RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1035/2021 **ATAS/672/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 22 juillet 2022

1ère Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à Genève, représenté par APAS-association pour la permanence de défense des patients et des assurés	recourant

contre

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

Siégeant : Fabienne MICHON RIEBEN, Présidente.

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____(ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1967, d'origine turque, est arrivé en Suisse en octobre 1988. Il est marié et père de deux filles, B_____, née en 2000 et C_____, née en 2005. Il exerce la profession de fonctionnaire de distribution à la Poste depuis le 27 février 1991.

b. Le 3 février 2000, l'assuré a subi un choc à la nuque alors qu'il jouait au football, ce qui a entraîné une incapacité de travail complète jusqu'au 31 mai 2000, puis une rechute du 15 août au 9 octobre 2000, date à laquelle il a repris le travail à 50 %.

c. D'après les conclusions d'un rapport de la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) du 11 juillet 2001, où il a séjourné du 11 avril au 16 mai 2001, l'assuré souffrait de cervico-dorsalgies chroniques, de discopathies protrusives cervicales étagées C5-C6, d'un canal cervical rétréci C4-C6 et d'une contusion cervicale.

d. Le 23 juillet 2001, il a déposé une demande auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) visant à la prise en charge d'un reclassement dans une nouvelle profession et, subsidiairement, à l'octroi d'une rente d'invalidité.

e. Le 27 août 2001, l'assuré a subi un coup du lapin lors d'un accident de la circulation.

f. Le 11 novembre 2005, l'assuré a été victime d'un nouvel accident, lors duquel sa voiture a été heurtée par l'arrière.

B. **a.** Par décision du 20 juin 2003, l'OAI a pris en charge un reclassement en tant qu'informaticien de gestion entrepris par l'assuré auprès de l'École supérieure d'informatique et de gestion de Genève (ci-après : ESIG) du 1er septembre 2002 au 31 décembre 2005.

Le 30 juin 2004, l'assuré a abandonné la mesure de reclassement à la suite de son échec aux examens de fin d'année.

b. L'OAI a pris en charge une formation dans le tourisme du 10 septembre 2007 au 22 juin 2008, suivie d'un stage dans une agence de voyages du 4 août 2008 au 1er février 2009. Le 9 mai 2008, l'assuré a obtenu un diplôme de guide touristique de Genève.

Lors d'un bilan effectué le 18 février 2010, l'OAI a conclu que l'orientation en tant qu'agent de voyages n'était pas adéquate, l'employeur ayant constaté que ses connaissances touristiques et informatiques étaient insuffisantes et évoquait notamment des problèmes de comportement.

c. Le 24 janvier 2008, l'assuré est devenu conseiller municipal de sa commune.

C. **a.** L'OAI a confié une expertise psychiatrique au docteur E_____ et une expertise orthopédique au docteur F_____. Ceux-ci ont rendu leur rapport, respectivement les 10 juillet 2006 et 25 novembre 2006.

b. Par décision du 15 décembre 2010, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente. La comparaison des revenus, soit CHF 66'310.- sans invalidité et CHF 45'615.- avec invalidité - qui correspondait au revenu statistique de CHF 57'019.- issu du Tableau 1, ligne Total, de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), après abattement de 20 % - aboutissait à un degré d'invalidité de 31 %.

c. Saisie d'un recours interjeté par l'assuré contre ladite décision, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS) a ordonné le 12 octobre 2012 une expertise orthopédique et neurologique qu'elle a confiée au docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, et à la doctoresse H_____, spécialiste FMH en neurologie, tous deux médecins au Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV). La chambre de céans a considéré qu'une telle mesure s'imposait pour trancher la question controversée de la capacité de travail résiduelle de l'assuré depuis 2001, dès lors que l'expertise du Dr F_____ ne pouvait se voir reconnaître une pleine valeur probante (ATAS/1240/2012 du 12 octobre 2012).

Les expertes neurologues, soit les doctoresses H_____ et I_____, ont établi leur rapport le 22 mars 2013. Elles ont conclu à une incapacité de travail de 50 % depuis 2001 conformément aux constatations faites à la CRR en 2001. Une activité adaptée sans port de charges, sans mouvements répétés et sans position fixe de la tête, était raisonnablement exigible.

Le professeur J_____ et les docteurs K_____ et L_____, spécialistes FMH en chirurgie orthopédique, médecins au CHUV, ont quant à eux, dans leur rapport d'expertise du 22 mai 2013, considéré que l'assuré pouvait travailler dans n'importe quelle activité adaptée à ses limitations, de préférence dans son domaine de formation (tourisme).

d. Par arrêt du 2 avril 2015 (ATAS/274/2015), la chambre de céans a rejeté le recours de l'assuré.

Saisi d'un recours de l'assuré, le Tribunal fédéral l'a rejeté par arrêt du 24 mars 2016 confirmant ainsi la décision du 15 décembre 2010 et l'arrêt du 2 avril 2015 (9C_371/2015). Il a par ailleurs transmis le dossier à l'OAI et l'a invité à examiner si les conditions du droit à une rente étaient réalisées pour la période postérieure au 15 décembre 2010, date à laquelle l'OAI avait rejeté la demande de l'assuré, au motif que son degré d'invalidité de 31 % ne suffisait pas à ouvrir le droit à une rente.

D. **a.** Une nouvelle expertise, mandatée par l'OAI, a été réalisée par la doctoresse M_____, spécialiste FMH en neurologie, et le docteur N_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique du Centre d'expertises médicales O_____. Le rapport a été établi le 11 juillet 2017.

Sur le plan professionnel, l'activité de facteur n'était plus exigible. Les limitations fonctionnelles, pour partie semblables à celles retenues par la CRR en 2001, consistaient à éviter les situations en position fixe et prolongée de la tête, les mouvements répétitifs de la nuque et des membres supérieurs au-dessus du plan des omoplates, ainsi que le port de charges de plus de 5 kg.

Une activité adaptée était possible moyennant un poste de travail ergonomique à raison de huit heures par jour sans diminution de rendement depuis le séjour à la CRR en juin 2001.

b. Dans son avis du 15 août 2017, le médecin du service médical de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a qualifié l'expertise des docteurs M_____ et N_____ de convaincante. Il n'y avait pas lieu de s'écarter de ses conclusions. Le début de l'aptitude à la réadaptation était fixé au 11 juin 2001.

Le 7 février 2018, il a toutefois reporté la date du début de l'exigibilité de la réadaptation à novembre 2001 pour tenir compte du fait que l'expertise du O_____ ne retenait pas d'aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis cette date.

c. Par décision du 2 mai 2018, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, considérant que celui-ci n'avait pas subi d'aggravation de son état de santé durant la période postérieure au 15 décembre 2010, si bien que le degré d'invalidité de 31 % établi à l'époque était maintenu.

d. La chambre de céans, saisie du recours interjeté par l'assuré contre ladite décision l'a, par arrêt du 30 avril 2019 (ATAS/381/2019), rejeté. Elle a considéré que l'expertise des Drs N_____ et M_____ pouvait se voir reconnaître une pleine valeur probante et qu'elle n'avait pas de motifs de s'écarter des conclusions des experts, lesquels confirmaient que le recourant continuait à disposer d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée après le 15 décembre 2010.

e. Le Tribunal fédéral a rendu son arrêt le 4 décembre 2019 (9C_413/2019). Il a partiellement admis le recours et annulé l'arrêt de la chambre de céans du 30 avril 2019, ainsi que la décision de l'OAI du 2 mai 2018. Il a renvoyé la cause à l'OAI pour qu'il procède aux démarches nécessaires pour que le nom ou les noms des médecins dont les Drs M_____ et N_____ s'étaient adjoints l'assistance soi(en)t communiqué(s) au recourant et que celui-ci puisse se prononcer sur un éventuel motif de récusation, puis qu'il rende une nouvelle décision sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

E. **a.** Interrogé par l'OAI, le O_____ a indiqué, le 21 janvier 2020, quels étaient les médecins dont les Drs M_____ et N_____ s'étaient adjoints l'assistance dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire du 11 juillet 2017, soit le docteur P_____ et la doctoresse Q_____.

L'OAI a alors invité l'assuré à lui faire savoir s'il entendait soulever ou non un motif de récusation à l'encontre de ces deux médecins impliqués dans la rédaction de l'expertise.

Par courrier du 14 février 2020, l'assuré, représenté par l'APAS, association pour la permanence de défense des patients et des assurés, a sollicité leur récusation.

b. L'OAI a transmis, le 28 février 2020, un projet de décision à l'assuré, aux termes duquel il constate que les motifs de récusation invoqués ne sont pas de nature à être pris en considération. Il relève que la valeur probante du rapport d'expertise du 11 juillet 2017 a été confirmée par la chambre de céans et n'a pas été remise en question sur le fond par le Tribunal fédéral. Il rappelle que, par arrêt du 24 mars 2016, celui-ci avait confirmé sa décision du 15 décembre 2015, et que s'il lui avait retourné le dossier, c'était uniquement pour qu'il examine les conditions du droit à une éventuelle rente pour la période postérieure au 15 décembre 2010. Il indique qu'à l'issue de l'instruction médicale, il n'a pas reconnu d'aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis la période concernée et qu'il a dès lors maintenu un degré d'invalidité de 31 % comme dans sa décision du 15 décembre 2010, soit un taux insuffisant pour ouvrir le droit à des prestations sous forme de rente.

c. L'assuré a contesté ce projet de décision le 30 avril 2020. Il a produit une nouvelle IRM de la colonne cervicale réalisée par le Centre d'imagerie de Lancy (ci-après : CIL) le 9 mars 2020.

d. Invité à se déterminer sur cette nouvelle pièce, le SMR a relevé, le 16 juin 2020, une aggravation par rapport à la dernière IRM de 2013, soit la présence d'une myélopathie cervicale. Il considère toutefois que l'examen radiologique en soi, sans examen clinique ou ENMG l'accompagnant, ne remet pas en question l'appréciation des experts de juillet 2017. Il a en revanche considéré qu'il était important de savoir si l'assuré présentait une aggravation clinique postérieure à l'expertise bi-disciplinaire, de sorte qu'une reprise de l'instruction s'avérait nécessaire auprès du médecin traitant et des éventuels spécialistes consultés.

Le docteur T_____, médecin traitant, la doctoresse R_____, neurochirurgienne, et le docteur S_____, neurologue, ont été interrogés par l'OAI.

Dans une note du 24 novembre 2020, le médecin du SMR a pris connaissance des avis de la Dresse R_____ du 14 mai 2020 (dont le diagnostic est celui de canal cervical étroit avec possible myélopathie) et du Dr S_____ du 28 mai 2020 (qui n'a mis en évidence ni déficit sensitivomoteur, ni myélopathie, ni syndrome du tunnel carpien). Il constate que, selon la Dresse R_____, l'activité antérieure n'est plus envisageable, mais que la capacité de travail dans une activité adaptée est de 100 % et que, selon le Dr S_____, la capacité de travail est de 80 % dans une activité adaptée. Le SMR retient ainsi que l'état de santé de l'assuré ne s'est pas aggravé par rapport aux conclusions des experts en 2017 et en 2018, de sorte que le rapport du SMR du 7 février 2020 demeure valable. Il ajoute que l'assuré se

plaignait déjà de douleurs dans le membre inférieur droit lors de l'expertise de 2017, ce dont les experts avaient tenu compte dans leurs conclusions.

e. Par décision du 15 février 2021, l'OAI a considéré que les motifs de récusation invoqués par l'assuré à l'encontre du Dr P_____ et de la Dresse Q_____ devaient être écartés, et sur le fond, a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité.

F. **a.** L'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours auprès de la CJCAS le 19 mars 2021 contre ladite décision. Il persiste à considérer que des motifs de récusation existent bel et bien à l'égard du Dr P_____ et de la Dresse Q_____, soit :

- ni l'un, ni l'autre ne sont spécialisés dans les domaines sur lesquels a porté l'expertise ;
- la Dresse Q_____ a exercé durant plusieurs années comme médecin cheffe du SMR ;
- et l'OAI n'a pas cherché à éclaircir les liens pouvant unir le docteur U_____ au docteur F_____, dont l'expertise avait été jugée non probante par la chambre de céans.

Il ajoute que, si par impossible, la chambre de céans jugeait que l'expertise n'était pas formellement viciée, se poserait la question de sa force probante, étant rappelé que, contrairement à ce que soutient l'OAI, le Tribunal fédéral n'avait retenu ni les conclusions de cette expertise du O_____, ni sa valeur probante. L'arrêt de la chambre de céans s'y référant avait été annulé. Celle-ci devait donc examiner aujourd'hui le dossier dans son ensemble et, partant, se pencher à nouveau sur la question de la valeur probante de l'expertise du O_____.

Il constate que, dans le cadre de l'instruction complémentaire menée par l'OAI suite à son projet de décision du 28 février 2020, il a été démontré que l'état de santé du recourant s'était aggravé, notamment sous la forme d'une myélopathie cervicale et de lombalgies ayant une incidence sur la capacité de travail de l'assuré. Il souffre par ailleurs de difficultés mnésiques et attentionnelles, ainsi que de discrets troubles neurocognitifs selon le Dr T_____. Or, le SMR n'a pas tenu compte de ces éléments. Il n'a rien dit non plus sur la conclusion du Dr S_____ selon laquelle il ne peut travailler dans une activité adaptée qu'à 80 %. Il y a donc aggravation de l'état de santé de l'assuré, raison pour laquelle il a conclu à ce que la chambre de céans ordonne une nouvelle expertise bi-disciplinaire (neurologie et orthopédie).

Il relève que l'OAI n'a pas procédé à une nouvelle comparaison des salaires et n'a pas chiffré précisément sa perte de gain avant de rendre la décision litigieuse. La précédente évaluation de la perte de gain datait de 2010 et parvenait à un degré d'invalidité de 31.20 %. À l'époque, la durée normale hebdomadaire de travail prise en compte était de 41.8 heures, alors qu'elle est aujourd'hui de 41.7 heures.

L'OAI admettait à l'époque un abattement de 20 %. C'est donc un abattement de 25 % qui devrait être à présent admis.

Il a conclu, préalablement, à la mise sur pied d'une expertise, principalement, à l'annulation de la décision du 15 février 2021 et à l'octroi, au minimum, d'une demi-rente d'invalidité dès le 16 décembre 2010.

b. Dans sa réponse du 13 avril 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours.

c. Dans sa réplique du 7 mai 2021, l'assuré a intégralement persisté dans les arguments et conclusions de son recours.

d. Dans sa duplique du 31 mai 2021, l'OAI a maintenu que la mise sur pied d'une nouvelle expertise n'était pas nécessaire et s'est référé à ses précédentes conclusions en rejet du recours et en confirmation de la décision litigieuse.

e. Ce courrier a été transmis à l'assuré et la cause gardée à juger.

G. **a.** La chambre de céans a informé les parties, par courrier du 22 décembre 2021, de son intention de mettre en œuvre une expertise judiciaire cardiologique, neurologique, psychiatrique et en médecine interne et leur a communiqué les questions qu'elle avait l'intention de poser aux experts, tout en leur impartissant un délai pour compléter celles-ci et faire valoir une éventuelle cause de récusation envers les experts pressentis, soit la doctoresse V_____, médecin interne neurologue, W_____, cheffe de clinique superviseur, le professeur X_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

b. Les parties se sont déterminées et ont indiqué n'avoir aucun motif de récusation à l'encontre des experts à faire valoir, M. A_____ émettant toutefois des réserves s'agissant des neurologues pressentis. Les parties ont également souhaité poser des questions supplémentaires.

c. Par courrier du 18 mars 2022, le professeur X_____ a proposé de mandater le Dr Y_____, médecin adjoint dans le service de chirurgie orthopédique des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), lui-même n'ayant pas la disponibilité pour effectuer l'expertise.

d. Par courrier du 13 mai 2022, les parties ont été avisées que les docteurs Z_____, orthopédiste, et Y_____, superviseur, étaient pressentis pour agir en tant qu'experts, aux côtés de la docteure V_____, médecin interne neurologue, et de la docteure W_____, cheffe de clinique superviseur, et se sont vues communiquer les questions que la chambre de céans avait l'intention de poser aux experts, tout en leur impartissant un délai pour compléter celles-ci et faire valoir une éventuelle cause de récusation envers les experts pressentis.

e. Les parties se sont déterminées et n'ont pas fait valoir de motifs de récusation à l'encontre desdits experts, mais ont en revanche sollicité que des questions

supplémentaires soient intégrées dans la mission d'expertise. Celle-ci a dès lors été complétée en ce sens.

EN DROIT

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

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

2. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

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

3. Le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, plus particulièrement sur la question de savoir si son état de santé s'est aggravé depuis le 16 décembre 2010. Il y a à cet égard lieu de rappeler que par arrêt du 4 décembre 2019 (9C_413/2019), le Tribunal fédéral a annulé la décision de l'OAI du 2 mai 2018 niant le droit de l'assuré à une rente d'invalidité au motif qu'il n'y avait pas eu d'aggravation de son état de santé postérieurement au 15 décembre 2010, ainsi que l'arrêt de la chambre de céans du 30 avril 2019 (ATAS/381/2019) l'a confirmé.

4.

4.1. Cela étant, l'assuré ayant invoqué une violation de l'art. 44 LPGA, au motif qu'un tiers médecin avait participé à l'expertise sans que son nom ne lui ait été communiqué, le Tribunal fédéral a, dans son arrêt du 4 décembre 2019, examiné la question de savoir si l'expertise du 11 juillet 2017 réalisait les exigences de cette disposition légale.

Considérant que « dans ces circonstances, dans lesquelles les experts désignés ont accompli personnellement les tâches fondamentales d'expertise, le fait que l'assuré n'a pas eu connaissance du nom des médecins auxiliaires, qui ne sont intervenus que de manière ponctuelle dans le cadre de l'expertise, ne constitue pas une violation si grave de ses droits de participation ou d'être entendu qu'elle ne serait pas susceptible de réparation. À cette fin, il convient de placer le recourant dans la situation dans laquelle il peut reconnaître s'il entend ou non soulever un motif de récusation à l'encontre du ou des médecins auxiliaires impliqués », le Tribunal fédéral a admis le recours et renvoyé la cause à l'OAI « pour qu'il procède aux démarches nécessaires pour que le nom du ou des médecins dont les docteurs N_____ et M_____ s'étaient adjoints l'assistance soi(en)t communiqué(s) au recourant et que celui-ci puisse se prononcer sur un éventuel

motif de récusation » et rende une nouvelle décision sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité.

4.2 Dûment informé par l'OAI du nom des médecins ayant participé à la rédaction du rapport d'expertise du 11 juillet 2017, soit le Dr P_____ et la Dresse Q_____, l'assuré a en l'occurrence sollicité leur récusation, aux motifs que :

- ni l'un, ni l'autre ne sont spécialisés dans les domaines sur lesquels a porté l'expertise ;

- et que la Dresse Q_____ a exercé durant plusieurs années comme médecin cheffe du SMR.

4.3 Il s'agit ainsi de se déterminer, en tout premier lieu, sur la demande de récusation du Dr P_____ et de la Dresse Q_____ ayant œuvré en tant que médecins auxiliaires dans la réalisation de l'expertise des Drs M_____ et N_____.

4.4 Selon l'art. 44 LPGA, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties ; celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions.

La communication du nom de l'expert doit notamment permettre à l'assuré de reconnaître s'il s'agit d'une personne à l'encontre de laquelle il pourrait disposer d'un motif de récusation (ATF 146 V 9 consid. 4.2). Lorsque l'assureur social et l'assuré ne s'entendent pas sur le choix de l'expert, l'administration doit rendre une décision directement soumise à recours (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6 ; ATF 138 V 318 consid. 6.1).

Les principes posés par la jurisprudence en relation avec l'art. 44 LPGA, tant sous l'angle des droits de participation de l'assuré que des exigences en matière de substitution de l'expert mandaté et de l'obligation de communiquer le nom des médecins mandatés préalablement à l'expertise, respectivement le droit de l'assuré de connaître ce nom, concerne la personne qui est chargée par l'assurance-invalidité (ci-après : AI) d'effectuer l'expertise. Cette obligation ne s'étend pas au nom du tiers qui assiste l'expert pour des activités annexes ne faisant pas partie des tâches fondamentales d'expertise. On ne saurait en revanche considérer comme un simple auxiliaire accomplissant une tâche secondaire le médecin chargé par l'expert d'établir l'anamnèse de base de la personne soumise à l'expertise, d'analyser et de résumer le dossier médical ou de relire le rapport pour vérifier la pertinence de ses conclusions. L'activité intellectuelle déployée par le médecin dans ces situations peut en effet avoir une influence sur le résultat de l'expertise. Par exemple, la démarche consistant à établir le résumé du dossier médical implique une analyse comprenant déjà une certaine marge d'interprétation. Même si le résumé ne doit contenir que des extraits des pièces du dossier, il repose sur une sélection des dates, informations et données qui sont considérées comme déterminantes pour son auteur. Une telle sélection contribue au résultat de l'expertise. Les tâches d'analyse

et de relecture du dossier ne peuvent pas non plus être considérées comme secondaires, puisque les médecins intervenant à ce titre contribuent au résultat de l'expertise. En conséquence, leur nom doit être communiqué au préalable à l'assuré, conformément à l'art. 44 LPGA, et le non-respect de cette exigence constitue une violation de ses droits de participation et d'être entendu. Le Tribunal fédéral a cependant considéré que lorsque, comme en l'espèce, les experts en charge d'examiner un assuré ont conjointement établi le rapport après qu'ils en ont discuté à la suite de leur lecture du dossier et de leur examen et ont vérifié la conformité du résumé aux pièces du dossier à leur disposition, le fait que l'assuré n'ait pas eu connaissance du nom des médecins intervenus que de manière ponctuelle dans le cadre de l'expertise ne constitue pas une violation si grave de ses droits de participation ou d'être entendu qu'elle ne serait pas susceptible de réparation. À cette fin, il convient de placer l'assuré dans la situation dans laquelle il peut reconnaître s'il entend ou non soulever un motif de récusation à l'encontre du ou des médecins auxiliaires impliqués (ATF 146 V 9 consid. 4.2.3, 4.3.2 et 4.4).

La chambre de céans a déjà eu l'occasion de s'interroger sur la nécessité pour des médecins tiers de collaborer à la rédaction d'une expertise (ATAS/641/2021). Elle a à cet égard déjà fait part de ses difficultés à comprendre l'opportunité de ces interventions, dès lors que les experts prennent connaissance du dossier entier et que le relecteur ne peut modifier les conclusions du rapport, selon la pratique alors décrite par le O_____. Il y a toutefois lieu de rappeler que l'expert jouit d'une large autonomie dans la manière de conduire son expertise, s'agissant notamment des modalités de l'examen clinique et du choix des examens complémentaires à effectuer (arrêt du Tribunal fédéral 9C_812/2014 du 16 février 2015 consid. 4.1), de sorte que le juge n'est pas fondé à exclure la participation de médecins tiers dans l'établissement d'un rapport d'expertise – sous réserve du respect des droits de l'assuré en matière de participation et du cadre du mandat d'expertise.

4.5 Dans leur rapport d'expertise du 11 juillet 2017, les Drs M_____ et N_____ ont à cet égard précisé en préambule que le dossier était analysé et résumé par un médecin ne participant pas aux examens. Leur rapport final était en outre soumis en dernière relecture à un médecin n'ayant pas examiné l'assuré afin de juger de la clarté du texte et de la pertinence des conclusions.

Par courrier du 21 janvier 2020, le O_____ a précisé que :

« si le Dr P_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation a certes préparé le dossier, les experts responsables de cette expertise, à savoir les Drs M_____ et N_____, ont néanmoins pu prendre connaissance de l'intégralité du dossier lequel leur a été mis à disposition avant de procéder à leurs examens et à leur travail d'expertise.
Il convient de préciser que le rôle du préparateur consiste à répertorier les pièces du dossier et à les citer en donnant un aperçu succinct sans élaboration ni interprétation.

L'expertise a ensuite été relue par Mme le Dr Q_____, spécialiste en médecine interne et pneumologie. Celle-ci a exclusivement vérifié la cohérence du texte final, les relecteurs n'étant en effet pas habilités à modifier l'avis et les décisions des experts.
En effet, les experts du O_____ bénéficient de la collaboration des équipes administratives et médicales au O_____, lesquelles n'ont toutefois aucun pouvoir décisionnaire sur les expertises rédigées par les experts et leurs conclusions ».

4.6 Il est vrai que le Dr P_____ et la Dresse Q_____ ne sont pas spécialistes FMH, ni en neurologie, ni en orthopédie. Ce qui importe toutefois, c'est que les Drs N_____ et M_____, qui se sont vus confier la mission d'examiner l'assuré, le soient. Le Dr P_____ et la Dresse Q_____ ne sont par ailleurs intervenus que pour accomplir des tâches secondaires, soit répertorier et citer les pièces du dossier, relire et vérifier la cohérence du texte final, tâches qui ne nécessitent pas de connaissances spécialisées dans les disciplines ayant fait l'objet d'un examen et qu'ils n'ont eu aucun pouvoir décisionnaire.

4.7 L'OAI a confirmé que la Dresse Q_____ avait travaillé au sein du SMR. On ne voit pas que son impartialité puisse être mise en doute pour ce seul motif, étant par ailleurs rappelé qu'elle n'était précisément pas le médecin mandaté pour réaliser l'expertise. On peut également rappeler que les rapports du SMR ne sont pas nécessairement dénués de toute valeur probante et il est admissible que l'OAI, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu.

4.8 L'assuré reproche à l'OAI de n'avoir pas cherché à éclaircir les liens pouvant unir le docteur F_____, dont l'expertise avait été jugée non probante par la chambre de céans (ATAS/1240/2012) au docteur U, spécialiste FMH orthopédie. Il n'apparaît toutefois pas que ce dernier ait participé de quelle que manière que ce soit à l'expertise du 11 juillet 2017, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'approfondir la question d'éventuels liens entre les deux médecins.

4.9 Il y a lieu de conclure, au vu de ce qui précède, qu'aucune des causes de récusation soulevée par l'assuré ne peut être retenue. Aussi, l'expertise du 11 juillet 2017 ne saurait-elle être écartée d'emblée.

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

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

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

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).

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.

6.

6.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. 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.

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

6.3 Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

6.4 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 ; 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).

6.5 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 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).

6.6 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinions 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).

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).

7. 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).

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).

8.

8.1 En l'espèce, l'OAI a confirmé, s'agissant de la période postérieure au 15 décembre 2010, le degré d'invalidité de 31 % déjà retenu dans sa décision du même jour. Il s'est fondé, d'une part, sur le rapport d'expertise du 11 juillet 2017, dont il considère que la valeur probante a été confirmée par la chambre de céans et n'a pas été remise en question sur le fond par le Tribunal fédéral dans son arrêt du 4 décembre 2019 (9C_413/2019), et, d'autre part, sur les résultats de l'instruction complémentaire que lui a demandé de mener la Haute Cour dans son arrêt du 24 mars 2016 (9C_371/2015), et à l'issue de laquelle aucune aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis le 15 décembre 2010 n'a été mise en évidence.

8.2 Il y a tout d'abord lieu de constater qu'en réalité, et contrairement aux allégués de l'OAI, le Tribunal fédéral ne s'est pas prononcé sur la question de la valeur probante de l'expertise du 11 juillet 2017.

Il est vrai que dans son arrêt du 30 avril 2019 (ATAS/381/2019), la chambre de céans l'avait quant à elle admise et avait partant pris en compte les conclusions des experts selon lesquelles le recourant continuait à disposer d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée après le 15 décembre 2010. Le Tribunal fédéral a toutefois annulé cet arrêt le 4 décembre 2019 (9C_413/2019). Il convient dès lors de se prononcer à nouveau sur cette question.

8.3 La chambre de céans avait retenu que l'expertise des docteurs M_____ et N_____ du 11 juillet 2017 comprenait sur le plan formel tous les éléments nécessaires pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, puisque ces médecins avaient pris connaissance du dossier du recourant, établi son anamnèse, recueilli ses plaintes et relaté les résultats de leurs examens cliniques.

Sur le fond, les Drs M_____ et N_____ avaient, dans leur expertise du 11 juillet 2017, constaté que sur le plan orthopédique, l'assuré présentait surtout des troubles dégénératifs pluri-étagés avec un canal cervical étroit. Ces cervicalgies avaient certainement une origine dégénérative et avaient été exacerbées par les quatre accidents subis. La situation actuelle était stabilisée et les plaintes de l'assuré, quoique mal systématisées, étaient constantes et de description identique depuis environ 2001.

Sur le plan neurologique, seules pouvaient être retenues une cervicalgie chronique simple depuis 2001 et une distorsion de la colonne cervicale de grade I selon l'échelle de la Québec Task Force à la suite de l'accident de 2005. La situation ne s'était pas aggravée depuis 2010.

La chambre de céans avait considéré, dans son arrêt du 30 avril 2019, que les conclusions du rapport d'expertise étaient soigneusement motivées et convaincantes.

Il n'y a pas de raison d'en juger autrement. Force est ainsi de confirmer la valeur probante de l'expertise du 11 juillet 2017 et partant de reprendre ses conclusions, étant rappelé que si le Tribunal fédéral avait annulé l'arrêt de la chambre de céans du 30 avril 2019 et renvoyé le dossier à l'OAI, c'était uniquement pour que celui-ci procède aux démarches nécessaires pour que le nom ou les noms des médecins dont les Drs M_____ et N_____ s'étaient adjoints l'assistance soi(en)t communiqué(s) au recourant et que celui-ci puisse se prononcer sur un éventuel motif de récusation.

Il y a en conséquence lieu de retenir que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée est entière après le 15 décembre 2010, ce jusqu'à l'expertise du 11 juillet 2017.

9. Reste à examiner si les nouvelles pièces médicales versées au dossier depuis cette expertise justifieraient de considérer que l'état de santé de l'assuré s'est aggravé.

9.1 Une IRM de la colonne cervicale réalisée par le Centre d'imagerie de Lancy le 9 mars 2020 a révélé la présence d'une myélopathie cervicale qui ne figurait pas sur les documents d'imagerie dont on disposait jusqu'en 2013. Une telle atteinte peut fonder une aggravation.

C'est du reste en prenant connaissance de cette IRM que le médecin du SMR a souhaité en juin 2020 que l'instruction soit reprise.

Après avoir interrogé les Drs R_____, S_____ et T_____, il a en définitive jugé que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas aggravé depuis les conclusions des experts en « 2017 et 2018 » et que son dernier rapport du 7 février 2020 demeurait dès lors valable.

9.2 Dans ses rapports des 14 mai et 27 août 2020, la Dresse R_____ a indiqué que l'assuré présentait un canal cervical étroit à plusieurs niveaux, le plus important C3-C4 avec une myélopathie cervicale-S/p contusion médullaire, ainsi que des protrusions importantes aux niveaux en-dessous, a souligné à diverses reprises que des clarifications devaient être apportées et a proposé plusieurs examens chez le Dr S_____.

Elle a en l'état conclu qu'une activité professionnelle légère respectant les limitations était envisageable, tout en recommandant d'investiguer encore la colonne lombaire avec une IRM pour comprendre les douleurs qui irradient dans le MlD.

9.3 Dans ses rapports des 28 mai et 30 juillet 2020, le Dr S_____ a retenu, à titre de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, des troubles dégénératifs de la colonne cervicale avec canal cervical étroit C3-C4 et une myélopathie cervicale démontrée par l'IRM. Il est vrai que, selon lui, il n'y a pas de signes compatibles avec une atteinte radiculaire de type lésionnelle du membre supérieur droit dans le cadre de cervicalgies avec des douleurs du membre supérieur du côté droit, que les potentiels évoqués moteurs enregistrés au niveau des quatre membres sont dans la norme avec une conduction corticospinale normale au niveau des quatre membres, que les potentiels évoqués sensitifs enregistrés par stimulation du nerf médian aux membres supérieurs et également aux membres inférieurs sont en faveur d'une conduction afférente aux quatre membres normale, que l'absence de signes de dénervation aiguë dans les myotomes C4 à D1 parle contre une légion radiculaire à ces niveaux, et qu'il n'y a pas d'argument pour un syndrome du tunnel carpien au membre supérieur droit.

Il en déduit toutefois qu'« il s'agit donc d'une irritation radiculaire du membre supérieur droit et […] n'expliquant pas les symptômes au niveau du membre inférieur raison pour laquelle, il faudrait compléter le bilan radiologique par une IRM lombaire actuellement puis dorsale si l'IRM lombaire ne montre pas d'anomalie. [Il] reste à disposition pour revoir le patient pour compléter le bilan par un examen électroneuromyographique des membres inférieurs ».

Il évalue par ailleurs la capacité de travail à 80 % dans une activité adaptée, sans expliquer pour quelle(s) raison(s) il retient ce taux. Dans son avis du 24 novembre 2020, le médecin du SMR se contente d'en prendre note sans le discuter.

9.4 Dans son rapport du 26 octobre 2020, le Dr T_____ indique que l'assuré souffre de difficultés mnésiques et attentionnelles, ainsi que de discrets troubles neurocognitifs. Selon lui, la symptomatologie douloureuse tend à s'aggraver, invalidante et nécessitant la prise de médicaments antalgiques régulièrement.

9.5 Force est de constater, au vu de ces rapports médicaux, que l'état de santé de l'assuré s'est vraisemblablement, au degré requis par la jurisprudence, aggravé depuis l'expertise du 11 juillet 2017, de sorte qu'une expertise s'impose à nouveau, comprenant les volets neurologie et orthopédie. Elle sera confiée à la docteure V_____, médecin interne neurologue, à la docteure W_____, cheffe de clinique superviseur au service de neurologie, au docteur Z_____, orthopédiste, et au docteur Y_____, superviseur au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, lesquels exercent au sein des HUG.

* * * * * *

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

I. Ordonne une expertise neurologique et orthopédique de Monsieur A_____.

1. Commet à ces fins la docteure V_____, médecin interne neurologue, la docteure W_____, cheffe de clinique superviseur au service de neurologie, le docteur Z_____, orthopédiste, et le docteur Y_____, superviseur au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, lesquels exercent au sein des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), sis rue Gabrielle-Perret-Gentil 4, 1205 Genève.

   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 et spécialistes ayant traité la personne expertisée.

   C. Examiner et entendre la personne expertisée et, si nécessaire, ordonner d'autres examens, voire s'adjoindre le concours d'un neuropsychologue s'agissant des examens neuropsychologiques.

   D. Établir un rapport comprenant les éléments et les réponses aux questions suivantes :

      1. **Quelle est l'anamnèse détaillée ?**

      2. **Décrire les activités quotidiennes de la personne expertisée, avec une journée standard.**

      3. **Quelles sont les plaintes de la personne expertisée ?**

      4. **Quelles sont vos constatations objectives ?**

      5. **Quels sont les diagnostics (selon la classification internationale en cas de troubles psychiques) ?**

         Préciser quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse).

      5.1 Avec répercussion sur la capacité de travail (en mentionnant les dates d'apparition) ;

      5.2 Sans répercussion sur la capacité de travail (en mentionnant les dates d'apparition) ;

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

5.4 Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?

5.5 L'état de santé de l'expertisé du point de vue neurologique et/ou orthopédique s'est-il amélioré / détérioré depuis l'expertise du 15 décembre 2010 ? Et depuis celle du 11 juillet 2017 ?

5.6 Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par la personne expertisée).

5.7 Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

5.7.1 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

5.7.2 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?

5.7.3 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

6. **Limitations fonctionnelles**

Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic (en mentionnant leur date d'apparition) :

6.1 dans l'activité habituelle ;

6.2 dans une activité adaptée.

6.3 Les plaintes sont-elles objectivées ?

7. **Capacité de travail**

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

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

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

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

7.2 Comment la capacité de travail de la personne assurée a-t-elle évolué depuis l'expertise du 15 décembre 2010 ? Et depuis celle du 11 juillet 2017 ?

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

7.4 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

8. **Traitement**

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

8.2 Effectuer un dosage sanguin des traitements antalgiques.

8.3 La personne expertisée a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ?

8.4 Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?

8.5 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

9. **Appréciation d'avis médicaux du dossier**

9.1 Êtes-vous d'accord avec les avis médicaux du SMR et des médecins traitants rendus depuis l'expertise du 11 juillet 2017 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées, l'estimation de la capacité de travail et son évolution ? Si non, pourquoi ?

10. Quel est le pronostic ?

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

12. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

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

F. Invite les experts à déposer leur rapport en trois exemplaires dans les meilleurs délais auprès de la chambre de céans.

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

La greffière | La présidente

Marie NIERMARÉCHAL | Fabienne MICHON RIEBEN

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