

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/606/2024

ATAS/648/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 27 août 2024

Chambre 5

En la cause

A_____

recourant

représenté par Me Yves RAUSIS, avocat

contre

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

intimé

Siégeant : Philippe KNUPFER, président.

EN FAIT

- A. a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en _____ 1964, conducteur de taxi indépendant, a déposé une demande de prestations invalidité, qui a été reçue par l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) en date du 3 novembre 2020. L'assuré décrivait comme atteintes à la santé : un blocage du dos, de l'hypertension, des problèmes de cœur, des problèmes au genou gauche et des pertes d'équilibre. Il mentionnait être en incapacité de travail à 100%, depuis le 24 janvier 2020 et être suivi par le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine générale.
- b.** À la demande de l'OAI, le Dr B_____ a rendu un rapport médical daté du 25 novembre 2020, posant les diagnostics de lombosciatalgies gauche, HTA, SAS léger, thyroïdite, d'un syndrome anxiodépressif et de troubles du sommeil. Il mentionnait que l'assuré se sentait incapable de travailler, quel que soit le type de travail et que ses limitations fonctionnelles étaient des troubles de la concentration et des douleurs lombaires invalidantes.
- c.** L'OAI a obtenu les comptes de pertes et profits pour les années 2016 à 2019 de l'entreprise individuelle de taxi, correspondant à l'activité indépendante de l'assuré. Ce dernier a complété les informations concernant son activité indépendante sur un questionnaire daté du 8 février 2021, indiquant notamment qu'il exerçait son activité de 4h30 jusqu'à 12h30 et que, depuis le mois de janvier 2021, il bénéficiait de l'aide de l'Hospice général (ci-après : l'hospice) car il était en incapacité totale de travail.
- d.** Dans un rapport daté du 23 juin 2021, le Dr B_____ a actualisé la situation médicale de l'assuré, indiquant notamment un pronostic mauvais, quant à la capacité de travail de ce dernier, des limitations fonctionnelles empêchant le port de charges lourdes et la station assise prolongée, ainsi que des facteurs qui faisaient obstacle à une réadaptation, soit de l'asthme et une dépression sévère.
- e.** À la demande du service médical régional (ci-après : le SMR) de l'OAI, le Dr B_____ a fourni des informations complémentaires par courrier du 6 octobre 2021, indiquant la médication suivie par l'assuré avec une réponse clinique peu satisfaisante, confirmant les limitations fonctionnelles somatiques précédemment indiquées et ajoutant, à titre de limitations fonctionnelles psychiatriques une inhibition totale en raison de la dépression. La capacité de travail était de 0% et toute activité adaptée était impossible, en raison de douleurs diffuses invalidantes, mais surtout d'un syndrome dépressif sévère.
- f.** Sur interpellation de l'OAI, l'assuré a indiqué, par e-mail du 31 janvier 2022, qu'il était suivi par Madame C_____, psychologue FSP.
- g.** Par e-mail du 9 février 2022, la psychologue C_____ a informé l'OAI que le patient lui avait été adressé par le Dr B_____, qu'il s'agissait d'une période

compliquée pour l'assuré qui avait parfois « une humeur légèrement dépressive et une forte diminution de son énergie et de sa motivation » ; par ailleurs, la psychologue relevait ce n'étaient pas les « difficultés psychologiques passagères » qui étaient à l'origine de la demande de prestations invalidité de l'assuré.

h. Par courrier du 11 mai 2022 adressé directement au SMR, le Dr B_____ a complété les informations qu'il avait déjà transmises, soit la prescription de médicaments anti-inflammatoires pour les lombalgies, d'un antidépresseur en réponse d'un syndrome anxiodépressif et d'un suivi en rhumatologie et psychologie. Il précisait que l'assuré ne pouvait pas porter de charges plus lourdes que 3 kg et ne devait pas rester assis plus de 30 minutes, ni debout plus de 15 minutes. Il ajoutait que l'assuré se sentait incapable d'assumer la moindre responsabilité, souffrant d'une inhibition totale, d'une frustration sévère, d'un repli sur lui-même et de troubles importants de la concentration. S'agissant de l'activité professionnelle, il modifiait son appréciation en indiquant que l'assuré pouvait effectuer une activité professionnelle à mi-temps, dans un domaine adapté à ses lombalgies, mais que le syndrome anxiodépressif l'en empêchait. Sa situation sociale économique et familiale se dégradait, sans que l'assuré parvienne à réagir. Il joignait à son courrier la copie d'un rapport diagnostic de polygraphie ventilatoire, rédigé le 29 et le 30 octobre 2020 par le docteur D_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, concluant à un syndrome d'apnée du sommeil léger, avec possibilité d'une prise en charge associant à une réduction pondérale la réalisation d'une pharyngoplastie d'élargissement de l'isthme pharyngé, qui apparaissait souhaitable. Était également remis en annexe un rapport d'électroneuromyographie réalisé le 8 mars 2021 par le docteur E_____, spécialiste FMH en neurologie, qui concluait à un syndrome du canal carpien de degré modéré, bilatéral, à prédominance droite.

i. Par avis médical du 29 juin 2022, le SMR a résumé la situation médicale de l'assuré, relevant que les explications données par le médecin traitant étaient restreintes et peu argumentées, ce dernier considérant que c'était le problème psychiatrique qui dominait, alors que la psychologue estimait que cette problématique n'était pas grave. Il était recommandé la mise en place d'un stage d'observation dans le but d'évaluer la capacité de travail de l'assuré.

j. Un mandat de réadaptation résumant la situation de l'assuré a été rédigé en date du 17 octobre 2022, faisant notamment état de son divorce prononcé en date du 17 janvier 2022.

k. Les Établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI) ont rendu un rapport d'observation professionnelle daté du 28 février 2023, après une période d'observation de 17 jours ouvrables au mois de janvier 2023. En substance, il était relevé que l'assuré arrêtaient régulièrement ses activités pour prendre des pauses, déambuler ou s'asseoir et que son état de fatigue était observable dès son arrivée, de même que l'absence de contact avec ses pairs. Il y avait une forte discontinuité dans le travail, qui se traduisait par des interruptions régulières et

très fréquentes, ce qui empêchait toute concentration. En conclusion, l'assuré était principalement à l'aise avec les activités simples et pratiques ; il n'avait aucune connaissance de l'outil informatique et ne maîtrisait pas le français écrit, ce qui le dirigeait vers des tâches manuelles peu complexes. En raison des interruptions et arrêts très fréquents, il n'avait pas été possible de mesurer des rendements significatifs.

l. Par appréciation médicale du 7 mars 2023, la docteure F_____, spécialiste FMH en médecine interne, a relevé que l'assuré présentait un état dépressif chronique, avec un trouble du sommeil, un ralentissement psychomoteur important, un trouble de la concentration et un repli sur soi. Son état psychique avait un impact négatif sur la perception de ses douleurs, au niveau du dos et des mains. En raison d'une lombosciatalgie chronique et d'un syndrome du canal carpien bilatéral, sa mobilité était réduite. En conclusion, l'assuré n'était actuellement pas en mesure de réintégrer le premier marché du travail et le pronostic à long terme était plutôt négatif, en raison de la durée de l'atteinte et de l'âge du patient.

m. Par avis médical du 27 avril 2023, le SMR a recommandé la mise en place d'une expertise bi-disciplinaire psychiatrique et rhumatologique.

n. Les experts G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et H_____, spécialiste FMH en rhumatologie, tous deux experts médicaux de la SIM, ont rendu un rapport d'expertise daté du 11 octobre 2023.

À l'issue de l'évaluation consensuelle (rapport d'expertise, p. 10), il était retenu, sur le plan somatique, que l'examen rhumatologique était strictement normal, ne mettant en évidence qu'un léger syndrome de déconditionnement lié à l'inactivité, ce qui permettait une capacité de travail dans une activité habituelle ou adaptée de 100% depuis toujours. Sur le plan psychiatrique, la situation de l'assuré était celle d'une absence de psychopathologie spécifique, chez un assuré qui n'avait pas de traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré ; il était mentionné que « les chances de guérison d'une absence de psychopathologie spécifique sont naturellement excellentes » (*sic*). Les experts ne voyaient aucune limitation uniforme des activités, dans tous les domaines de la vie, l'expert psychiatre mentionnant notamment que l'impossibilité de conduire de manière professionnelle un taxi qui était alléguée par l'assuré apparaissait faiblement cohérente et plausible. La capacité de travail était de 100%, dans toute activité, depuis toujours, sur le plan rhumatologique et psychiatrique.

o. Par rapport du 31 octobre 2023, le SMR a considéré que les conclusions de l'expertise étaient convaincantes et que l'analyse était réalisée de manière détaillée et approfondie.

B. a. Par projet de décision du 6 novembre 2023, l'OAI a refusé toute prestation invalidité à l'assuré, au motif qu'il présentait une capacité de travail entière, dans toute activité professionnelle.

b. Par courrier du 1^{er} décembre 2023, l'assuré a contesté le projet de décision, soulignant que son état de santé l'empêchait d'exercer n'importe quelle activité dans le marché du travail, en raison de son âge ainsi que pour les empêchements qui avaient été confirmés par ses médecins traitants et par les EPI. À l'appui de sa contestation, il a joint un certificat médical d'arrêt de travail de 100% pour maladie, du 1^{er} au 30 novembre 2023, signé par le Dr B_____.

c. Par décision du 15 janvier 2024, l'OAI a constaté que les arguments avancés dans le courrier du 1^{er} décembre 2023 étaient insuffisants, de même que le certificat d'arrêt de travail du 21 novembre 2023. Partant, l'OAI a confirmé le refus de toute prestation invalidité.

C. a. Par acte de son avocat, posté le 16 février 2024, l'assuré a interjeté recours à l'encontre de la décision du 15 janvier 2024 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), concluant préalablement, à ce qu'une expertise soit ordonnée et principalement, à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi de la cause à l'intimé « pour nouvelle décision », le tout sous suite de frais et dépens. Dans les grandes lignes, le recourant contestait les conclusions de l'expertise bi-disciplinaire, se fondant notamment sur les appréciations de ses médecins traitants ainsi que sur les observations faites pendant le stage auprès des EPI.

b. Par réponse du 27 mars 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours, se fondant sur l'expertise bi-disciplinaire qu'il avait ordonnée et concluant que cette dernière devait se voir reconnaître une pleine valeur probante, car les indications sommaires et contradictoires des médecins traitants ne permettaient pas de remettre en question les observations des experts, de même que les conclusions du stage aux EPI, qui était empreint d'éléments limitants, qui sortaient du champ de l'assurance-invalidité.

c. Par réplique du 25 avril 2024, l'avocat de l'assuré n'a fait aucune observation sur la réponse de l'OAI et a renvoyé à ses conclusions figurant dans le mémoire de recours.

d. Par courrier du 28 mai 2024, la chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de confier une mission d'expertise psychiatrique et rhumatologique aux docteurs I_____, spécialiste FMH en psychiatrie, et J_____, spécialiste FMH en rhumatologie.

e. À l'issue du délai qui leur avait été fixé, les parties n'ont fait valoir aucun motif de récusation à l'encontre des experts proposés.

f. Par courrier du 26 juin 2024, la chambre de céans a proposé aux parties un projet de mission d'expertise.

g. À l'issue du délai qui leur avait été fixé, les parties n'ont fait valoir aucune remarque ou demande de modification du projet proposé.

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

2. Le litige porte sur le refus par l'OAI de toute prestation invalidité.

3. Par renvoi de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Le 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, à teneur de l'état de fait, l'éventuel droit à la rente de l'assuré est né avant le 1^{er} janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

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 1^{er} janvier 2008).

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

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

5.

5.1 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

5.2 Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans

les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2 ; 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

6. Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3)
 - A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)
 - Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).
 - B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2)
 - C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)
- Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement ; consid. 4.4)

Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

7.

7.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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 incapable de travailler. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui - en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part -, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

7.2 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). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

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.

7.3 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).

7.4 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 ; 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).

7.5 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 ; 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).

7.6 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).

7.7 Le but des expertises multidisciplinaires est de recenser toutes les atteintes à la santé pertinentes et d'intégrer dans un résultat global les restrictions de la capacité de travail qui en découlent. L'évaluation globale et définitive de l'état de santé et de la capacité de travail revêt donc une grande importance lorsqu'elle se fonde sur une discussion consensuelle entre les médecins spécialistes participant à l'expertise. La question de savoir si, et dans quelle mesure, les différents taux liés aux limitations résultant de plusieurs atteintes à la santé s'additionnent, relève d'une appréciation spécifiquement médicale, dont le juge ne s'écarte pas, en principe (*cf.* ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.3 ; *cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_162/2023 du 9 octobre 2023 consid. 2.3 et les références).

7.8 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 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 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4).

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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, *in* SVR 2011 IV n° 6 p. 17 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, *in* Plädoyer 2009/1 p. 70 ; arrêts du Tribunal fédéral I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, *in* Plädoyer 2004/3 p. 64 ; 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

8. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé, susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a *in fine* ; *cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_43/2023 du 29 novembre 2023 consid. 5.1 et 5.2 et les références).

9.

9.1 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).

9.2 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).

- 10.** En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur les conclusions de l'expertise administrative bi-disciplinaire pour statuer sur le droit à la rente de l'assuré. Selon les indications qui figurent dans le rapport d'expertise, l'examen clinique psychiatrique a duré une heure et cinq minutes et l'examen clinique rhumatologique a duré 55 minutes.

En ce qui concerne l'imagerie médicale, la seule pièce présente au dossier (chargé intimé, pièce 80) est une IRM du rachi lombo-sacré, effectuée en date du 30 septembre 2019 par le docteur K_____, spécialiste FMH en radiologie au sein de l'hôpital de La Tour et dont il ressort, par rapport aux lombosciatalgies gauche qu'à l'issue de l'examen, le radiologue conclut que l'IRM du rachi lombo-sacré est normale. Selon le rapport d'expertise, ledit document a été apporté par l'assuré le jour de l'expertise (rapport d'expertise, p. 9).

Sur le plan somatique, les conclusions de l'expert rhumatologue sont qu'il n'existe aucune limitation uniforme du niveau des activités, dans tous les domaines comparables de la vie et que l'examen du jour ne retrouve pas de lombosciatalgies gauche évoquées par le médecin traitant. L'expert mentionne l'IRM lombaire du 30 septembre 2019 pour appuyer ses constatations (rapport d'expertise, p. 27). Aucun diagnostic n'est retenu sur le plan somatique, ni de limitation fonctionnelle du point de vue rhumatologique.

Ce diagnostic très positif et qui ne fait apparaître aucun trouble de la santé chez un assuré qui a longtemps exercé une activité de chauffeur de taxi, constamment assis et devant porter régulièrement des valises pour les placer dans le coffre de son véhicule, semble inhabituel pour une personne de 58 ans.

S'y ajoute le fait que les observations mentionnées lors du stage de 17 jours aux EPI sont différentes. Le rapport des EPI mentionne que les capacités physiques de l'assuré ne sont pas compatibles avec une mesure / période de réadaptation, en raison des limitations suivantes : tenue des positions de travail ; port de charges ; faiblesse musculaire dans le poignet droit (port d'une attelle) ; fatigabilité (troubles du sommeil, vertiges, acouphènes, médication importante) ; résistance (physique et psychique) amoindrie (absence de récupération) ; rythme de travail décousu. L'assuré adopte régulièrement la position allongée dans un fauteuil de repos et est capable de tenir la position assise sur des périodes de 20 minutes environ (rapport EPI, p. 13). En conclusion, l'assuré présente une fatigue quotidienne qui implique des temps de récupération importants. Il utilise un fauteuil à proximité de son poste de travail et s'y allonge fréquemment. La tenue des différentes positions de travail n'est pas durable, seule la position assise permet une courte continuité dans l'exécution de son travail, moyennant toujours les interruptions et les temps de récupération mentionnés. Une faiblesse musculaire, notamment au niveau du poignet droit, est mentionnée, ainsi qu'une résistance physique limitée (rapport EPI, p. 20).

S'il est vrai que l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2), il n'en reste pas moins que les observations objectives des EPI, pendant une durée de 17 jours ouvrables, contrastent singulièrement avec celles de l'expert rhumatologue, lors d'un examen qui a duré 55 minutes.

Il est également regrettable que la seule pièce d'imagerie médicale prise en compte par l'expert rhumatologue soit relativement ancienne, puisqu'elle date de 2019.

Sur le plan psychiatrique, l'expert conclut à l'absence de psychopathologie spécifique. Les capacités d'endurance de l'assuré sont intègres, il est capable de persévérer suffisamment longtemps et pendant le temps habituellement exigé dans une activité professionnelle en tenant compte d'un niveau de rendement continu. Il a un sens du contact envers les tiers, est efficient et est capable d'entrer aisément et de manière informelle en contact avec l'expert ou avec autrui et est capable d'évoluer au sein d'un groupe. Il détient un réseau relationnel amical et un réseau relationnel familial et a des relations proches. De surcroît, il ne rapporte pas de difficultés particulières dans son environnement social ; il est contraint de vivre chez sa fille et est tributaire des subsides de l'hospice. À plusieurs reprises, l'expert mentionne que l'assuré apparaît fixé au sein d'une posture d'invalidé (rapport d'expertise, p. 43-44).

Comme pour le diagnostic somatique, ce diagnostic psychiatrique, qui ne fait apparaître aucun symptôme anxiodépressif, paraît inhabituel chez un assuré qui a dû arrêter de travailler en 2020, qui a divorcé en 2022, qui, alors qu'il est âgé de 58 ans, est obligé de vivre chez son gendre et sa fille et qui mentionne des difficultés financières importantes. S'il est vrai qu'il n'est pas suivi par un psychiatre, il n'en reste pas moins qu'il consulte (ou a consulté, les informations sont lacunaires) régulièrement une psychologue FSP (email du 31 janvier 2022, pièce 34 et email du 9 février 2022, pièce 36 chargé intimé). S'agissant de la médication, l'expert mentionne qu'il n'y a pas de prise d'antidépresseurs alors que le Dr B_____ mentionne dans son rapport médical du 11 mai 2022 la prise d'antidépresseurs en raison d'un syndrome anxiodépressif avec une réponse peu satisfaisante (pièce 39, chargé intimé).

Les observations faites lors du stage aux EPI contrastent singulièrement avec celles faites par l'expert psychiatre lors de l'entretien qui a duré 65 minutes. La situation de l'assuré, dans son environnement socio-familial, est décrite en p. 6 et 7 du rapport EPI. Il expose que l'interruption de son activité professionnelle a précipité la séparation avec son ex-épouse au regard du manque de ressources financières. Il juge peu confortable sa situation actuelle, qui l'oblige à vivre chez sa fille aînée et espère rapidement pouvoir trouver un appartement. En ce qui concerne son environnement social, l'assuré explique s'être complètement isolé et ne voir personne car, par fierté, il n'ose pas se montrer dans cet état, ayant du mal déjà lui-même à accepter sa situation personnelle. Son état de santé et sa médication sont longuement décrits en p. 7 du rapport EPI. En p. 12, il est mentionné que l'assuré présente une mine apathique au quotidien, ayant du mal à se mobiliser le matin, car il dort très peu et prend des médicaments qui ont une influence sur son tonus physique et psychique. Il est observé que la mise en route est lente et que l'assuré manque de vivacité face aux consignes qu'il traite lentement. La nécessité de pouvoir s'installer dans un fauteuil à côté de sa place de travail est soulignée, et le fait qu'il l'utilise fréquemment durant les activités et sur sa journée de travail. Les difficultés de concentration sont encore mentionnées en p. 4 du rapport, ce qui se traduit par des temps de réalisation largement dépassés. S'agissant de la composante relationnelle, il est observé un isolement social qui se vérifie également durant les pauses, l'assuré n'entrant pas en interaction avec ses pairs et passant ses pauses, soit à l'extérieur pour fumer, soit à la cafétéria pour se rafraîchir. Il explique les raisons d'un tel repli sur soi par ses humeurs et le fait qu'il est stressé, nerveux ou encore anxieux quand il se trouve avec du monde.

Ces observations sont retrouvées dans les rapports médicaux du Dr B_____, qui mentionne « l'inhibition totale » de l'assuré alors même qu'à teneur du rapport d'expertise psychiatrique, l'assuré ne rapporterait pas de difficultés particulières dans son environnement social et serait capable d'évoluer au sein d'un groupe (rapport d'expertise, p. 13).

Les éléments susmentionnés font apparaître un certain nombre de contradictions entre les conclusions des rapports d'expertise, d'une part, et les observations des EPI et les appréciations du Dr B_____, d'autre part.

La chambre de céans rejoint partiellement les appréciations du SMR quant au fait que le Dr B_____ n'a pas fourni suffisamment d'éléments objectifs dans ses rapports médicaux pour soutenir ses appréciations médicales. La décision d'ordonner une expertise bi-disciplinaire était ainsi parfaitement justifiée.

Cependant, il paraît vraisemblable que l'assuré n'a pas exprimé de manière exhaustive l'ensemble de ses plaintes lors des examens d'expertise. On ne peut écarter l'hypothèse qu'il ait voulu, consciemment ou inconsciemment, se montrer sous un meilleur jour devant les experts, alors même qu'il a visiblement été beaucoup plus loquace quant à ses troubles somatiques et psychiatriques lorsqu'il s'est trouvé dans un environnement perçu comme bienveillant, soit lors des consultations avec le Dr B_____ et lors de son stage aux EPI.

À l'aune de ce qui précède, la chambre de céans considère qu'une expertise judiciaire bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique est indispensable pour établir au degré de la vraisemblance prépondérante la capacité de travail du recourant. Elle recommande à ce dernier de collaborer activement avec les experts.

À ces fins, la chambre de céans commet le Dr I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et le Dr J_____, spécialiste FMH en rhumatologie.

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

Statuant préparatoirement

- I. Ordonne une expertise bi-disciplinaire psychiatrique et rhumatologique de Monsieur A_____ et commet, à cette fin, le docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et le docteur J_____, spécialiste FMH en rhumatologie.
- II. Dit que la mission des experts 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, voire auprès des membres de sa famille.
 - C. Examiner et entendre la personne expertisée et, si nécessaire, ordonner d'autres examens, en particulier un examen neuropsychologique.
 - D. Charge le **Dr I_____** d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants : (*volet psychiatrique*)
 - 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)**

Préciser 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 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)

- 4.5 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, respectivement dans quelle mesure les troubles diagnostiqués limitent-ils 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)

5.1.1 Préciser si possible la date d'apparition de ces limitations.

- 5.2 Les plaintes de l'assuré sont-elles objectivées ?

6. Traitement

- 6.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.
- 6.2 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 ?
- 6.3 Le cas échéant, quelle est la compliance de la personne expertisée au traitement médical et médicamenteux ? Confirmer la compliance médicamenteuse avec un dosage sanguin.
- 6.4 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 ?
- 6.5 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.
- 6.6 En cas de dépendance à des substances psychoactives, une abstinence est-elle exigible ?

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 la personnalité ou de ces traits de la 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. Cohérence

- 9.1 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou existe-il des atypies ?
- 9.2 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?
- 9.3 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) ?
- 9.4 Quels sont les niveaux d'activités sociales 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 ?
- 9.5 Dans l'ensemble, le comportement de la personne expertisée vous semble-t-il cohérent et pourquoi ?

10. Capacité de travail

Sur la base des réponses aux questions précédentes, analyser la capacité de travail de l'assuré en indiquant son taux et l'évolution de celui-ci pour chaque diagnostic :

- 10.1 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ?

10.1.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

10.1.2 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite / nulle ?

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

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

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

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

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

10.4 Quel est votre pronostic quant à la reprise d'une activité lucrative ?

11. Appréciation d'avis médicaux du dossier

11.1 Êtes-vous d'accord avec l'avis du docteur **B**_____, spécialiste FMH en médecine générale, du 6 octobre 2021 ? Si non, pourquoi ?

11.2 Êtes-vous d'accord avec l'avis de la docteure **F**_____, spécialiste FMH en médecine générale, du 7 mars 2023 ? Si non, pourquoi ?

11.3 Êtes-vous d'accord avec les conclusions de l'expertise administrative du 11 octobre 2023 des docteurs **G**_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et **H**_____, spécialiste FMH en rhumatologie ? Si non, pourquoi ?

11.4 Êtes-vous d'accord avec le rapport du **SMR** du 31 octobre 2023 sur le retour de l'expertise du 11 octobre 2023 ? Si non, pourquoi ?

12. Quel est le pronostic ?

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

14. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

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

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

* * *

A. Charge le **Dr J_____** d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants : (*volet rhumatologique*)

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)

Préciser 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 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)

4.5 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, respectivement dans quelle mesure les troubles diagnostiqués limitent-ils 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)

5.1.1 Préciser si possible la date d'apparition de ces limitations.

5.2 Les plaintes de l'assuré sont-elles objectivées ?

6. Traitement

6.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.

- 6.2 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 ?
- 6.3 Le cas échéant, quelle est la compliance de la personne expertisée au traitement médical et médicamenteux ? Confirmer la compliance médicamenteuse avec un dosage sanguin.
- 6.4 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 ?
- 6.5 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.
- 6.6 En cas de dépendance à des substances psychoactives, une abstinence est-elle exigible ?

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 la personnalité ou de ces traits de la 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. Cohérence

- 9.1 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou existe-il des atypies ?
- 9.2 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?
- 9.3 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) ?
- 9.4 Quels sont les niveaux d'activités sociales 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 ?
- 9.5 Dans l'ensemble, le comportement de la personne expertisée vous semble-t-il cohérent et pourquoi ?

10. Capacité de travail

Sur la base des réponses aux questions précédentes, analyser la capacité de travail de l'assuré en indiquant son taux et l'évolution de celui-ci pour chaque diagnostic :

- 10.1 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ?
 - 10.1.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
 - 10.1.2 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite / nulle ?
- 10.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?
 - 10.2.1 Si non, ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
 - 10.2.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adapté ? À quel taux ? Depuis quelle date ?
 - 10.2.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
- 10.3 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?
- 10.4 Quel est votre pronostic quant à la reprise d'une activité lucrative ?

11. Appréciation d'avis médicaux du dossier

- 11.1 Êtes-vous d'accord avec l'avis du docteur **B**_____, spécialiste FMH en médecine générale, du 6 octobre 2021 ? Si non, pourquoi ?
- 11.2 Êtes-vous d'accord avec l'avis de la docteure **F**_____, spécialiste FMH en médecine générale, du 7 mars 2023 ? Si non, pourquoi ?
- 11.3 Êtes-vous d'accord avec les conclusions de l'expertise administrative du 11 octobre 2023 des docteurs **G**_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et **H**_____, spécialiste FMH en rhumatologie ? Si non, pourquoi ?
- 11.4 Êtes-vous d'accord avec le rapport du **SMR** du 31 octobre 2023 sur le retour de l'expertise du 11 octobre 2023 ? Si non, pourquoi ?

12. Quel est le pronostic ?

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

14. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

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

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

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

La greffière

Le président

Véronique SERAIN

Philippe KNUPFER

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