RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4064/2019 **ATAS/430/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 6 mai 2021

6ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à LE GRAND-SACONNEX, recourant
représenté par CARITAS, Monsieur B_____

contre

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

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; , Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1970, d'origine portugaise, marié et père de trois enfants, est arrivé en Suisse en 1976. Après le cycle d'orientation, il a commencé un apprentissage de monteur-électricien pendant quatre ans, sans obtenir le certificat fédéral de capacité (CFC), l'apprentissage ayant été interrompu par un accident de l'épaule. Il a ensuite travaillé comme aide monteur-électricien, au service informatique du département de l'action sociale et de la santé, puis comme aide horloger. En 1999 il a obtenu un certificat d'administrateur réseau système. Après des placements par l'assurance-chômage et une période de chômage, il a travaillé dans la restauration, en dernier lieu pour C_____ SA en tant que manager. Ce contrat a été résilié pour le 30 avril 2012.

2. Le 21 octobre 2011, l'assuré a subi un accident provoquant une déchirure du ligament scapho-lunaire du poignet droit qui a fait l'objet d'une reconstruction chirurgicale le 21 février 2012.

3. Selon le certificat médical du 24 juillet 2012 du docteur D_____, chirurgien de la main, du Centre de chirurgie et thérapie de la main, l'évolution après la reconstruction chirurgicale était favorable. Une reconversion professionnelle évitant les charges lourdes et la restauration rapide permettrait de le réinsérer plus rapidement dans le circuit du travail.

4. Dès le 17 juin 2012, le Dr D_____ a attesté une pleine capacité de travail.

5. Le 19 août 2013, le docteur E_____, FMH psychiatrie et psychothérapie a indiqué que l'assuré souffrait d'un état dépressif récurrent associé à des attaques de panique et à une agoraphobie d'apparition récente, ainsi que d'un trouble du sommeil. Les symptômes étiaent consécutifs à un licenciement mal vécu en mai 2012 et à un stress dans le contexte familial. Il souffrait par ailleurs d'une succession de problèmes somatiques, à savoir déchirure du ligament scapho-lunaire, opéré en mars 2012, un abcès sacro-coccygien, opéré en avril 2012, et dernièrement de lombosciatalgies traitées conservativement et nécessitant d'importantes doses antalgiques.

6. Selon le rapport du 9 septembre 2013 des docteurs F_____ et G_____ du service des spécialités psychiatriques des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG), programme des troubles de l'humeur, l'assuré présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique.

7. Par demande déposée en novembre 2013, l'assuré a requis des prestations de l'assurance-invalidité.

8. Dans son rapport reçu le 19 décembre 2013 à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI), le docteur H_____, généraliste, a posé le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de dépression réactionnelle. Le diagnostic de lombosciatique, ayant nécessité d'infiltrations, était sans répercussion sur la capacité de travail. Celle-ci était nulle depuis qu'il suivait le

patient, à savoir le 26 mars 2013. Le port de charges lourdes avec le poignet droit était déconseillé. On pouvait s'attendre à la reprise d'une activité professionnelle, selon le type de travail. Il convenait toutefois d'envisager une réinsertion ou reconversion professionnelle.

9. Dans son rapport du 17 janvier 2014, le Dr E_____ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, d'agoraphobie avec trouble panique et d'insomnie non organique. La capacité de travail était nulle depuis le 1er juillet 2013.

10. Les 6 mai et 20 juin 2014, l'assuré a fait l'objet de deux infiltrations épidurales L4-L5 droite et périradiculaire L4 droite en raison d'une lombosciatique droite qui avait déjà été infiltrée avec succès en août 2013.

11. Selon le rapport du 8 juillet 2014 du Dr H_____, l'état de santé de l'assuré s'était aggravé, l'assuré ayant subi un nouvel épisode lombosciatique le 6 mai 2014 qui avait nécessité deux infiltrations. Depuis le 20 juin 2014, l'état était de nouveau stabilisé. Une faiblesse du poignet droit persistait. Sa capacité de travail était nulle en tant que manager dans la restauration rapide, mais de 100 % dans une activité adaptée, tel qu'un travail de bureau ou tout autre emploi ne nécessitant pas de porter des charges lourdes.

12. Selon le rapport du 21 juillet 2014 du Dr E_____, l'assuré souffrait toujours d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique. L'agoraphobie avec trouble panique était en nette régression et n'avait plus d'effet sur la capacité de travail. Il en était de même pour l'insomnie non organique. L'évolution était ainsi favorable d'un point de vue psychologique. La capacité de travail était nulle dans l'ancienne profession, mais de 100 % dans une activité adaptée. Une reconversion était souhaitée, avec reprise progressive.

13. Selon le rapport du 19 décembre 2014 du docteur I_____, l'assuré souffrait d'une névralgie cervico-brachiale gauche de type C7 sur hernie discale C6-C7 gauche. Dès lors que l'évolution était plutôt favorable après quelques semaines de traitement conservateur, le Dr I_____ avait encouragé le patient à poursuivre par cette voie. La symptomatologie des tunnels carpiens semblait davantage en relation avec la protrusion C5-C6 bilatérale, laquelle pourrait éventuellement être une indication pour une décompression chirurgicale.

14. Dans son rapport du 22 janvier 2015, le docteur J_____ du service médical régional pour la Suisse romande de l'assurance-invalidité (SMR) a constaté que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle, mais de 100 % dans une activité adaptée. Quant aux limitations fonctionnelles, il a retenu le port de charges lourdes. Dès le 17 janvier 2014, des mesures de réadaptation étaient possibles.

15. Le 1er juin 2015, l'OAI a calculé la perte de gain dans une activité adaptée et a conclu que celle-ci était nulle.

16. Le 12 juin 2015, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il avait l'intention de lui refuser les mesures professionnelles et une rente d'invalidité. Il a retenu que, selon le SMR, sa capacité de travail était de 100 % à compter du 17 janvier 2014.

17. Dans son certificat du 29 juin 2015, le Dr H_____ s'est étonné du refus des mesures de reconversion professionnelle, dès lors que son patient continuait à souffrir des lombaires, ainsi que d'une névralgie cervico-brachiale gauche souvent invalidante. Son état de santé était incompatible avec sa profession antérieure dans la restauration.

18. Dans son certificat médical du 30 juin 2015, le Dr D. E_____ s'en est également étonné. Ce refus avait pour effet d'amplifier la détresse de l'assuré qui se sentait incompris et non soutenu dans son attente d'être aidé pour une reconversion.

19. Par courrier du 9 juillet 2015, l'assuré a contesté le projet de décision de l'OAI et lui a reproché de ne pas avoir pris en considération la névralgie cervico-brachiale/hernie discale associée à une uncarthrose avec rétrécissement du canal radiculaire, ni le fait qu'il devait subir des infiltrations de la racine et de l'espace épidural régulièrement.

20. Dans son avis médical du 17 septembre 2015, le Dr J_____ du SMR a maintenu ses conclusions.

21. Par décision du 2 octobre 2015, l'OAI a confirmé son projet de décision précité.

22. Par acte du 5 novembre 2015, l'assuré a recouru contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en concluant à son annulation, à l'octroi de mesures professionnelles et à un nouveau calcul de sa perte de gain.

23. Dans sa réponse du 24 novembre 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours en rappelant que les médecins traitants avaient considéré eux-mêmes que le recourant disposait d'une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée. Par ailleurs, les limitations fonctionnelles du recourant constituaient des mesures classiques d'épargne qui permettaient un nombre significatif d'activités adaptées sur le marché du travail.

24. A la demande de la chambre de céans, le Dr H_____ a précisé le 19 février 2016 les limitations du recourant sur le plan physique, soit anté-flexion du tronc, diminution de la force d'extension des deux avant-bras, rotation de la tête au-delà 45 degrés des deux côtés, diminution de l'extension de l'avant-bras droit. Ce praticien a également fait état des plaintes du recourant et a recommandé de compléter son rapport par une expertise confiée à un spécialiste en chirurgie orthopédique.

25. Dans son avis médical du 2 mars 2016, le docteur K_____ du SMR a noté en particulier que le Dr H_____ avait retenu des limitations d'épargne du dos et une diminution de force dans les deux bras, mais non pas de limitations au niveau du

poignet droit ni du côté droit. Il y avait ainsi lieu de maintenir les conclusions précédentes.

26. Dans ses écritures du 7 mars 2016, l'intimé a relevé que les douleurs rapportées n'avaient que peu de substrat organique, selon le Dr H_____, de sorte qu'elles ne pouvaient être retenues.

27. Entendu le 24 mars 2016 par la chambre de céans, le recourant a déclaré qu'il ne voyait pas quelle activité il pourrait actuellement exercer, étant limité aussi bien au niveau physique qu'au niveau psychique. Il était totalement incapable de travailler.

    Quant à l'intimé, il a refusé d'entrer en matière sur l'octroi d'éventuelles mesures professionnelles, dès lors que l'aggravation était postérieure à la décision querellée et que le recourant se disait actuellement totalement incapable de travailler.

28. Par ordonnance du 28 avril 2016, la chambre de céans a ordonné une expertise psychiatrique judiciaire et l'a confiée au docteur L_____, psychiatre et psychothérapeute FMH.

29. Sur la base de trois entretiens avec le recourant, d'entretiens téléphoniques avec les Dr E_____ et H_____, ainsi que d'une analyse de laboratoire, outre l'étude du dossier, l'expert a conclu, dans son rapport du 26 septembre 2016, que le recourant présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen en rémission partielle (actuellement dépression légère), d'agoraphobie avec trouble panique, une probable dépendance à diverses substances (benzodiazépines, tabac, Tramadol) et une accentuation de certains traits de la personnalité (traits dépendants). Ces atteintes n'engendraient en principe pas de limitations fonctionnelles durablement incapacitantes, de sorte que la capacité de travail du recourant était théoriquement entière sur le plan psychiatrique dans une activité adaptée à ses limitations physiques. En effet, la diminution de l'énergie et de la motivation due au trouble dépressif devraient être surmontable. L'exercice d'une activité aurait en outre un effet favorable sur la dépression. Quant au trouble panique avec agoraphobie, il se situait actuellement à un niveau léger, le recourant n'évitant pas les stimuli anxiogènes, mais s'y confrontant délibérément. Les traits de la personnalité n'atteignaient pas le degré d'un véritable trouble de la personnalité. Un des aspects de la personnalité était une faible conscience de sa propre responsabilité, celle-ci étant projetée à l'extérieur (les autres, l'assurance-invalidité, la malchance, les problèmes de santé). Dans la mesure où le retrait prolongé de la vie active (cinq ans) avait entraîné un déconditionnement physique et mental sévère, la reprise de travail devait être très progressive, échelonnée sur une durée d'au moins douze mois pour atteindre une capacité entière. Quant à la compliance, elle était bonne et le traitement médical optimal. A la question de savoir si des mesures de réadaptation étaient une condition *sine qua non* pour la mise en valeur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, l'expert a répondu que le recourant ne présentait pas de pathologie psychiatrique lourde susceptible de l'empêcher de chercher, de trouver et d'exercer un emploi adapté, étant précisé qu'il avait changé

plusieurs fois d'orientation professionnelle dans le passé de son propre chef. Un appui médicamenteux et surtout psychothérapeutique fourni par le psychiatre traitant pouvait l'aider dans ce processus. Concernant la question de l'indication de mesures professionnelles, l'expert a considéré que cela ne relevait pas de sa compétence. Quant à l'évolution de la capacité de travail, celle-ci était nulle dès le 1er août 2013, selon certificat du Dr D. E_____. Par la suite, l'état psychique avait probablement évolué avec des fluctuations. Le 21 juillet 2014, le Dr E_____ avait estimé qu'une reprise était possible respectivement une réadaptation dans une activité physiquement adaptée. En juin 2015, le psychiatre traitant souhaitait toujours une reprise d'activité en vue d'une réadaptation. Toutefois, il était aujourd'hui sceptique quant à une reprise d'activité, trouvant le recourant plus fragile qu'en 2014-2015. Néanmoins, l'expert ne constatait pas d'aggravation. A défaut de pouvoir établir fermement le début de l'état actuel, l'expert a proposé de retenir une incapacité de travail total dès le 1er août 2013 au jour de l'expertise et a proposé pour la suite une reprise progressive de l'activité jusqu'au taux de 100% dans un délai de l'ordre de douze mois.

30. Dans son avis médical du 10 octobre 2016, le Dr K_____ a estimé que l'expertise judiciaire était convaincante sauf en ce qui concernait ses conclusions quant à la date d'une reprise de travail. En effet, l'expert avait expliqué très clairement qu'il ne disposait d'aucune information permettant de s'écarter des conclusions du psychiatre traitant, de sorte qu'il y avait lieu de considérer que la reprise de travail était bien le 17 janvier 2014.

31. Le 10 octobre 2016, l'intimé a persisté dans ses conclusions, sur la base de l'avis du SMR précité. Pour le surplus, l'intimé a relevé qu'un déconditionnement physique et mental sévère n'était pas un diagnostic psychiatrique, de sorte qu'il ne pouvait justifier la nécessité d'une reprise progressive.

32. Le 20 octobre 2016, le recourant a également persisté dans ses conclusions, en déclarant son désaccord avec celles de l'expertise judiciaire, certains de ses propos ayant été mal interprétés ou déformés.

33. L'assurée a fait l'objet d'infiltrations (massifs articulaires postérieurs L4-L5 gauche et droit ou inter apophysaire postérieure L4-L5) les 11 octobre 2016, 21 février 2017, 25 juillet 2017, 20 décembre 2017 et 15 mars 2018.

34. A l'appui de ses dires, le recourant a produit les rapports relatifs à des infiltrations interapophysaires postérieures L4-L5 bilatérales pratiquées le 22 mars et le 11 octobre 2016. Dans le premier rapport sont mentionnées, à titre d'indication, des lombalgies basses irradiant dans les deux membres inférieurs. Deux infiltrations avaient été réalisées le 18 février et le 1er septembre 2015 avec succès. Il y est également indiqué qu'une arthrose interapophysaire avérée en L4-L5 bilatérale a été mise en évidence, mais non pas de discopathie, de hernie ou de protrusion discale à ce niveau. En L5-S1, on est en présence d'une discopathie, avec diminution de la hauteur de l'espace intersomatique et phénomène du vide. Il y a

aussi une hernie discale circonférentielle, venant au contact du versant antérieur du fourreau dural et de l'origine des racines S1 droite et gauche, sans contrainte nette sur ces dernières.

35. Par arrêt du 29 novembre 2016 (ATAS/970/2016), la chambre de céans a admis partiellement le recours et octroyé au recourant une rente d'invalidité de mai à octobre 2014 et une mesure d'orientation professionnelle. Le recourant disposait, sur le plan physique, d'une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Les nouveaux documents médicaux produits ne permettaient pas de considérer que la capacité de travail était diminuée, à la date de la décision querellée, sur le plan somatique dans une activité adaptée (rapport d'infiltration et d'IRM du 22 mars 2016). L'expertise judiciaire psychiatrique était probante et la capacité de travail du recourant était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles sur le plan somatique, en l'absence d'éléments nouveaux que l'expert aurait ignorés. La capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée ne pouvait être admise qu'à partir du rapport du 21 juillet 2014 du Dr. E_____ et non pas dès le 17 janvier 2014, comme l'intimé l'avait retenu. Par conséquent, dans la mesure où le recourant avait recouvré une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée dès mi-juillet 2014, l'amélioration devait être prise en compte dès novembre 2014 et le droit à une rente d'invalidité entière était dû de mai à octobre 2014. Il n'y avait pas lieu de poser l'exigence d'un degré d'invalidité minimal pour le droit à une orientation professionnelle et le recourant avait droit à une telle mesure.

36. La réadaptation professionnelle de l'OAI s'est entretenue avec l'assuré le 6 septembre 2017 et a prévu d'organiser un stage d'orientation de type OSER.

37. Un rapport de visite préliminaire du 10 octobre 2017 des Etablissements publics pour l'intégration (EPI), mentionne que l'assuré se dit prêt pour participer à une mesure d'orientation professionnelle prévue le 6 novembre 2017.

38. Par communication du 19 octobre 2017, l'OAI a pris en charge une orientation professionnelle aux EPI du 6 novembre 2017 au 11 février 2018.

39. Le 30 octobre 2017, la division de la réadaptation professionnelle a rendu un rapport mentionnant que l'assuré suite à un entretien et à la visite des EPI avait accepté de suivre une orientation professionnelle aux EPI.

40. Le 21 décembre 2017, l'OAI a établi un bilan intermédiaire d'orientation aux EPI avec l'assuré et un représentant des EPI. Deux orientations étaient retenues : ouvrier avec une limite du port de charge et ouvrier administratif (dans le domaine du scannage). Dès le 2 janvier 2018, il était affecté au conditionnement de stylos.

41. Dès le 9 janvier 2018, le docteur H_____, FMH médecin praticien, a mis l'assuré à l'arrêt de travail à 50 %, en raison de douleurs invoquées par l'assuré.

42. Les 8 et 25 janvier 2018, l'assuré a informé l'OAI (selon une note de travail de la réadaptation professionnelle) que l'activité dans le conditionnement de stylos n'était pas adaptée.

43. Par communication du 9 février 2018, l'OAI a pris en charge une orientation professionnelle auprès des EPI du 12 février au 13 mai 2018.

44. Le 23 février 2018, une note de la réadaptation professionnelle de l'OAI mentionne que le bilan du stage (effectué par l'assuré à 50 %) est positif. L'assuré envisageait de se faire opérer du dos.

45. Un rapport des EPI du 14 mai 2018 conclut, suite au stage intramuros du 6 novembre au 23 décembre 2017 et extramuros du 27 décembre 2017 au 11 mai 2018, à deux activités possible à un taux de 50 %, soit assistant scanning et opérateur dans l'industrie légère. Il est retenu que l'assuré a une capacité de travail comme opérateur dans l'industrie légère dans le secteur de la production légère ou comme assistant scanning qui n'excédait pas 50 % (arrêt à 50 % depuis le 9 janvier 2018, du Dr H_____) avec des rendements qui devraient s'approcher de la norme, pour autant que l'activité ne sollicite pas trop son dos, ses cervicales et son poignet droit (examens médicaux prévu pour clarifier la situation et peut-être que l'assuré devra se faire opérer du dos). L'assuré présentait des signes d'inconfort dès la fin de la matinée.

46. Le 23 mai 2018, le Dr E_____ a indiqué que l'annonce brutale de la fin de son stage le 7 mai 2018 avait été un coup dur pour l'assuré, qui portait atteinte à sa bonne évolution psychologique des dernier mois.

47. Le 25 mai 2018, le Dr H_____ a indiqué que l'assuré était en attente d'une intervention chirurgicale (hernie discale lombaire L4-L5) ; il souffrait aussi de névralgies cervico-brachiales droites et gauches ; la capacité de travail était de 50 %.

48. Une IRM lombo-sacrée du 23 mai 2018 a conclu à une discopathie L5-S1 avec hernie discale médiane et discrètement paramédiane droite au contact de la racine S1 droite. A noter une discopathie en L4-L5 latérale droite avec petite fissure focale de l'annulus mais sans signe de conflit. Angiome vertébral central en L5.

49. Le 16 juillet 2018, l'assuré a subi une intervention chirurgicale pour insuffisance discale L5-S1 par le docteur I_____, FMH neurochirurgie.

50. Le 27 juillet 2018, le Dr M_____, du SMR a rendu un avis médical selon lequel le Dr D. E_____ attestait le 23 mai 2018 d'une régression de symptômes psychiques et l'IRM du 23 mai 2018 objectivait des discopathies déjà identiques au CT lombaire de 2013 ; une éventuelle intervention chirurgicale ne donnerait lieu qu'à une incapacité de travail de quelques mois. Il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé de l'assuré.

51. Le 7 janvier 2019, la réadaptation professionnelle de l'OAI a fixé le degré d'invalidité de l'assuré à « -10% ». Le revenu sans invalidité, en 2014, était de CHF

51'844.- et le revenu d'invalide de CHF 57'049.- (fondé sur l'ESS 2014, T1, niveau 1, pour 41,7h de travail par semaine, avec une déduction de 15 %).

52. Par projet d'acceptation de rente du 7 mars 2019, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1er mai au 31 octobre 2014. Le degré d'invalidité de l'assuré était nul, vu sa capacité de travail totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques.

53. Le 15 janvier 2019, le Dr I_____ a relevé une situation stable sur le plan local ; l'assuré se plaignait toutefois de douleurs de la jonction thoraco-lombaire, de la zone interscapulaire mais également au niveau cervical avec une irradiation vers l'épaule gauche et dans le membre supérieur jusque vers le pouce et l'index. Pour ces problèmes, il était sous Célébrex, Zaldiar et Sirdalud. La prothèse était en place.

54. Le 3 avril 2019, le Dr E_____ a écrit à l'OAI que l'état psychique de l'assuré s'était péjoré depuis son stage aux EPI par une exacerbation de la symptomatologie anxieuse ; ses troubles somatiques s'étaient aussi aggravés. Il n'était pas compréhensible qu'une capacité de travail totale soit retenue alors que les EPI mentionnaient une capacité de travail de 50 %.

55. Le 29 avril 2019, l'assuré s'est opposé au projet de décision de l'OAI du 7 mars 2019, en relevant qu'il n'était pas capable de travailler à plus de 50 % ; il avait dû se faire opérer ; après une amélioration, il avait souffert de douleurs le long du dos et à la nuque, épaule gauche et cervicales, avec le développement d'une scoliose.

56. Le 21 mai 2019, le Dr M_____ du SMR a estimé que les professionnels notaient des limitations fonctionnelles, en lien avec les atteintes somatiques connues, dans le travail des bras au-dessus de l'horizontale et le port de charge lourdes. Il existait par ailleurs des facteurs non médicaux, qui limitaient la reprise d'activité (lacunes en grammaire, orthographe, niveau scolaire, difficultés en français, éloignement du marché du travail), mais qui n'étaient pas du ressort de l'AI (rapport des EPI du 14 mai 2018). Au total, les atteintes à la santé et les limitations fonctionnelles décrites par les médecins et les professionnels des EPI apparaissaient superposables à celles qui prévalaient depuis 2014, sans éléments médicaux objectifs en faveur d'une aggravation. Dans ce contexte, le SMR maintenait ses précédentes conclusions, qui allaient dans le sens d'une exigibilité entière dans une activité habituelle depuis juillet 2014 (avis SMR du 27 juillet 2018).

57. Par décision du 17 septembre 2019, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1er mai au 31 octobre 2014.

58. Le 4 novembre 2019, l'assuré, représenté par Caritas, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de cette décision. Sa situation avait évolué avec l'apparition début 2018 de nouvelles pathologies : discopathie L5-S1 avec hernie discale médiane nécessitant la pose d'une prothèse et des crises de panique dans les lieux publics, avec aggravation des affection existantes (symptomatologie anxieuse). Il souffrait d'importantes douleurs aux lombaires, aux cervicales, à la nuque et à l'épaule gauche et était très fragilisé et

limité par ses angoisses et ses crises de panique. Sa capacité de travail était limitée à 50 % ; son taux d'invalidité était d'au moins 45 %. Il a communiqué :

- Un certificat du Dr I_____ du 15 août 2019 selon lequel l'évolution, depuis l'intervention, était favorable avec une diminution de douleurs au repos mais sans résolution complète de la symptomatologie ; il était limité en raison d'une difficulté à maintenir les postures et les activités. Il ne pouvait rester dans la même position plus de 20 à 30 minutes sans devoir en changer. Le piétinement sur place était particulièrement difficile. La position assise prolongée devant un ordinateur était également pénible. Le port de charges n'était possible que s'il s'agissait d'un port de charges occasionnelles (une à deux fois par demi-journée). Si, en tenant compte de toutes ses limitations, on pourrait imaginer un taux d'activité en temps de 50 %, le rendement serait de 50 % également.
- Un certificat du Dr E_____ du 29 juillet 2019, attestant que l'assuré n'était plus en activité professionnelle depuis 2011 ou 2012 et qu'il n'était pas en aptitude de travailler.

59. Le 16 décembre 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours.

60. Le 27 janvier 2020, l'assuré a répliqué en relevant que ses médecins retenaient, au mieux, une capacité de travail de 50 %, avec un rendement diminué ; il convenait de tenir compte des observations des EPI, lesquels corroboraient dans la pratique les conclusions médico-théoriques de ses médecins.

61. Le 16 juin 2020, le recourant a indiqué qu'il avait chuté sur son poignet droit le 18 octobre 2019 et avait été opéré d'une fracture par le docteur D_____ le 14 novembre 2019, avec une ablation des branches le 4 février 2020. Il souffrait toujours de douleurs au poignet et main droits, avec limitation de la force de préhension et de la mobilité. Il avait déjà subi des traumatismes au poignet droit en 2012 et 2014. Il a joint :

- Un rapport du 24 octobre 2019 du Dr H_____ adressant l'assuré au Dr D_____ pour avis suite à un accident du 18 octobre 2019 (chute sur le poignet droit).
- Un rapport du Dr D_____ attestant d'une intervention le 14 novembre 2019 pour fracture luxation des quatrième et cinquième métacarpiens avec enfoncement de l'hamatum droit et d'une AMO du quatrième métacarpe droit, le 4 février 2020.
- Un rapport du 25 mai 2020 du Dr D_____ attestant de séquelles fonctionnelles du poignet (diminution de l'amplitude articulaire et de la force de préhension).

62. Le 22 juin 2020, la chambre de céans a entendu le recourant en audience de comparution personnelle.

Celui-ci a déclaré : « Mon état de santé ne va pas très bien. Je souffre de manque de sommeil, je somnole deux à trois heures par nuit en raison de douleurs au dos et à la nuque, le stress, de crise d'angoisse. J'ai de la peine à prendre le bus comme

aujourd'hui. J'ai ressenti une énorme boule à l'estomac. J'ai aussi des effets secondaires des médicaments, soit de la fatigue. Je prends du Xanax, du Valdoxen, du Zandiar, du Sirdalud et de l'Effexor tous les jours.

Après l'opération du juillet 2018 d'autres douleurs sont apparues environ trois mois après, au milieu du dos. Je ne sais pas exactement à quoi cela est dû mais je sais que j'ai de l'arthrose ainsi que quatre hernies aux cervicales pour lesquelles une opération est envisagée. Je dois pour cela recontacter le Dr I_____ avec lequel j'ai discuté pour la dernière fois en juillet 2019 date du contrôle de la prothèse (disque intervertébral qui m'a été posé en juillet 2018).

J'ai des irradiations si je reste debout ou si je marche après 45 minutes. Je dois souvent me coucher pour reposer mon dos et je somnole car mon corps n'arrive plus à gérer la fatigue. L'intervention a amélioré les douleurs que j'avais et qui irradiaient dans les jambes mais j'en ai développé d'autres qui partent du milieu du dos et remontent vers les cervicales.

L'orientation professionnelle s'est bien passée malgré la nécessité de faire des infiltrations. J'ai aimé me retrouver utile et avec une vie sociale. J'ai apprécié l'activité de scannage mais il n'y a que deux entreprises à Genève qui la pratique. L'AI ne m'a ensuite pas proposé d'emploi ni une aide au placement. Après la mesure mon responsable aux EPI m'a trouvé un stage dans le domaine du scannage mais comme le taux de travail était de 100 % je n'ai pas pu postuler. Mes médecins, soit le Dr I_____ ainsi que mon psychiatre et les EPI estiment que je ne peux pas travailler à plus de 50%. J'estime moi-même avoir des limitations en raison des douleurs, du stress et de l'angoisse. Je suis sensible au bruit, au monde et à la lumière. Je suis suivi par le Dr E_____ une fois toute les trois semaines. J'ai également consulté le Dr D_____, spécialiste de la main, en raison de mon accident à la main. J'ai vu le Dr H_____ il y a quelques mois et je dois reprendre contact avec lui, tout comme le Dr I_____.

Suite à mon accident de la main j'ai une perte de mobilité et de force. J'ai des douleurs en fonction de certains mouvements comme ouvrir une porte. J'ai toujours des limitations de port de charge qui ont même augmenté en raison de l'accident de la main et j'ai surtout ces douleurs permanentes. Je vais contacter le centre de la douleur des HUG, démarche que je voulais faire mais qui a été retardée par la COVID. Je voulais d'abord me faire opérer des cervicales et ensuite consulter ce centre.

J'ai toujours été un travailleur manuel, j'ai travaillé sur des chantiers et sur des toits, de sorte que mon dos a toujours été sollicité, en plus j'avais une importante scoliose dans l'adolescence.

Je relève que le Dr L_____ à l'époque avait fait une réserve sur le pronostic quant à ma capacité de travail.

Je suis en procédure de divorce. Nous sommes séparés depuis novembre 2019. Je relève que la situation de couple était compliquée notamment parce que j'ai fait un

burn out en 2013 et mon épouse aussi. Je relève qu'il y a une interaction entre mes problèmes somatiques et psychiques car mes douleurs altèrent mon moral et accentue les problèmes de stress, de fatigue et de dépression. »

Son mandataire a déclaré : « Nous invoquons une incapacité de travail de 50 % pour des motifs somatiques, soit les problèmes au dos, aux poignets et aux cervicales et aussi pour des motifs psychiatriques en raison de la fatigue, de l'anxiété et du stress. »

63. A la demande de la chambre de céans, les médecins suivants ont donné des renseignements complémentaires :

- Le 7 juillet 2020, le Dr H_____ a indiqué que l'assuré pouvait travailler à 50 % dans un poste permettant les changements de position et la limitation du port de charge à 5 kg. Il était d'accord avec la conclusion du rapport des EPI.
- Le 23 juillet 2020, le Dr E_____ a indiqué que l'assuré présentait un épuisement émotionnel lié à un stress permanent, fatigue, aboulie, perte d'estime de lui et vision négative de l'avenir, perte de l'appétit, trouble du sommeil. Sur le plan professionnel, cela se manifestait par une « perte de contrôle émotionnel sur le lieu de travail ». Le stage aux EPI de novembre 2017 à mai 2018 avait révélé une exacerbation de la symptomatologie anxieuse en lien avec les trajets en bus et l'exposition aux bruits dans les locaux des EPI. Par contre, il reconnaissait les avantages de s'exposer socialement et de gagner ainsi confiance en lui. La capacité de travail de l'assuré était nulle et l'état de santé s'était plutôt péjoré depuis 2016 ; la dépression s'était aggravée avec un isolement progressif, avec irritabilité et perte d'espoir dans l'avenir. L'expertise du Dr L_____ était détaillée et correcte dans l'évaluation des troubles, quoique minimisant quelque peu ces dernières. A juste titre, le Dr L_____ mentionnait la difficulté d'apprécier les traits de personnalité tout en mentionnant qu'ils ne seraient pas de nature à l'empêcher de retrouver une activité professionnelle dans une branche adaptée à son handicap physique. A ce sujet, il n'était pas pleinement d'accord et estimait que les aspects psychorigides de sa personnalité, allant de pair avec les troubles du rachis, étaient précisément de nature à poser problème pour retrouver une activité professionnelle.
- Le 23 juillet 2020, le Dr I_____ a indiqué que l'assuré, suite à l'intervention du 16 juillet 2018, avait développé une raideur au bas du dos et une dégradation au niveau cervical avec une épaule gauche plus douloureuses et des douleurs irradiants jusque dans le pouce et l'index. Il avait de la difficulté à maintenir les postures et les activités au-delà d'une période de trente minutes. Le piétinement sur place, le maintien assis sans changement de position, le travail avec les bras au-dessus de la ligne des épaules étaient toutes des activités difficiles. L'assuré devrait pouvoir changer constamment de posture et d'activité. Sa capacité de travail était de l'ordre de 50 % avec un rendement de 80 % ; sa situation s'était

dégradée tant sur le plan cervical que lombaire, avec une progression des troubles dégénératifs. Il était d'accord avec les conclusions du rapport des EPI.

- Le 25 août 2020, le Dr N_____ du SMR a rendu un avis. S'agissant du poignet droit, la limitation du port de charges lourdes était déjà retenue en 2014. S'agissant des lombalgie et cervicalgies, l'absence de description de déficit névralgique et de syndrome vertébral empêchait de retenir une limitation de la capacité de travail de 50 %. Une progression des troubles dégénératifs à la radiologie n'étant pas un critère pour évaluer une diminution de la capacité de travail. Le Dr E_____ n'amenait pas de nouvel élément objectif clinique pour une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis 2016, soit après l'expertise psychiatrique de septembre 2016. Il reconnaissait une augmentation de la consommation d'alcool de l'assuré avec une augmentation de l'irritabilité, mais il décrivait principalement des problèmes extra-médicaux tels que le départ de son épouse et de sa fille, l'éloignement du milieu professionnel depuis plusieurs années, et les problèmes somatiques.

64. Le 26 août 2020, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR précité et a maintenu ses conclusions.

65. Le recourant n'a pas fait d'observations.

66. Le 12 avril 2021, la chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de confier une expertise rhumatologique au Docteur O_____, FMH rhumatologie, et leur a imparti un délai pour qu'elles se prononcent sur une éventuelle récusation de l'expert ainsi que sur les questions libellées dans la mission d'expertise.

67. Le 15 avril 2021, l'OAI a accepté l'expert proposé.

68. Le recourant n'a pas fait d'observations.

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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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. Interjeté dans les délai et formes prescrits par la loi, le recours est recevable.

3. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si le recourant peut prétendre à une rente d'invalidité.

4. 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).

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

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

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

6. 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. a. 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. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

   Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61

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

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

b. 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 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

c. 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; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

d. 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; ATF 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).

e. 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 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).

f. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de

l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations y compris d'ordre médical qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêts du Tribunal fédéral 9C_65/2019 du 26 juillet 2019 consid. 5 et 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.3). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

8. 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).

9. 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).

10. Les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire confiée à un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) peuvent le cas échéant être mis à la charge de l'assurance-invalidité (cf. ATF 139 V 496 consid. 4.3). En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance décide de confier la réalisation d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire à un COMAI parce qu'elle estime que l'instruction menée par l'autorité administrative est insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervient dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui aurait dû, en principe, mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituent pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1 bis LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui doivent être pris en charge par l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.2).

    Cette règle, qu'il convient également d'appliquer dans son principe aux expertises judiciaires mono- et bidisciplinaires (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.4), ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle a laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents (voir par

exemple arrêt du Tribunal fédéral 8C_71/2013 du 27 juin 2013 consid. 2). En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 précité consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.3).

11. En l'occurrence, le recourant a fait état d'une aggravation de son état de santé somatique, postérieurement à l'arrêt de la chambre de céans du 24 novembre 2016.

    Le recourant a subi une intervention chirurgicale en juillet 2018, puis son état s'est dégradé ; il a développé des douleurs au niveau cervical et à l'épaule gauche, avec irradiation, attestées par le Dr I_____ (rapports des 16 janvier 2019, 15 août 2019 et 23 juillet 2020), lequel a précisé que l'assuré avait de la peine à maintenir les postures et les activités au-delà d'une période de trente minutes ; il devait pouvoir en changer constamment. Le Dr H_____ a également attesté de névralgies cervico-brachiale bilatérales, obligent le changement de position fréquent (rapport du 25 mai 2018 et 7 juillet 2020). Ces deux médecins certifient d'une capacité de travail d'au maximum 50 % dans une activité adaptée, le Dr I_____ estimant même que le rendement est réduit à 80 %.

    Or, le dernier avis du SMR se prononçant sur les limitations fonctionnelles somatiques du recourant, du 22 janvier 2015, ne fait état que de limitations relatives au port de charges lourdes.

    Par ailleurs, dans le cadre de l'orientation professionnelle menée aux EPI, il a été relevé que malgré l'engagement et la bonne collaboration du recourant, qui ne rechignait pas sur le travail, celui-ci tenait bien l'effort seulement sur une demi-journée de travail, avec un rendement de l'ordre de 80 à 100 %. Une activité à 50 % a finalement été retenue et il était relevé que le recourant présentait des signes d'inconfort dès la fin de la matinée. Même si le recourant s'est fait opérer par la suite du dos, les conclusions des EPI, qui se rapportent également aux limitations aux cervicales et au poignet droit, restent pertinentes.

    Il apparait ainsi que l'état de santé du recourant s'est aggravé depuis la dernière décision de l'intimé, de sorte qu'il se justifie d'instruire la situation médicale du recourant, par le biais d'une expertise rhumatologique, laquelle sera confiée au docteur O_____, FMH rhumatologie, à Confignon.

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

Préparatoirement :

I. Ordonne une expertise médicale. La confie au docteur O_____, FMH rhumatologie, à Confignon. 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, notamment les Drs H_____ et I_____.

C. Examiner la personne expertisée et, si nécessaire, ordonner d'autres examens.

D. Etablir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

1. **Anamnèse détaillée**

2. **Plaintes de la personne expertisée**

3. **Status et constatations objectives**

4. **Diagnostics**

4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.2 Dates d'apparition

4.3 En particulier, l'état de santé de la personne expertisée s'est-il détérioré depuis le 2 octobre 2015 ?

5**. Limitations fonctionnelles**

5.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic

5.1.2 Date d'apparition

6. **Capacité de travail**

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

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

6.1.2 Si oui, quelle activité lucrative ? A quel taux ? Depuis quelle date ?

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

6.3 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis octobre 2015 ?

6.4 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 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 Etes-vous d'accord avec l'avis du Dr I_____ du 23 juillet 2020 ? En particulier avec les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de 50 %, avec un rendement de 80 %, soit un taux de 40 % dans une activité adaptée ? Si non, pourquoi ?

8.2 Etes-vous d'accord avec l'avis du Dr H_____ du 7 juillet 2020? En particulier avec les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée ? Si non, pourquoi ?

8.3 Etes-vous d'accord avec l'avis du SMR du 25 août 2020 ? En particulier avec les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail, de 100 % dans une activité adaptée ? 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.

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

La greffière — La présidente

Julia BARRY — Valérie MONTANI

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