, opéré le 17 janvier 2021 par le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main.
- j.** Par décision du 27 avril 2021, l'OAI a rejeté la demande de prestations, compte tenu d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

k. Suite au recours de l'assuré à l'encontre de la décision précitée, l'OAI a conclu au renvoi du dossier pour instruction complémentaire.

l. Le 13 juin 2022, la Dre E_____ a attesté d'une entorse simple de la cheville droite en janvier 2022, d'une instabilité gléno-humérale de l'épaule gauche, d'hyperalgie sur une épaule multi opérée et d'une fracture du 5^e métacarpien droit en janvier 2021 avec tendinopathie du carpe persistante.

m. Le 28 juillet 2022, le SMR a estimé qu'il n'y avait pas d'élément en faveur d'une aggravation de l'atteinte de l'épaule gauche mais une instruction complémentaire était nécessaire.

n. Le 25 octobre 2022, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a programmé une IRM à la recherche d'une lésion de la cheville et le 11 juillet 2023, il a attesté, après une arthroscopie de la cheville droite le 16 mai 2023, d'un conflit antéro-externe post entorse de la cheville droite le 15 janvier 2022, avec des limitations à la marche, à la station debout prolongée et des douleurs.

o. Le 28 novembre 2022, la Dre E_____ a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assuré, car il était en attente de consultations du chirurgien et de l'anesthésiste (pour la douleur).

p. Le 7 février 2023, l'assuré a subi un bloc nerf supra scapulaire. Le docteur H_____, spécialiste FMH en neurologie, a mentionné une hypoesthésie légère à modérée des 4^e et 5^e doigts droits, une neuropathie sensitivomotrice axonale myélinique du nerf ulnaire droit au coude d'intensité modérée et de neuropathie asymptomatique des nerfs médian au carpe et ulnaire au coude gauche.

q. Le 4 juillet 2023, le service de neurologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) a indiqué une possible maladie de Charcot-Marie-Tooth (CMT).

r. Du 15 août au 22 août 2023, l'assuré a séjourné au service de neuro-rééducation (rééducation à la marche, désensibilisation des pieds, bilan d'indépendance) des HUG pour un probable syndrome de Guillain-Barré à minima, avec évolution favorable. La lettre de sortie du 29 août 2023 mentionne une composante d'anxiété, voire de syndrome fonctionnel, et un suivi psychiatrique serait proposé et discuté.

s. À la demande de l'OAI, le bureau d'expertises médicales (ci-après : BEM ; docteurs I_____, spécialiste FMH en orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur, et J_____, spécialiste FMH en neurologie) a rendu le 15 avril 2024 une expertise neurologique et orthopédique, concluant à des diagnostics de limitation de la mobilité de l'épaule gauche, de limitation douloureuse de la déviation cubitale droite et de la flexion dorsale du poignet droit, d'instabilité externe persistante de la cheville droite, de neuropathie sensitive du nerf ulnaire

droit post-traumatique et de paresthésies douloureuses aux membres inférieurs en distalité, séquellaires d'un syndrome de Guillain-Barré, survenu en 2023.

La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis janvier 2012 et de 100%, avec une baisse de rendement de 30% depuis août 2023, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (activité sédentaire permettant les changements de position, pas de marche en terrain inégal [lésion de Chopart], pas de mouvement du membre supérieur gauche au-dessus de la ceinture des mamelons, pas de charge du membre supérieur gauche dépassant 3 kg, pas d'utilisation en adduction / abduction du poignet droit, pas de charge dépassant 3 kg, absence de tâches fines et de précision avec la main droite et absence d'activité en partie debout et marche prolongée).

Les experts ont relevé que l'aspect psychiatrique était peu instruit dans le dossier, l'assuré étant suivi sur le plan psychiatrique et traité par des antidépresseurs, somnifères, benzodiazépine et dont le parcours professionnel était relativement chaotique.

t. Le 23 avril 2024, le SMR a retenu une capacité de travail nulle dès le 29 mars 2008 dans l'activité habituelle de militaire contractuel (selon un avis du SMR du 8 octobre 2009) et, dans une activité adaptée, nulle dès le 26 janvier 2016, de 100% dès le 26 avril 2016, nulle dès le 15 janvier 2022 et de 100% avec une baisse de rendement de 30% dès le 22 août 2023. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : port de >3 kg avec chacun des membres supérieurs, mouvement du membre supérieur gauche au-dessus du plan des épaules prolongé / répété, activité en force et/ou répétée du poignet droit, tâche fine et/ou de précision avec la main droite, marche prolongée ou en terrain irrégulier, position debout et assise prolongée, possibilité d'alternance des positions (assise et debout), marche prolongée ou en terrain irrégulier.

u. Le 14 juin 2024, la division de la réadaptation de l'OAI a fixé le degré d'invalidité de l'assuré à 30% en 2023 (revenu d'invalidé selon l'ESS 2020, TA1, homme, total niveau 1, pour 41,7 heures de travail par semaine, à un taux de 70%, et un revenu sans invalidité de CHF 65'969.-) et 37% en 2024 (calcul similaire avec un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé) et par projet de décision du 1^{er} juillet 2024, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier 2023 au 30 novembre 2023.

v. Les 5 et 9 juillet 2024, l'assuré s'est opposé au projet de décision, s'estimant incapable de travailler et le 16 juillet 2024, l'assuré a indiqué par téléphone à l'OAI qu'il ne pouvait plus rien faire tant physiquement que psychologiquement.

w. Le 12 août 2024, le SMR, après avoir pris connaissance des rapports de consultations d'orthopédie des HUG des 3 juin et 20 juin 2024, a maintenu son avis du 23 avril 2024.

x. Le 28 août 2024, la docteure K_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a rendu un rapport. L'assuré l'avait consultée en psychiatrie en 2023 ; il présentait un

trouble dépressif dû à une autre affection médicale et une anxiété sociale ; la capacité de travail était nulle.

y. Le 17 septembre 2024, le SMR, après avoir pris connaissance du rapport de la Dre K_____, a estimé que l'état de santé ne s'était pas modifié depuis son avis du 23 avril 2024.

z. Par décision du 14 octobre 2024, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier au 30 novembre 2023. Conformément au principe de « la réadaptation prime la rente », le droit à la rente ne pouvait naître avant la mesure d'orientation professionnelle (qui s'était déroulée du 3 juin au 18 octobre 2020). Dès le 15 janvier 2022, un nouveau délai d'attente débutait.

D. a. Le 23 octobre 2024, l'assuré a recouru auprès de la chambre des assurances sociale de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée, en faisant valoir qu'il était atteint dans sa santé.

Il a ensuite produit :

- Une attestation de la Dre E_____ du 18 novembre 2024, selon laquelle il était en incapacité de travail pour un syndrome de Guillain-Barré, pour lequel il était traité au service de médecine de la douleur aux HUG.
- Des rapports de la consultation d'antalgie ambulatoire des 3 juin, 22 août, 8 novembre et 11 novembre 2024, attestant de douleurs chroniques et d'un probable syndrome de Guillain-Barré.

b. Le 18 novembre 2024, la Dre K_____ a rendu un rapport. L'assuré était suivi depuis février 2023 par Madame L_____, psychologue, et par elle-même. L'assuré avait depuis son jeune âge subi des violences physiques et psychologiques de la part de sa mère, souvent alcoolisée. Il présentait des difficultés à apprendre ou à utiliser ses compétences scolaires, à écrire et à lire, ainsi que des idées suicidaires depuis la dernière décision de l'OAI ; une hospitalisation en milieu psychiatrique était envisagée. Les diagnostics étaient ceux de trouble dépressif dû à une autre affection médiale, épisode actuel grave, anxiété sociale, trouble spécifique de l'apprentissage avec déficit de la lecture et de l'expression écrite, d'intensité moyenne. L'assuré n'était pas apte à retravailler.

c. Le 28 novembre 2024, le SMR, après avoir pris en compte les rapports précités, a confirmé son avis du 23 avril 2024.

d. Le 3 décembre 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours.

e. Le 4 décembre 2024, la Dre E_____ a attesté de plusieurs limitations physiques incapacitantes.

f. Le 9 décembre 2024, l'assuré a relevé que ses différentes atteintes à la santé n'avaient pas été dûment prises en compte par l'intimé.

g. Le 30 janvier 2025, l'assuré, représenté par une avocate, a répliqué, en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité au-delà du 30 novembre 2023.

Il avait été suivi par la Dre C_____ en 2006 et celle-ci avait relevé un risque de décompensation psychique sévère. L'intimé n'avait, à tort, pas instruit l'aspect psychique. Par ailleurs, la capacité de travail somatique retenue par les experts n'était pas cohérente, dès lors qu'il présentait une capacité de travail orthopédique de 80% et une diminution de rendement neurologique de 30%. Sa capacité de travail était bien inférieure à 70%. Enfin, un abattement sur le revenu d'invalidé devait être appliqué également en 2023. Cela dit, un abattement maximal de 25% était justifié, compte tenu de ses troubles de l'apprentissage et de ses limitations fonctionnelles, de sorte que le degré d'invalidité était, à tout le moins, de 48%.

h. Le 10 mars 2025, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

Le recourant a communiqué les pièces suivantes :

- Un rapport du 6 mars 2025 du service de médecine de premier recours des HUG, attestant d'une évaluation aux urgences de l'assuré le 21 février 2025.
- Un rapport d'examen électroneuromyographique du 21 février 2025 aux HUG, concluant à une situation superposable à celle du 3 novembre 2023, avec une persistance des plaintes sensitives et des douleurs neuropathiques (syndrome de Guillain-Barré) et une meralgie paresthésique, justifiant une éventuelle infiltration.

i. Le 17 mars 2025, le SMR a rendu un avis selon lequel, du point de vue somatique, la situation restait inchangée, l'apparition de fourmillements / diminution de la sensibilité sur la face antéro-externe de la cuisse ne constituant pas une atteinte incapacitante. Du point de vue psychiatrique, la Dre K_____, dans son rapport du 28 août 2024, ne quantifiait pas la sévérité du trouble dépressif, n'indiquait pas les détails de son suivi, les médicaments psychotropes étaient inchangés et la spécialiste invoquait des limitations physiques ; dans son rapport du 18 novembre 2024, elle indiquait un *status* identique et des limitations physiques invoquées de la même façon ; malgré l'aggravation rapportée, le traitement était identique et les consultations seulement une fois chaque trois semaines. L'assuré ne bénéficiait pas d'un traitement psychotrope bien dosé ni d'un suivi médical serré, ce qui était la norme en présence d'un épisode dépressif en aggravation. En conséquence, le SMR a maintenu ses précédentes conclusions.

j. Le 27 mars 2025, l'OAI a précisé que l'absence d'abattement sur le revenu d'invalidé, avant l'année 2024, n'était pas critiquable et que, selon l'avis du SMR du 17 mars 2025, les rapports de la psychiatre traitante ne parlaient pas en faveur d'un trouble psychiatrique incapacitant, de sorte qu'une expertise psychiatrique ne se justifiait pas.

k. Le 8 avril 2025, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une mission d'expertise judiciaire à la docteure M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et leur a communiqué les questions qu'elle soumettrait à l'expert.

l. Le 10 avril 2025, l'OAI s'est rallié à un avis du SMR du même jour, selon lequel un bilan neuropsychologique paraissait déterminant.

m. Le 11 avril 2025, le recourant a contesté l'absence d'abattement pour l'année 2023 et a indiqué qu'il acceptait l'experte désignée et la mission d'expertise.

n. Le 15 avril 2025, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier la réalisation du bilan neuropsychologique à N_____, MAS en neuropsychologie clinique.

o. Les 17 et 24 avril 2025, les parties ont indiqué qu'elles n'avaient pas de motif de récusation à l'encontre de la neuropsychologue.

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 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

2.

2.1 Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, étant relevé que le recourant a bénéficié d'une rente entière d'invalidité, limitée dans le temps, soit du 1^{er} janvier au 30 novembre 2023.

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

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (*cf.* ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

En l'occurrence, la décision querellée a certes été rendue postérieurement au 1^{er} janvier 2022. Toutefois, la demande de prestations ayant été déposée en janvier 2017 et le délai d'attente d'une année venant à échéance, selon l'incapacité de travail alléguée, en août 2020, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait antérieurement au 1^{er} janvier 2022 (*cf.* art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions applicables seront citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

3.

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

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

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

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

3.3 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.

3.4

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

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

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

3.4.3 Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des

contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

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

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4)

3.4.5 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).

3.4.6 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (*cf.* ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

3.4.7 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

3.5 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de

vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

3.6 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

4. En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur l'expertise bidisciplinaire du BEM du 15 avril 2024 et l'avis du SMR du 23 avril 2024 pour retenir une capacité de travail du recourant nulle dans l'activité habituelle depuis le 29 mars 2008 et une capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de 100% dès le 26 avril 2016, nulle dès le 15 janvier 2022 et de 100%, avec une baisse de rendement de 30%, dès le 12 août 2023.

Le recourant conteste la valeur probante de l'expertise du BEM, tant du point de vue somatique que psychiatrique.

4.1 S'agissant de l'aspect psychiatrique, l'intimé ne l'a pas investigué du tout et s'est rallié aux avis du SMR des 17 septembre 2024 et 17 mars 2025, selon lesquels la Dre K_____ ne relevait pas de modification objective notable et durable de l'état de santé du recourant.

Or, le rapport de la Dre K_____ du 18 novembre 2024 fait état d'affections psychiques importantes, soit en particulier un trouble dépressif, épisode actuel

grave, avec idées suicidaires et une capacité de travail nulle. En outre, l'évaluation consensuelle des experts du BEM relève que l'aspect psychiatrique est peu instruit chez le recourant, qui est suivi sur le plan psychiatrique, qui est traité par antidépresseur, somnifère, benzodiazépine, et dont le parcours professionnel est relativement chaotique (expertise du BEM, p 10).

Cette remarque suggère qu'une instruction psychiatrique paraît opportune, voire nécessaire.

Dans ces conditions, c'est à tort que l'intimé a renoncé à instruire l'aspect psychiatrique et il sera en conséquence ordonné une expertise judiciaire psychiatrique, laquelle sera confiée à la docteure M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Comme sollicité par l'intimé, un volet neuropsychologique, confié à N_____, MAS en neuropsychologie clinique, est ajouté à la mission d'expertise.

4.2 En l'état, l'aspect somatique est réservé.

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

Statuant préparatoirement

I. Ordonne une expertise psychiatrique d'A_____.

Commet à ces fins le docteur M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Genève. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

- A. Prendre connaissance du dossier de la cause et de l'examen neuropsychologique de N_____, MAS en neuropsychologie clinique.
- B. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, en particulier les docteurs K_____ et E_____, ainsi que la psychologue L_____.
- C. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres examens.
- D. Charge l'expert 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 clinique 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 pathogénèse).

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 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).

- 4.5 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) ?
- 4.6 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 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative (adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques) ?

9.1.1 Si non, ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles psychiques qui entrent en ligne de compte ?

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

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

9.2 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis avril 2016 (date à laquelle le recourant est reconnu par le SMR, dans son avis du 23 avril 2024, comme étant capable de travailler dans une activité adaptée à un taux de 100%) ?

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

9.4 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 les avis de la Dre K_____ des 28 août et 18 novembre 2024 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail nulle ? Si non, pourquoi ?

11.2 Êtes-vous d'accord avec les avis du SMR des 17 septembre 2024 et 17 mars 2025 ? 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.

II. A. Ordonne un examen neuropsychologique de la personne expertisée.

B. Commet à cette fin N_____, MAS en neuropsychologie clinique.

C. Invite N_____ à communiquer, **dans les meilleurs délais**, son rapport à la chambre de céans et à la Dre M_____.

III. Invite l'experte à déposer, **dans les meilleurs délais**, son rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans.

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

La greffière

La présidente

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le