RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1409/2019 **ATAS/913/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 1er septembre 2021

4ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à VERSOIX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Antoine BOESCH — recourant

contre

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

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

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant) est né le _____ 1974, marié et père de deux enfants nés en 2002 et 2005.

2. En 2012, il a eu un accident de la circulation lors duquel son véhicule a été percuté par l'arrière par un autre véhicule.

3. Le 15 septembre 2014, il a eu un second accident de la circulation, similaire au premier.

4. Dans une fiche documentaire pour première consultation après un traumatisme d'accélération cranio-cervical établie le 15 septembre 2014, le docteur B_____, de l'hôpital de la Tour, a décrit les circonstances de l'accident et ses conséquences. L'assuré avait été percuté par un autre véhicule. Sa tête était partie en avant et en arrière et avait dû cogner le bord de l'appuie-tête. L'assuré n'avait pas été pris en charge par les ambulanciers, car il souhaitait se rendre à l'enterrement d'un proche. Il s'était présenté aux urgences après l'enterrement. Le Dr B_____ avait retenu, comme diagnostic provisoire, des douleurs à la nuque et des troubles ostéo-musculaires entraînant une incapacité de travail de l'assuré de 100% du 15 au 22 septembre 2014.

5. Selon le certificat médical initial établi le 7 novembre 2014 par le docteur C_____, médecin généraliste, l'assuré avait subi une commotion cérébrale, souffrait de cervicalgies aigües et était en incapacité totale de travailler dès le 15 septembre 2014.

6. Selon un rapport établi le 17 novembre 2014 par la doctoresse D_____, de l'hôpital de la Tour, l'assuré avait subi, le 15 septembre 2014, un traumatisme crânien et une contracture musculaire, en se faisant percuter par un autre véhicule alors que le sien était immobilisé à un feu rouge. Il était en incapacité de travail à 100% dès le 15 septembre 2014.

7. Selon un rapport établi le 7 février 2015 par le Dr C_____, l'assuré souffrait, suite à son accident du 15 septembre 2014, de nombreux symptômes très invalidants, tels que des cervico-brachialgies, des acouphènes et des céphalées. Il avait été en incapacité à 100% de travail jusqu'au 2 novembre 2014, puis à 80%, pour une date indéterminée.

8. Le 10 février 2016, l'assuré a demandé des prestations de l'assurance-invalidité, indiquant être en incapacité totale de travail dès le 15 septembre 2014, puis à 80% du 15 novembre 2015 au 25 février 2016. Il travaillait en tant qu'indépendant dans la brocante (marché aux puces à 20%) pour un revenu de CHF 800.- par mois. Il souffrait de cervicalgies, migraines, acouphènes, névralgies, douleurs du dos et de la colonne et de dépression depuis le 15 septembre 2014. Il faisait partie de la communauté des gens du voyage et voyageait en caravane des mois de mars-avril à novembre.

9. Selon un rapport établi par le Dr C_____ le 28 janvier 2015, malgré un traitement médicamenteux conséquent (Tramadol, Ibuprofen 600, Dafalgan et Sirdalud), associé à de la physiothérapie, il ne notait aucune amélioration significative somatique, mais un état dépressif réactionnel. L'assuré ne parvenait plus à assurer son activité professionnelle, ni son rôle de père et mari, dans un contexte où son épouse souffrait d'importantes douleurs lombaires. Un complément de traitement par Lyrica et Cymbalta avait été introduit en décembre 2014, qui avait permis une discrète amélioration. Néanmoins, le patient n'avait pas pu reprendre une vie normale, avec des épisodes douloureux aigus, l'obligeant à se coucher. Seule une reprise professionnelle à 20% avait pu être introduite. De nouvelles investigations allaient être nécessaires, de même qu'une consultation neurologique, devant l'évolution non favorable de la situation. Dans le cas d'un second épisode d'entorse cervicale, il était connu que la récupération était très lente et pouvait laisser des séquelles de douleurs et une impotence fonctionnelle plus ou moins importantes.

10. Selon un rapport établi le 31 juillet 2015 par la doctoresse E_____, du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après le Centre de la douleur), l'assuré décrivait, depuis l'accident du 15 septembre 2014, des céphalées, des dorsalgies, des cervicalgies et une omalgie gauches, associées à des acouphènes et des troubles de la concentration. Les douleurs étaient constantes, d'une intensité variant dans les meilleurs moments à 5/10 et lors des épisodes de blocage à 10/10. Malgré les douleurs, l'assuré restait actif, faisait déjeuner les enfants et les amenait à l'école le matin. Ensuite, il essayait de bricoler, en changeant constamment de position, et d'aller à ses différents rendez-vous professionnels. Il s'allongeait volontiers en début d'après-midi, puis retravaillait, mais de façon inconstante. S'il avait assuré l'exposition de son stand aux puces, à Plainpalais – ce qu'il ne pouvait actuellement pas faire plus qu'une demi-journée et le jour d'après, il ne pouvait pas être actif. Le traitement de physiothérapie deux fois par semaine lui permettait de sentir une certaine détente. L'ostéopathie était efficace en cas de blocage. Les médicaments amélioraient légèrement ses douleurs et permettaient un meilleur sommeil. À la suite de dorsalgies apparues après une chute en 2003, l'assuré avait reçu un traitement de trois blocs de bupivacaïne des zones gâchette. Il semblait qu'une zone d'insensibilité se soit ensuite installée. La radiographie cervico-dorsale, le CT-scan dorsal, la scintigraphie osseuse et l'IRM cervico-dorsale ne montraient alors aucune pathologie. L'assuré était indépendant et s'occupait de la vente d'antiquités et de bijoux, en particulier sur le marché de Plainpalais. Actuellement, il travaillait à 20%. L'assuré décrivait être le pilier de la famille élargie et s'occuper de toutes les démarches administratives de ses beaux-parents. Il avait des troubles de la mémoire handicapants et une irritabilité qu'il ne présentait pas auparavant et qui rendait parfois les contacts avec ses enfants difficiles. Il était souvent tendu, nerveux et quelquefois découragé devant la persistance des douleurs et de son handicap. Il avait également des cauchemars de mort très réguliers. Il présentait une appréhension et une anxiété en voiture, en particulier s'il était passager. Ses scores

d'anxiété, de 15/21, et ceux de dépression, de 12/21 sur le HAD, étaient compatibles avec un état anxio-dépressif. Après avoir décrit son examen clinique, la Dresse E_____ a indiqué, sous discussion et proposition, que l'anamnèse et le status évoquaient la présence de céphalées et de cervicalgies à la suite de deux entorses cervicales avec une possible composante neurogène, une dyskinésie de l'omoplate gauche, un conflit sous-acromial du même côté ainsi qu'un dysfonctionnement de la coiffe des rotateurs. Pour compléter le bilan, elle proposait d'effectuer des RX fonctionnels du rachis cervical, une échographie de l'épaule gauche à la recherche d'une lésion de la coiffe et éventuellement une IRM cervicale. Du point de vue de la prise en charge physique, elle proposait un complément d'approche au niveau des points triggers pour l'épaule gauche par dry needling, associé à un travail actif progressif de stabilisation de la scapula, de renforcement des abaisseurs et de l'ensemble de la coiffe, selon les résultats échographiques. Elle proposait d'augmenter la prégabaline (Lyrica) à raison de 50 mg tous les cinq jours jusqu'à 200 mg, voire 300 mg. Des troubles cognitifs et de l'humeur pouvaient compliquer les suites d'une entorse cervicale. Elle reverrait l'assuré avec une psychiatre consultante au courant du mois de septembre 2015.

11. Selon un rapport établi le 21 août 2015 par le Dr C_____, l'assuré souffrait de cervicalgies chroniques après ses deux accidents de la circulation survenus les 14 février 2012 et 15 septembre 2014, lors desquels il avait subi une entorse cervicale. Il avait des douleurs constantes, des céphalées, des cervicalgies, des dorsalgies et des omalgies à gauche, associées à des acouphènes et des troubles de la concentration. Tous ces symptômes étaient réapparus après le deuxième accident et persistaient, malgré les traitements. Cet état empêchait l'assuré d'exercer son activité professionnelle et le handicapait dans tous les gestes de sa vie courante. Il était en arrêt de travail à 80%.

12. Selon un rapport du 5 octobre 2015, l'assuré avait été revu au Centre de la douleur le 29 septembre 2015. L'échographie de l'épaule gauche avait montré une bursite et une arthrose. La prise d'acide méfénamique (Ponstan) avait permis une amélioration des douleurs pendant quinze jours. Cependant depuis quelques jours, les douleurs étaient redevenues intenables et une infiltration sous échographie était prévue le 2 octobre. La prise de prégabaline (Lyrica), qui avait été progressivement augmentée, actuellement à 250 mg/j (50 mg le matin, 100 mg à midi et 100 mg le soir), atténuait les douleurs. L'assuré remarquait qu'en général les médicaments le soulageaient bien pendant les quinze premiers jours de prise, puis que l'effet antalgique diminuait très vite. Il avait également remarqué ce phénomène avec la prise de duloxétine (Cymbalta dont la posologie actuelle était de 60 mg). La physiothérapie le soulageait sur le moment, mais ne permettait pas un post-effet antalgique. Par ailleurs, l'assuré avait fait part de son épuisement non seulement physique mais également psychique avec une irritabilité qu'il avait de la peine à contrôler. Il lui avait été proposé de prendre contact avec doctoresse F_____, FMH en psychiatrie et psychothérapie. L'assuré était très conscient du cercle

vicieux qui pouvait s'installer entre un état dépressif et une aggravation des douleurs.

13. Selon un rapport établi le 23 novembre 2015 par la Dresse F_____, malgré un traitement médicamenteux important, il n'y avait que peu d'amélioration et l'assuré développait progressivement un épuisement physique et psychique avec une irritabilité qu'il avait de la peine à contrôler. S'agissant du status psychiatrique, lorsque l'assuré s'était présenté à sa consultation du 5 octobre 2015, il présentait une thymie triste avec des affects congruents, mais mobilisables, des troubles du sommeil importants avec des cauchemars quotidiens en lien avec la mort, plus rarement en lien direct avec l'accident, et des réveils nocturnes. Il était vite fatigué et présentait un état d'anxiété en lien avec son état somatique et son futur. Il était tendu et inquiet lorsqu'il devait prendre la voiture et craignait d'avoir à nouveau mal. Par moment, il présentait des idées suicidaires, mais il ne voulait pas passer à l'acte en raison de ses enfants. Il se plaignait de troubles de la concentration et de la mémoire. Lorsque les douleurs étaient plus intenses, il tendait à s'isoler et devenait facilement irritable, ne supportant aucun bruit. Il présentait également un sentiment de dévalorisation en lien avec son incapacité actuelle d'assumer son rôle de mari et de père, même s'il s'efforçait dans la mesure du possible de s'occuper de ses enfants et de sa famille. Le diagnostic était un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive prolongée (F43.22). Un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré avec un traitement médicamenteux de Lyrica 300 mg/j et Temesta Expidet 1 mg/j au coucher, et 1 mg en réserve, était proposé. Au vu de la faible efficacité du Cymbalta, un traitement de Venlafaxine avait été introduit, mais il avait dû être rapidement interrompu car il avait été mal supporté. Un nouveau traitement antidépresseur n'avait pour l'instant pas été réintroduit, mais restait une option pour la suite. Une approche psychothérapeutique, à raison d'une séance par semaine, visait l'état anxio-dépressif et l'estime de soi.

14. Selon un rapport établi le 18 mars 2016 par la Dresse E_____, l'assuré avait indiqué que l'infiltration faite en octobre 2015 au niveau de son épaule gauche avait permis une disparition des douleurs pendant deux mois, mais que celles-ci étaient maintenant revenues et qu'elles perturbaient principalement son sommeil. Il présentait toujours des cervicalgies, une omalgie gauche et également des lombalgies, qui étaient apparues récemment. À l'examen clinique du jour, il présentait de vives douleurs à la palpation des vertèbres dorsales, de la musculature para-dorsale gauche et des muscles trapèzes. Avait également été retrouvée la persistance de la diminution de la sensibilité au toucher au niveau du muscle trapèze gauche et en regard de la face interne de l'omoplate gauche, mais sans irradiation au niveau thoracique antérieur, pouvant évoquer une atteinte d'un nerf sous-costal. Dans ce contexte, il était proposé de compléter le bilan par une IRM de la colonne dorsale avant de reprendre de la physiothérapie active avec apprentissage des exercices de Pilates pour stabiliser le bassin et diminuer les lombalgies.

15. Selon un rapport établi le 26 avril 2016 par la Dresse F_____, l'assuré suivait un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré sur une base hebdomadaire visant l'état anxio-dépressif et l'estime de soi. Il prenait du Cipralex, 10 mg par jour, du Lyrica, 300 mg par jour, et du Temesta, 1 mg au coucher. Selon son généraliste, il était incapable de travailler à 80% depuis novembre 2014. Sur le plan psychiatrique, bien que limité par son état anxio-dépressif et des troubles de la concentration, l'assuré était en mesure d'effectuer son activité, qui était d'environ 20 à 30%. Le rendement était réduit sur le plan psychiatrique, en raison des troubles de la concentration, de l'irritabilité et de l'anxiété en lien avec les douleurs constantes, des céphalées et des acouphènes. Une amélioration partielle pourrait être obtenue avec la poursuite du traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré.

16. Selon un rapport établi par le Dr C_____ le 4 mai 2016, l'assuré avait développé, suite à son accident, des violentes douleurs cervicales, des céphalées, des dorsalgies, des omalgies gauches, des nausées associées à des acouphènes bilatéraux et des troubles de la concentration, qui l'empêchaient d'exercer son activité professionnelle de brocanteur. Il était actuellement en arrêt de travail à 80%. Malgré un traitement médicamenteux important, le patient développait progressivement un épuisement physique et psychique avec une irritabilité.

    Au vu du peu d'efficacité, le traitement de Cymbalta avait été stoppé et un traitement d'Effexor avait été introduit, qui avait mal été supporté et également interrompu. L'introduction d'un traitement anxiolytique (Temesta Expidet 1 mg) au coucher avait permis une amélioration du sommeil, malgré la persistance des cauchemars. Cependant, au vu de l'absence d'amélioration sur le plan somatique et des difficultés familiales (incapacité de l'épouse à s'occuper des enfants et de toutes autres tâches), ainsi que des inquiétudes financières, l'état dépressif du patient s'était aggravé avec l'apparition d'idées de mort persistantes, sans projet de passage à l'acte en raison de ses enfants, nécessitant la réintroduction, en février 2016, d'un traitement antidépresseur de Cipralex 10 mg, puis une amélioration graduelle, mais partielle, de la thymie. Depuis le 15 septembre 2014, le patient était limité par ses symptômes douloureux dans toutes les activités physiques et dans sa capacité de concentration, d'adaptation et de résistance.

17. Selon un rapport établi le 21 juin 2016 par la Dresse E_____, l'assuré indiquait que la relaxation l'aidait à se détendre et qu'il effectuait ses exercices régulièrement le soir pour s'endormir. Comme il ne bénéficiait plus d'assurance perte de gain, il avait dû reprendre le travail malgré ses douleurs et assurait les marchés et de nombreux déplacements. Les mouvements répétitifs des membres supérieurs et le port de charges aggravaient très nettement ses douleurs, qui pouvaient persister pendant trois jours.

18. Le 27 août 2016, le Dr C_____ a indiqué que l'état de son patient était resté stationnaire, sans évolution favorable depuis 2014.

19. Selon un rapport établi le 25 octobre 2016 par la Dresse E_____, l'assuré avait été revu en consultation et décrivait peu de changements depuis la dernière consultation. Les douleurs étaient nettement aggravées par la tension musculaire et psychique. Toutes les approches qui diminuaient les tensions musculaires, telles que la physiothérapie, les massages, l'ostéopathie et la sophrologie le soulageaient partiellement. Dernièrement, il avait présenté un épisode de cervicalgies intenses, associées à des céphalées et des nausées, qui avait persisté tout un dimanche et n'avait pas répondu aux antalgiques. Les collègues ORL avaient conclu à un acouphène bilatéral, en lien avec une pathologie de la colonne cervicale et les muscles de la nuque. Ils ne proposaient pas d'autres approches que celles déjà mises en place, à savoir une approche par physiothérapie et psychothérapie. Une nouvelle infiltration au niveau de l'épaule n'avait pas apporté le même bénéfice antalgique que la première. Le suivi psychologique auprès de la Dresse F_____ était un appui très important pour l'assuré.

20. Selon un rapport établi le 1er novembre 2016 par la Dresse E_____, l'assuré présentait une douleur postérieure de l'omoplate qu'elle attribuait à une contracture musculaire ou une douleur référée des cervicales, ou encore secondaire à sa tendinopathie de la coiffe postéro-supérieure. Elle proposait de poursuivre le traitement de renforcement périscapulaire en cours, qui semblait soulager l'assuré, avec éventuellement l'adjonction d'une nouvelle infiltration de l'espace sous-acromial, voire un bilan des cervicales, si elle persistait ou se péjorait. L'assuré présentait encore une épicondylite qui, si elle devenait invalidante, pourrait être infiltrée. Le status neurologique des membres inférieurs était dans la norme et elle avait pu rassurer l'assuré à ce sujet. Elle lui avait proposé de poursuivre la mise en place de tous les moyens qui lui permettaient de gérer les douleurs au quotidien.

21. Selon un rapport établi par la Dresse F_____ le 12 décembre 2016, l'état de santé de l'assuré était resté stationnaire, même si le traitement médicamenteux et le suivi psychothérapeutique réguliers avaient permis une amélioration de la thymie ainsi qu'une certaine diminution de l'anxiété, en lien avec une meilleure acceptation de son état et des limitations fonctionnelles liées à ses douleurs. Les difficultés de concentration, l'irritabilité aux bruits et les cauchemars répétitifs étaient restés importants. Le sommeil s'était amélioré, mais sous médication. Cette amélioration avait amené le patient à interrompre le traitement antidépresseur pendant le mois d'août 2016. Sa thymie était restée fluctuante, surtout en lien avec l'intensité des douleurs, celles-ci s'aggravant particulièrement après des efforts. Depuis environ fin octobre, dans le contexte de l'aggravation des douleurs suite à des efforts, il y avait une aggravation de la cervicalgie avec des céphalées intenses, des douleurs liées à une bursite de l'épaule et à une épicondylite à gauche et un blocage au niveau de la colonne et des omoplates. Le patient présentait à nouveau une péjoration de la thymie, avec un sentiment d'impuissance et la réapparition d'idées de mort passives sans idées suicidaires en lien avec des moments de détresse. La capacité de travail de l'assuré était de 20% au maximum comme brocanteur.

22. Selon un avis médical établi le 29 juin 2017 par le docteur G_____, médecin SMR, une expertise pluridisciplinaire était nécessaire pour clarifier les diagnostics et évaluer la capacité de travail exigible.

23. Selon un rapport établi le 1er juin 2017 par la Dresse E_____, l'assuré décrivait avoir eu un début d'année très difficile tant du point de vue somatique que psychique. En janvier, l'escitalopram avait été réintroduit et il se sentait un peu mieux depuis le mois de mars. De plus, il avait eu plusieurs nouvelles douleurs musculaires liées d'une part à une chute et, dernièrement, à une morsure probable d'un serpent. Il avait également présenté une entorse du genou droit à la suite d'une chute alors qu'il chargeait son camion. Heureusement, la prise en charge par physiothérapie avait pu améliorer toutes ses douleurs musculaires des membres inférieurs. Il décrivait depuis environ un mois l'apparition de paresthésies au niveau des orteils du pied droit ainsi que sur la face latérale de la jambe droite. Le status du jour mettait en évidence des points douloureux occipitals, cervicaux, des trapèzes, bicipital, au niveau de la deuxième côte et des omoplates, tous plus marqués à gauche qu'à droite. La mobilisation active du rachis cervical était limitée dans tous les axes. La mobilisation active des membres supérieurs était possible à gauche jusqu'à 100° et en passif jusqu'à 180°.

24. L'assuré a fait l'objet le 29 août 2017 d'une expertise comportant des volets oto-rhino-laryngologique, psychiatrique et psychothérapie (docteur O_____), rhumatologique (doctoresse P_____) et neurologique (docteur Q_____), médecins de la policlinique médicale universitaire (ci-après la PMU).

25. Le rapport d'expertise établi le 28 novembre 2017 résume brièvement le dossier, contient une anamnèse familiale, personnelle, systématique, psychosociale et professionnelle, les plaintes de l'expertisé, son traitement actuel, un descriptif de sa vie quotidienne, les constatations objectives des experts et le résultat des examens paracliniques.

    Selon les experts, les diagnostics retenus étaient tous sans influence essentielle sur la capacité de travail de l'expertisé. Il s'agissait de :

    - dorsalgies interscapulaires ;
    - bursite de l'épaule gauche d'évolution favorable ;
    - cervicalgies chroniques ;
    - status après distorsion cervicale en 2012 ;
    - status après traumatisme cervical en 2014 ;
    - acouphènes subjectifs chroniques bilatéraux avec hyperacousie ;
    - vertiges occasionnels ;
    - et troubles de l'adaptation avec humeur dépressive au décours.

Dans l'appréciation du cas, le rapport mentionne que, sur le plan rhumatologique, l'assuré se plaignait essentiellement de dorsalgies interscapulaires associées à une notion de blocage et de « souffle coupé ». Il décrivait une zone bien délimitée à la base des cervicales. Au status, des douleurs à la percussion de la région D2 à D5 avaient été notées. La mobilité des épaules était libre, hormis une discrète limitation de la rétropulsion à droite et de l'adduction à gauche. Le bilan radiologique démontrait l'absence de lésion suspecte ou de tassement au niveau dorsal. Quant aux épaules, il était relevé une absence de fracture, d'omarthrose et de calcification. Les espaces sous-acromiaux étaient préservés. S'agissant du diagnostic, les experts retenaient une contracture musculaire ou une douleur référée des cervicales ou encore secondaire à une tendinopathie de la coiffe postéro-supérieure, ce dernier diagnostic restant peu probable, au vu de l'excellente mobilité tant en spontané (enlever son pull) qu'à l'examen clinique dirigé. Quant à la bursite de l'épaule gauche évoquée, elle était d'évolution favorable sous physiothérapie et AINS. En conséquence, aucune limitation fonctionnelle n'était retenue. L'assuré se plaignait également de cervicalgies chroniques irradiant tant dans le crâne que dans les membres supérieurs prédominant à droite avec notion de fourmillements, qui étaient également localisés dans les pieds.

Le bilan avait été complété par un consilium neurologique. L'expert neurologue avait rappelé que l'accident du 15 septembre 2014 était compatible avec un traumatisme cervical indirect. Le véhicule de l'expertisé avait été très peu endommagé et une expertise accidentologique avait pu mettre en évidence un delta-v très bas. Actuellement, à trois ans du traumatisme, l'assuré présentait toujours un tableau subjectif important, avec des douleurs dorsales, cervicales, des céphalées et un acouphène. Sur le plan clinique, l'examen neurologique était strictement normal et aucun diagnostic neurologique n'avait été retenu. Le tableau était essentiellement subjectif, sans substrat organique et dès lors, aucune limitation fonctionnelle n'était à retenir.

En raison d'un acouphène bilatéral et de vertiges de type tangages réapparus lors du second accident de 2014 (déjà présents pendant quelques mois lors de l'accident de 2012), il avait été sollicité un consilium oto-neurologique. Après un status ORL et un bilan clinique détaillé, développé dans le consilium, il avait été conclu à un acouphène subjectif chronique bilatéral avec hyperacousie (mécanisme neurophysiologique commun) dans le cadre de multiples troubles neurocognitifs persistants post-traumatiques. Actuellement l'acouphène perturbait modérément la concentration de l'expertisé. Quant aux vertiges, ils étaient occasionnels et relevaient de troubles fonctionnels de l'équilibre (conflit sensoriel visio-vestibulaire). En conclusion, la capacité de travail du point de vue oto-neurologique pouvait être considérée complète et sans limitations fonctionnelles, ce qui avait été confirmé par un entretien téléphonique avec le docteur H_____, le 7 novembre 2017. Les divers éléments cliniques, anamnestiques et la lecture des rapports médicaux à disposition permettaient de retenir le diagnostic de troubles de

l'adaptation avec humeur dépressive, à comprendre comme une réaction dépressive aux douleurs et aux limitations subies depuis l'accident de 2014. Des activités professionnelles, sociales et familiales très investies avaient toujours été menées à bien par l'expertisé, qui avait montré des ressources adaptatives probablement au-dessus de la moyenne. Dès lors, aucun diagnostic psychiatrique incapacitant n'était à retenir.

Globalement, après un colloque multidisciplinaire et la prise en considération des divers avis médicaux spécialisés émis, les experts estimaient que la capacité de travail de l'expertisé était complète dans son activité actuelle et dans toute autre activité. La capacité de travail avait été réduite depuis le 15 septembre 2014 et était redevenue entière au plus tard le 15 juin 2015. Le pronostic était extrêmement favorable, en raison des excellentes capacités adaptatives de l'expertisé.

26. L'OAI a rendu un projet de décision, le 24 janvier 2019, informant l'assuré que son statut était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle. À l'issue de l'instruction médicale, une incapacité de travail de 100% dans son activité habituelle était reconnue entre le 15 septembre 2014 et le 15 juin 2015. Celle-ci ayant duré moins d'une année, les conditions du droit à la rente n'étaient pas réunies. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées et ne se justifiaient pas.

27. Le 27 février 2019, l'assuré a formé opposition au projet précité. Il ne comprenait pas comment l'intimé pouvait lui reconnaître une pleine capacité de travail dès le 15 juin 2015, faute de motivation à ce sujet. Cette conclusion ne trouvait aucun appui dans son dossier médical, qui démontrait qu'au contraire, son état et sa capacité de travail n'avaient guère changé depuis l'accident, voire s'étaient péjorés.

28. Par décision du 6 mars 2019, l'OAI a confirmé son projet de décision, en reprenant sa teneur et en ajoutant que lors la procédure d'audition, l'assuré n'avait produit aucun document médical probant récent.

29. Le 8 avril 2019, l'assuré a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Le dossier ne permettait pas de mettre en évidence une amélioration de son état de santé au 15 juin 2015, mais il en ressortait, au contraire, une péjoration notable. Le recourant produisait une nouvelle pièce médicale du Centre de la douleur du 28 février 2019, faisant mention de douleurs à la palpation de tous les points de fibromyalgie. Le recourant concluait à l'annulation de la décision et à ce qu'il soit dit que le recourant pouvait prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité sur la base d'une invalidité totale à compter du 15 septembre 2014 jusqu'à ce jour, avec suite de frais et dépens.

À l'appui de son recours, le recourant a produit un rapport établi par la Dresse E_____ le 28 février 2019, dans lequel elle indiquait avoir revu l'assuré le jour précédent et que celui-ci décrivait, en plus des céphalées, cervicalgies et omalgies, l'apparition de lombalgies, avec un épisode de blocage lombaire pendant les fêtes de Noël ayant persisté dix jours. Pendant cet épisode, il avait eu peur de

présenter la même symptomatologie que sa femme qui, depuis une arthrodèse lombaire, ne pouvait plus assumer ses tâches ménagères. Il décrivait aussi des paresthésies au niveau des pieds irradiant dans les mollets et une hypersensibilité au bruit. Il avait présenté un zona thoracique pour lequel il avait ressenti peu de douleurs. La physiothérapie, le suivi psychothérapeutique et la sophrologie étaient bénéfiques. En revanche, l'acupuncture sans aiguille, le magnétisme et l'ostéopathie étaient inefficaces. Le patient était déçu que l'on n'ait pas pu lui proposer une prise en charge des acouphènes plus efficace que des conseils et des petits trucs. Il était également déçu de la réponse de l'intimé. Malgré les douleurs qui le limitaient dans ses activités quotidiennes et son sommeil, il restait actif. Il se levait vers 7h pour accompagner son fils à l'école, puis se rendait à quelques rendez-vous professionnels, accompagné par sa fille, qui désormais l'aidait dans son travail de brocanteur. Après le repas de midi, il avait besoin de s'allonger pour une pause, puis il promenait son chien. Il allait donner sa démission au club de football de son fils, car l'augmentation de la charge administrative et sociale rendait ce travail bénévole trop lourd et moins plaisant. L'évolution de ses scores de qualité de vie entre 2016 et 2019 montrait une diminution de tous les scores, hormis le score de limitation physique. S'agissant du status clinique, il y avait des douleurs à la palpation de tous les points de fibromyalgie et de la musculature para-vertébrale. Il n'y avait pas de limitations à la mobilisation active et passive des membres inférieurs et une limitation à la mobilisation du rachis lombaire. L'anamnèse et le status clinique évoquaient la présence d'une sensibilisation centrale pouvant être à l'origine d'un syndrome somatoforme douloureux persistant, sous réserve que le bilan inflammatoire, immunologique et thyroïdien soit dans la norme. La Dresse E_____ avait essayé de rassurer le patient, en lui indiquant qu'il n'y avait aucun signe de compression d'une racine lombaire et que les anomalies observées sur l'IRM n'avaient pas de répercussions neurologiques. Les paresthésies accompagnaient fréquemment les douleurs liées à une sensibilisation centrale. Du point de vue physique, la poursuite de la physiothérapie et des exercices de coordination du tronc et de renforcement lombaire étaient bénéfiques. Du point de vue thymique, la poursuite du suivi psychothérapeutique était importante. La Dresse E_____ avait reparlé à l'assuré de la possibilité de participer à un groupe de thérapie cognitivo-comportementale spécialement élaborée pour les patients souffrant de douleurs chroniques et lui avait remis un livre permettant de comprendre les douleurs chroniques et rebelles.

30. Par réponse du 7 mai 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours, se référant à la décision querellée. Selon le médecin-conseil de l'assureur-accidents, en l'absence d'un traitement médical particulier et compte tenu du peu d'importance du choc causé par l'accident en question, une incapacité de travail n'était plus justifiée depuis juin 2015. Le recourant avait fait l'objet d'une expertise pluridisciplinaire auprès de la PMU dont le rapport du 28 novembre 2017 devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Selon les experts, le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle depuis juin 2015 au plus tard.

Aucune des plaintes de l'assuré n'avait pu être cliniquement objectivée, quelle que soit la spécialité médicale concernée. Les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisaient pas pour justifier une invalidité. Elles devaient pour cela être confirmées par des observations médicales objectives et concluantes. L'absence d'incapacité de travail avait été objectivée pour la première fois en juin 2015 par le médecin-conseil de l'assureur-accidents. Il n'existait aucun élément médical objectif permettant de remettre en cause les conclusions des experts de la PMU.

31. Par réplique du 5 juillet 2019, le recourant a persisté dans ses conclusions. S'agissant du rapport d'expertise de la PMU ayant motivé la décision querellée, il constatait que le bref extrait du dossier ne faisait pas mention de certaines pièces qu'il avait adressées à l'OAI, notamment le certificat médical initial du 7 novembre 2014 et le rapport du 21 août 2015 établis par le Dr C_____, les rapports des HUG des 5 octobre 2015, 21 juin 2016 et 1er juin 2017 ainsi que le rapport de la Dresse F_____ du 23 novembre 2015. L'expertise ne tenait pas compte non plus du rapport des HUG du 28 février 2019, ce qui était toutefois normal, vu la chronologie. L'expertise était donc fondée sur un dossier incomplet et ne pouvait se voir reconnaître une valeur probante. Les experts n'expliquaient pas pourquoi ils avaient accordé crédit au médecin traitant du recourant jusqu'au 15 juin 2015, puis plus depuis lors. Le rapport d'expertise indiquait que le recourant était pris en charge par les Drs C_____, F_____ et E_____, mais les experts avaient fait abstraction des constats de ces médecins qui le suivaient régulièrement. Le rapport faisait état des efforts considérables qu'il déployait pour faire face à sa santé dégradée ainsi que de sa volonté et de ses capacités de s'adapter. L'intimé en tirait toutefois une conclusion aberrante, en retenant que sa capacité d'adaptation lui avait permis de retrouver une pleine capacité de travail. La réalité était malheureusement toute autre. Dans le cadre d'un état fortement dégradé avec une tendance marquée à se péjorer, cette volonté et cette force lui permettaient seulement, tant bien que mal, de ne pas sombrer entièrement. Les experts indiquaient que l'assuré pourrait avoir une pleine capacité de travail dans un emploi adapté, sans indication du type d'emploi, ni du type d'adaptation nécessaire. Or il leur incombait de fournir des indications concrètes à cet égard.

32. Lors d'une audience du 15 janvier 2020 :

a. Le recourant a déclaré à la chambre de céans : « Je sollicite beaucoup mes deux enfants en raison de mes problèmes de santé et de ceux de mon épouse, mon fils plus particulièrement sur le plan professionnel et ma fille pour les tâches ménagères (…). Elle a une autorisation pour vendre au marché de Plainpalais. Elle ne va plus à l'école depuis une année. J'ai eu un premier accident en 2012 avec des conséquences pendant environ dix mois. J'ai subi un choc important lors de cet accident à la nuque et à la partie haute du dos avec une commotion cérébrale. Je n'ai plus pu travailler pendant une période, puis j'ai repris progressivement jusqu'à 100%. Petit à petit mes symptômes ont disparu. J'ai la même activité professionnelle depuis 1998. Depuis mon mariage, j'ai travaillé un moment avec le

père de mon épouse qui avait une activité dans la brocante et me suis ainsi formé dans le domaine. Ensuite, j'ai eu une activité indépendante dans la brocante avec mon épouse, qui a travaillé avec moi jusqu'en 2006. C'était une activité à 100% toute l'année avec des expositions régulières en brocante et le marché de Plainpalais. Je l'exerçais même en voyage. Je travaille depuis l'âge de 16 ans et ne me suis jamais arrêté jusqu'aux deux accidents que j'ai eus. Mon épouse travaillait à temps complet pour moi. Elle était déclarée comme salariée.

Avant l'accident, j'amenais les enfants à leurs activités sportives et à l'école et ma femme s'occupait des tâches ménagères. Elle est lourdement handicapée depuis 2006. Elle ne peut plus faire grand-chose. C'est ma fille qui s'occupe des tâches ménagères depuis l'âge de 15 ans.

J'ai eu un deuxième accident le 15 septembre 2014 avec un choc moins fort qu'en 2012, mais je me suis senti partir avec un malaise. J'ai pu tout de même assister à un enterrement d'une personne qui m'est proche, mais j'étais dans les vaps. Ensuite ma femme m'a amené à l'hôpital.

Il n'y a pas eu d'amélioration dans mon état de santé depuis lors, malgré le temps passé et les traitements effectués. J'ai toujours des acouphènes et des migraines. Je me bloque régulièrement le dos. Mes omoplates et mon dos sont très sensibles et j'ai un problème de fibromyalgie qui a été diagnostiqué récemment par la Dresse E_____.

J'ai lu le livre qui m'était recommandé par la Dresse E_____, mais je n'ai pas participé à un groupe de thérapie comme elle me l'avait recommandé. J'ai de la peine à parler de mes problèmes à d'autres personnes. En revanche, je suis suivi par une psychiatre, la Dresse F_____ et je fais également, dans ce cadre, des séances d'hypnose. J'ai fait également de la sophrologie aux HUG. Cela peut m'aider pendant les crises, mais c'est plus facile quand une personne nous accompagne que de le faire seul. Ce sont des outils qui m'aident au quotidien à mieux gérer la douleur.

Je continue à temps très partiel mon activité dans la brocante depuis 2014, à 20%. Quand je travaille une journée, par exemple une exposition à Plainpalais où je reste debout ou assis pendant une journée, il me faut entre deux à trois jours pour me remettre. Mon activité a changé, car je ne peux plus débarrasser des appartements, car il y a trop de ports de charge. Ce n'est pas seulement le poids des cartons par exemple, mais la répétition. Même actuellement, la manutention nécessaire pour installer un stand est difficile pour moi. Je le fais avec l'aide de mes enfants. Je m'occupe plutôt d'objets légers en ce moment. Mêmes ceux-ci peuvent me provoquer des douleurs. J'ai porté l'autre jour un guéridon de 5 kg environ qui était trop lourd pour moi, ce qui m'a bloqué le dos.

Je travaille en principe un jour par semaine, sauf si mon état de santé m'en empêche. Je fais trois à quatre expositions au marché de Plainpalais par mois, ce

qui implique que je travaille de 8h00 à 14h30 environ. Les conditions climatiques ont une incidence, puisque je ressens plus de douleurs lorsqu'il fait froid.

Je me lève tous les matins tôt et j'emmène mon fils de 14 ans à l'école. En principe, je le fais même si j'ai des douleurs, sauf si elles sont trop fortes. Ensuite je passe des annonces dans les journaux et par internet pour l'achat d'antiquités. Je vais ensuite les chercher. Je fais cette activité plutôt le matin quand je me sens un peu mieux. Il y a des semaines où je ne peux rien faire. L'après-midi, je me repose. Je n'ai pas le choix avec les médicaments que je prends et l'état d'épuisement que je ressens. Je n'arrive pas à enchaîner une journée complète.

Avant mon atteinte à la santé, je faisais des expositions de brocante le weekend sur deux à trois jours deux fois par mois et deux expositions par semaine au marché aux puces. Je démarchais également au porte-à-porte en mettant de la publicité dans les boîtes aux lettres. Je ne pourrais plus faire cette activité maintenant, car elle demande trop de marche et d'effort. Je fais également de la petite restauration d'objets ou de meubles et du nettoyage. J'ai un petit local pour le faire (…).

Nous continuons à voyager de mars-avril à octobre chaque année, mais l'état de santé de ma femme et de moi-même ne nous permet pas d'aller à l'étranger, en France et en Allemagne par exemple. Nous voyageons à quatre-cinq caravanes ou beaucoup plus, cela dépend des groupes et de nos destinations, qui sont également liées à mon activité professionnelle. Avant mon atteinte à la santé, il m'arrivait de revenir à Genève et de faire 400 km pour une exposition au marché aux puces, ce que je ne peux plus faire. Je fais moins d'expositions quand je voyage, mais j'ai une activité de chineur. Je pense que mon activité professionnelle est moins importante que 20% quand je voyage, mais je conserve une activité ».

b. Le recourant a notamment produit à l'audience un rapport établi le 28 octobre 2019 par la Dresse E_____ indiquant avoir revu le recourant qui décrivait une diffusion des douleurs, qui actuellement étaient localisées au niveau cervical droit, des épaules, dans la face antérieure des membres supérieurs, dans le membre inférieur droit après une chute avec entorse du genou, au tendon d'Achille droit et au niveau lombaire. Il avait également des céphalées. Les douleurs étaient constantes, avec une intensité pouvant atteindre 9/10. Elles limitaient tout effort modéré ou répété. Malgré ses douleurs, l'assuré poursuivait son travail. Son sommeil était perturbé. La physiothérapie et l'ostéopathie étaient efficaces sur le moment. La sophrologie et l'autohypnose l'aidaient beaucoup et les médicaments étaient partiellement efficaces. L'assuré décrivait avoir un meilleur moral et moins de problèmes financiers. Il était très satisfait du suivi psychothérapeutique. Ses scores de qualité de vie entre février et octobre 2019 montraient une diminution des scores de limitation physique, ce que reflétait la diffusion des douleurs, et une nette amélioration du score de limitation émotionnelle et de l'humeur. Le status neurologique était tout à fait dans la norme ce jour, en particulier du membre inférieur droit. La Dresse E_____ avait proposé à l'assuré de revoir le Dr I_____,

pour évaluer la pertinence de refaire une imagerie et une infiltration, et une prise en charge par physiothérapie pour éviter toute limitation permanente.

33. Le 27 mai 2020, la chambre de céans a demandé à Axa de lui transmettre la copie du rapport d'expertise établi à sa demande ainsi que le rapport de son médecin conseil mentionné dans sa décision du 12 juin 2015.

34. Le 11 juin 2020, Axa a notamment transmis à la chambre de céans :

a. Une analyse d'accident établie le 5 juin 2015 par l'ingénieur HTL J_____, analyste d'accidents d'Axa, dont il ressort que lors de l'accident survenu le 15 septembre 2014, la vitesse de collision relative correspondait à la vitesse d'impact effective lorsque le véhicule percuté était à l'arrêt. Considérant un temps de choc, dans ce cas spécifique, compris entre 0,10 et 0,4 secondes (durée établie sur la base de nombreux crash test), il était retenu que la Mercedes avait été soumise à une accélération moyenne comprise entre 0,7 et 1,6 g. Autrement dit, cette accélération moyenne correspondait environ à 1 à 2 fois la décélération subie lors d'un freinage d'urgence lorsqu'on reculait à faible vitesse. Lors d'un choc entre « auto-tamponneuses », il était possible d'atteindre des accélérations similaires et très souvent bien plus élevées. Par suite de l'impact, la Mercedes n'avait pas subi des rotations notoires. Le conducteur du véhicule s'était déplacé quelque peu en direction de la partie arrière de la voiture avec un angle d'environ 0° par rapport à l'axe du véhicule.

b. Une décision rendue par Axa le 12 juin 2015 indiquant qu'en l'absence de lésion objectivable, de traitement médical particulier et compte tenu du peu d'importance du choc selon l'analyse accidentologique, elle estimait que les conséquences de l'accident du 15 septembre 2014 n'étaient plus en lien de causalité avec l'événement en question et que l'incapacité de travail de l'assuré n'était, à ce titre, plus justifiée. En conséquence, Axa mettait fin au versement des indemnités journalières dans le cadre de ce sinistre avec effet au 15 juin 2015.

c. Un rapport établi le 10 juin 2015 par le docteur K_____, chirurgie orthopédique FMH, médecin-conseil d'Axa, indiquant que l'assuré avait annoncé un accident de la voie publique le 15 septembre 2014, lors duquel il avait été victime d'un petit choc par l'arrière en conduisant un véhicule. Il aurait fait une entorse cervicale ainsi qu'un traumatisme crânien mineur. Il était toujours en arrêt de travail à 80%. On s'expliquait mal la durée de la symptomatologie douloureuse et surtout l'ampleur des affections décrites dans le certificat médical, si l'on considérait les circonstances de l'accident et le rapport d'accident avec le calcul des vitesses relatives ainsi que les images des voitures impliquées. On pouvait donc établir que les conséquences de cet accident devaient être limitées et que les troubles actuels, s'ils étaient réels, ne correspondaient plus à ces mini traumatismes. La proposition était donc de suspendre les prestations, mais en cas de recours, de prévoir une expertise neurologique.

d. Un rapport établi le 24 décembre 2015 par le Dr K_____, faisant suite à son avis du 10 juin 2015 et au recours de l'assuré, qui avait bénéficié de divers examens complémentaires. Au niveau de son épaule gauche, dont on avait une mention récente de douleurs, celle-ci n'était pas mentionnée dans les documents précédents, ni dans l'annonce de l'accident. On retrouvait cette notion d'épaule gauche uniquement dans le rapport des HUG du 13 juillet 2015. Une bursite sous-acromiale modérée avait été mise en évidence lors d'une échographie effectuée le 27 juillet 2015 et le patient avait bénéficié d'une infiltration à ce niveau. Il n'y avait pas d'autres lésions au niveau de la coiffe des rotateurs. Il fallait noter qu'il s'agissait de l'épaule gauche et que dans la description du traumatisme, le patient était plutôt positionné du côté droit. On s'imaginait donc mal un choc au niveau de cette épaule gauche et l'apparition de cette bursite n'était pas compatible avec un accident, voir avec l'accident incriminé. L'assuré avait bénéficié d'une IRM de la colonne cervicale le 14 octobre 2015 dont les conclusions étaient des signes discrets de discopathie étagée de C2 à C3 et de C6 à C7, d'ailleurs en légère progression par rapport à l'IRM effectuée en mai 2012. Il n'y avait pas de hernie discale, ni de rétrécissement canalaire mis en évidence. Là encore, on pouvait admettre une entorse de la colonne cervicale lors du dernier traumatisme, mais il existait des troubles dégénératifs préexistants, qui avait d'ailleurs progressé de manière naturelle et on pouvait donc établir, en ce qui concernait la colonne cervicale, un statu quo sine à six mois. En outre, l'assuré avait également bénéficié d'un examen psychiatrique dont le diagnostic final était un trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive prolongée. Dans le rapport fourni, il n'y avait pas véritablement d'éléments à mettre uniquement en relation avec le traumatisme. Par ailleurs, le médecin notait que l'assuré souffrait de douleurs constantes et de céphalées, associées à des acouphènes et à des troubles de la concentration et qu'on ne retrouvait aucune investigation concernant ces troubles de la concentration et ses acouphènes qui n'étaient en tout cas pour l'instant pas prouvés.

e. Une décision rendue par Axa le 4 février 2016 résiliant la police d'assurance de l'assuré au motif que celui-ci avait répondu faussement aux questions de la proposition d'assurance en indiquant ne pas avoir subi un accident ayant eu pour conséquence une incapacité de travail partielle ou totale de plus de huit semaines au cours des cinq dernières années.

35. Par ordonnance du 25 septembre 2020 (ATAS/801/2020), la chambre de céans a ordonné une expertise bidisciplinaire psychiatrique et rhumatologique du recourant qu'elle a confiée au docteur L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et au professeur M_____, spécialiste FMH en rhumatologie, considérant que l'expertise de la PMU, qui était fondée sur un dossier incomplet et insuffisamment motivée, ne pouvait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Ses conclusions étaient en outre contredites par les rapports des médecins traitants du recourant. Au vu, des rapports précités, il apparaissait en effet possible que le recourant ait encore souffert d'une atteinte à santé invalidante après le 15 juin 2016.

36. a. Le rapport établi le 2 novembre 2020 par le Dr M_____ contient un résumé du dossier médical du recourant, une anamnèse et les constatations faites lors d'un examen clinique. L'expert a posé les diagnostics rhumatologiques de syndrome douloureux chronique, brachialgies multifactorielles et syndrome lombo-vertébral. L'expert a conclu qu'il y avait, dans le cas du recourant, des tendances à la douleur chronique qui existaient déjà avant ses deux accidents. Aucun de ces derniers n'expliquait à lui seul les plaintes actuelles. Le premier accident, mais surtout le second, avaient finalement déclenché un syndrome douloureux chronique. Il existait un déficit fonctionnel au niveau cervical modéré a priori provoqué par les douleurs musculaires. Le déficit fonctionnel à l'épaule, notamment l'abduction de plus de 90° gauche retrouvé à l'examen clinique, était partiellement expliqué par la tendinopathie calcifiante et une bursite, mais n'était pas en lien avec la manière dont le recourant avait retiré son pull à l'examen clinique. Il n'y avait pas d'évidence pour une épaule gelée. En ce qui concernait la colonne lombaire, l'expert n'avait détecté aucun déficit fonctionnel. Au niveau du syndrome de douleurs chroniques, l'expert ne pouvait que constater une légère diminution des ressources physiques, avec quelques discordances. Il en résultait une capacité de travail légèrement limitée de 75% dans l'activité exercée depuis le deuxième traumatisme cervical en 2014, sous réserve de porter des objets de plus de 15 kg. Le travail de brocanteur permettait des changements de positions et des pauses régulières. La capacité de travail était totale pour les travaux légers et moyennement lourds.

    b. Dans un complément d'expertise du 18 décembre 2020, le Dr M_____ a précisé qu'il posait le diagnostic de syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie, ce qui signifiait que la source des douleurs était au niveau du système nerveux central avec des symptômes diffus et une hypersensibilité aux douleurs. Classiquement, il y avait une association des symptômes avec des troubles du sommeil et de la concentration et un manque de réponse au traitement habituel. Il a également mentionné les diagnostics de cervico-brachialgies multifactorielle et de syndrome lombo-vertébral. Les cervicobrachialgies étaient multifactorielles déclenchées par une discopathie modérée au niveau cervical et à son avis indépendant des accidents « whiplash ». La cervicobrachialgie était objectivée avec les discopathie vue à l'IRM, les épicondylites modérées et la tendinopathie calcifiante vue à l'échographie. Le syndrome douloureux chronique par définition était difficile à objectiver. Le syndrome douloureux chronique était d'un degré de gravité moyen, les autres diagnostics posés d'un degré de gravité faible. Le syndrome douloureux chronique avait déjà commencé en 2003 avec des rachialgies persistantes, plusieurs mois après une chute modérée dans les escaliers. Après 2012, il y avait eu plusieurs infiltrations par les antalgistes de Genève avec des douleurs persistantes au niveau abdominal et inguinal, sans explication. Les cervicobrachialgies étaient multifactorielles, déclenchées par une discopathie modérée au niveau cervical, et ne dépendaient pas des accidents « whiplash ». Les

anthésopathies des coudes et la tendinopathie aux épaules existaient depuis environ 2016.

L'assuré était limité par les cervicobrachialgies dans la fonction des bras, notamment pour porter des objets de plus de 15 kg ou les porter au-dessus de la tête. Le syndrome douloureux chronique était défini par les ressources qui étaient modérément réduites dans le cas du recourant. La distorsion cervicale lors du 2ème accident en 2014 avait eu pour conséquence une limitation fonctionnelle maximale de 3 à 4 semaines, car aucun trouble structurel n'avait été décrit à l'imagerie et l'impact de l'accident était faible. Le syndrome douloureux chronique menait par contre à une réduction des ressources physiques des fonctions nécessaires de 25% à partir du 15 septembre 2014.

S'agissant de l'expertise de la PMU, il a indiqué qu'une incapacité de travail totale pendant quelques semaines après le deuxième accident était compréhensible. De son point de vue, il restait une incapacité de travail de 25% due au syndrome de la douleur chronique. Il ne pouvait pas comprendre les restrictions jusqu'au 15 juin 2015. S'agissant de l'appréciation du Dr C_____, il a indiqué que l'arrêt de travail permanent de 80% au-delà de novembre 2014, en raison de la distorsion cervicale n'était pas compréhensible pour lui.

c. L'expert a encore précisé suite à des critiques du recourant que d'après sa documentation, l'expertise avait duré 1 heure, y compris l'anamnèse détaillée l'examen clinique. Les appels téléphoniques qu'il avait pu recevoir pendant l'entretien avec l'expertisé étaient restés courts et n'avaient pas limité sa capacité de jugement. L'étude du dossier au préalable avait duré 1 heure 30.

37. L'expertise établie par le Dr L_____ contient un résumé détaillé du dossier, complété par des renseignements obtenus par l'expert auprès des Dresses F_____ et E_____. Elle contient également une anamnèse, les plaintes actuelles et les constatations objectives de l'expert. Celui-ci a retenu un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), trouble de gravité modérée, en motivant cette conclusion et en constatant que le diagnostic correspondait au tableau de la réaction mixte anxieuse et dépressive du diagnostic retenu par la médecin traitante le 23 novembre 2015 et l'expert psychiatre de la PMU le 28 novembre 2017, précisant pour quelle raison il s'était éloigné de l'appréciation de ces médecins. Pour ce qui était des plaintes douloureuses, l'expert n'avait pas constaté de comportement douloureux lors de son examen et la consommation de médicaments antidouleur restait contrôlée, puisque ceux-ci étaient pris à la demande. Par ailleurs, concernant le caractère éventuellement psychogène des douleurs, rien ne permettait d'affirmer que la cause des douleurs apparues après l'accident du 15 septembre 2014 ait été un conflit émotionnel ou des problèmes psychosociaux, comme l'exigeait la CIM-10 pour retenir le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Ce diagnostic était évoqué une seule fois dans le dossier, tardivement et de manière fugace dans le rapport du 28 février 2019 de la Dresse E_____. Lors d'un téléphone avec l'expert psychiatre du 7 décembre 2020, cette dernière avait déclaré

que c'était le diagnostic de fibromyalgie qu'elle aurait dû utiliser pour signaler le caractère cérébral et donc somatique et non psychiatrique du phénomène de sensibilisation centrale de la douleur. L'expert relevait que le diagnostic retenu pouvait diminuer légèrement la confiance en soi et l'énergie disponible, mais qu'il s'agissait de répercussions fonctionnelles légères, généralement surmontables et ne générant pas d'incapacité de travail durable. À l'heure actuelle, il n'y avait pas d'incapacité de travail durable pour un motif psychiatrique. L'expert réservait une éventuelle interaction avec l'atteinte somatique, qui serait abordé dans la discussion consensuelle avec l'expert rhumatologue. Pour ce qui était du passé, il n'y avait pas d'évidence documentée d'une atteinte psychiatrique plus sévère que celle actuellement présente. Les plaintes douloureuses et anxiodépressives étaient devenues chroniques. Elles pourraient le rester sauf si l'expertisé utilisait au mieux ses capacités d'adaptation et de résilience. Celles-ci étaient remarquables au vu de la capacité qu'il avait démontrée dans le passé pour surmonter un handicap de départ relativement lourd (carence affective et matérielle, violences dans le couple parental et scolarité erratique) pour trouver son chemin, s'épanouir professionnellement et socialement et fonder une famille. L'expert a examiné ensuite les indicateurs juridiques de gravité selon la jurisprudence relative aux troubles somatoformes et assimilés, étendue ensuite à toutes les atteintes psychiques, concluant que les limitations fonctionnelles constatées en relation avec les troubles psychiques étaient objectivement peu importantes et devaient être surmontables sans limiter la capacité de travail.

38. Selon l'appréciation consensuelle des experts, l'atteinte fonctionnelle de 25% d'origine somatique était légèrement renforcée par le cumul avec les limitations modérées d'origine psychiatrique. Globalement, l'incapacité de travail était de 30% dans toute activité depuis le 15 septembre 2014, date de l'accident. Tenant compte de l'activité actuelle du recourant de brocanteur indépendant, bien investie et effectuée avec ses deux enfants, il n'apparaissait pas réaliste aux experts de proposer une réorientation professionnelle. Cette voie ne devrait être envisagée que si l'activité non exigible (port de charges >15 kg) était à la fois indispensable et ne pouvait absolument pas être assumée par l'ensemble de l'équipe familiale composant l'entreprise.

39. L'intimé a fait valoir que l'expertise du Dr M_____ ne pouvait être suivie, mais que celle du Dr L_____ était convaincante, en se fondant sur un avis du SMR du 18 février 2021.

40. Le recourant a contesté les conclusions des deux experts.

41. Le 20 mai 2021, le recourant a informé la chambre des assurances sociales du fait qu'au début du mois d'avril, il avait subi une crise de douleurs persistantes d'une douzaine de jours et que ses médecins traitants avaient été stupéfaits par les conclusions des experts. Il a renouvelé sa demande d'audition de ces médecins.

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 de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

3. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité.

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

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

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

   En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

5. 5.1. L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, telle la fibromyalgie, ne fait pas l'objet d'un consensus

médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). Pour ces motifs, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de ce genre de syndromes.

Le diagnostic de fibromyalgie, qui est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, doit s'appuyer lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 132 V 65 consid. 3.4 et 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_430/2009 du 27 novembre 2009 consid. 3.4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 134/05 du 13 mars 2006 consid. 3.2.1.3 et 3.2.2.3).

Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie pour se déterminer sur l'incapacité de travail que ce diagnostic est susceptible d'entraîner, ce d'autant plus que des facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants (consid. 4.2.2 supra) - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (voir aussi P. HENNINGSEN, Zur Begutachtung somatoformer Störungen in: Praxis 94/2005, p. 2007 ss). On peut réserver les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 3).

Dans un arrêt du 3 juin 2015 (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a jugé que la capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. L'évaluation doit être effectuée sur la base d'un catalogue d'indicateurs de gravité et de cohérence.

Il faut examiner, en premier lieu, le degré de gravité inhérent au diagnostic, dont la plainte essentielle doit concerner une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé. Dans ce contexte, il faut tenir compte des critères d'exclusion, à savoir des limitations liées à l'exercice d'une activité résultant d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, telle qu'une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demandes de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que les plaintes très démonstratives laissent insensibles l'expert,

ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact.

La gravité de l'évolution de la maladie doit aussi être rendue plausible par les éléments ressortant de l'étiologie et de la pathogenèse déterminantes pour le diagnostic, comme par exemple la présence de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux.

Un deuxième indicateur est l'échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art, en dépit d'une coopération optimale. Il n'y a chronicisation qu'après plusieurs années et après avoir épuisé toutes les possibilités de traitement, ainsi que les mesures de réadaptation et d'intégration. Le refus de l'assuré de participer à de telles mesures constitue un indice sérieux d'une atteinte non invalidante.

Pour déterminer les ressources de l'assuré, il convient d'établir s'il y a des comorbidités psychiatriques et somatiques. Un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme (ou à la fibromyalgie) peut être considéré comme une comorbidité psychiatrique.

La structure de la personnalité de l'assuré constitue un indicateur pour évaluer ses ressources. Il faut tenir compte non seulement des formes classiques des diagnostics de la personnalité, mais également des capacités inhérentes à la personnalité, qui permettent de tirer des conclusions sur la capacité de travail (notamment la conscience de soi et de l'autre, l'examen de la réalité et la formation du jugement, le contrôle des affects et des impulsions ainsi que l'intentionnalité.

Il faut prendre en compte les effets de l'environnement social. L'incapacité de travail ne doit pas être essentiellement le résultat de facteurs socio-culturels. Pour l'évaluation des ressources de l'assuré, il faut tenir compte de celles qu'il peut tirer de son environnement, notamment du soutien dont il bénéficie éventuellement dans son réseau social.

Il convient encore d'examiner si les limitations sont uniformes dans tous les domaines de la vie et d'effectuer une comparaison des activités sociales avant et après la survenance de l'atteinte à la santé.

La souffrance doit se traduire par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Il ne faut toutefois pas conclure à l'absence de lourdes souffrances, lorsque le refus ou la mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et exigible doivent être attribués à une incapacité de l'assuré de reconnaître sa maladie. Le comportement de la personne assurée dans le cadre de la réadaptation professionnelle, notamment ses propres efforts de réadaptation, doivent également être pris en compte.

5.2. Lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques, il y a également lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée à l'aide des indicateurs précités (ATF 141 V 281; ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), car les maladies psychiques ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées que de manière limitée sur la

base de critères objectifs. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

5.3. S'il appartient aux médecins de poser un diagnostic en fonction de critères médicaux et de se prononcer sur l'incidence d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail, il revient à l'organe d'application du droit d'évaluer le caractère invalidant d'une telle atteinte, au regard des indicateurs développés par la jurisprudence quand il s'agit de troubles psychiques (ATF 141 V 285 consid. 2.1.1 et ATF 144 V 50 consid. 4.3). Il peut ainsi arriver que les organes d'application du droit se distancent de l'évaluation médicale de la capacité de travail lorsque celle-ci s'écarte du cadre fixé par les indicateurs évoqués.

6. 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.

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).

Le but d'une expertise pluridisciplinaire est d'apprécier toutes les atteintes à la santé et leurs conséquences sur la capacité de travail (ATF 137 V 210). Toutefois, il est parfois difficile de distinguer les atteintes à la santé des facteurs étrangers à l'invalidité. Dans ce cadre, l'appréciation globale et consensuelle des experts ayant participé à l'expertise est souhaitable, sans être obligatoire. De même, le fait qu'une partie de l'expertise pluridisciplinaire ne soit pas convaincante ne signifie pas nécessairement que toute l'expertise ait perdu toute valeur probante. Une expertise pluridisciplinaire peut avoir une pleine valeur probante malgré l'absence de rapport consensuel final des experts (arrêt du Tribunal fédéral 8C_747/2016 du 21 mars 2017).

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).

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).

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. 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).

8. 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).

9. En l'espèce, il convient de déterminer en premier lieu la valeur probante de l'expertise du Dr M_____, qui a fait l'objet de plusieurs critiques.

9.1. Le SMR estime que l'expert a effectué un status clinique trop restreint pour en retirer une analyse objective et que de ce fait, aucune comparaison ne pouvait être effectuée avec l'examen clinique rhumatologique de 2017. Les amplitudes articulaires n'étaient pas détaillées, par exemple pour la colonne cervicale, les épaules, les coudes, entre autres. De plus, la palpation du tendon d'Achille n'était pas décrite alors que l'expert retenait le diagnostic de tendinopathie achilléenne.

La chambre de céans constate qu'il ressort de son rapport que l'expert a procédé à un examen clinique du recourant et qu'il a examiné en particulier la mobilité des jambes, des cervicales, des mains, coudes, genoux, chevilles et des épaules. Il a ainsi procédé à un examen suffisant pour en retirer une analyse objective, quand bien même son rapport est moins détaillé que celui des experts de la PMU de 2017.

Le fait que l'expert n'ait pas décrit dans son examen clinique avoir constaté la tendinopathie achilléenne à droite qu'il a retenu dans les diagnostics ne suffit pas à considérer que son examen clinique n'était pas suffisant, le rapport d'expertise devant être apprécié dans son ensemble. Il ressort en l'occurrence de l'anamnèse, que le recourant avait indiqué à l'expert souffrir actuellement d'une tendinopathie de l'Achille droit avec un gonflement à ce niveau, ce qui suffit à fonder le diagnostic posé.

9.2. Selon le SMR, l'expert n'a pas suffisamment motivé les diagnostics posés, en particulier celui de fibromyalgie, pour lequel il n'avait discuté les critères habituels recommandés par la société internationale de rhumatologie.

L'expert rhumatologue a retenu dans son premier rapport le diagnostic de syndrome douloureux chronique. Dans son rapport complémentaire, il a précisé qu'il s'agissait d'un diagnostic de syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie, de gravité moyenne. L'expert n'a ainsi effectivement pas suffisamment motivé ce diagnostic, qui doit, selon la jurisprudence, s'appuyer lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu.

9.3. Selon le SMR, l'expert a retenu le diagnostic de tendinopathie calcifiante des deux épaules alors qu'il n'y avait pas d'examens radiologiques décrits pour l'épaule droite et qu'aucun examen radiologique pour l'épaule gauche ne décrivait des calcifications.

L'expert M_____ a indiqué dans son rapport du 13 janvier 2021 que la tendinopathie calcifiante était objectivée par une échographie, sans plus de précision.

Cette appréciation apparaît se fonder sur l'échographie de l'épaule gauche du recourant effectuée à fin septembre 2016, qui selon le résumé fait par les experts de la PMU, mettait en évidence une petite zone d'enthésopathie chronique à l'union des tendons supra et intra-épineux avec une petite calcification linéaire. On ne peut dès lors soutenir comme l'a fait l'intimé qu'aucun examen radiologique ne décrit des calcifications pour l'épaule gauche, même si l'on peut regretter que le Dr M_____ n'ait pas été plus précis.

Il faut admettre une erreur dans les diagnostics retenus, dès lors que l'expert a mentionné une tendinopathie aux épaules, alors qu'il ressort de sa discussion, et du dossier, que ce diagnostic ne concernait qu'une seule épaule. Cette erreur ne suffit pas à ôter toute valeur probante à l'expertise, puisqu'il ressort de sa motivation (sous discussion) que l'expert a correctement retenu qu'il existait un déficit fonctionnel à une seule épaule.

9.4. Le SMR a relevé que les amplitudes articulaires des deux épaules n'étaient pas suffisamment décrites pour en déduire des limitations fonctionnelles.

L'expert a indiqué, sous discussion, que le déficit fonctionnel à l'épaule, notamment à l'abduction de plus de 90° à gauche retrouvé à l'examen clinique était partiellement expliqué par la tendinopathie et la bursite et qu'il n'y avait pas d'évidence pour une épaule gelée. Il ressort de l'examen clinique qu'il a examiné en particulier l'épaule gauche, précisant à ce sujet avoir constaté une « pseudo-parésie. Abduction 80 à 90%. Rotation passive faisable, sans signe pour une épaule gelée ». Ses conclusions sur les amplitudes articulaires sont ainsi fondées sur un examen clinique suffisant et apparaissent convaincantes, quand bien même l'expert aurait pu être plus détaillé dans son rapport.

9.5. Le SMR a fait valoir que l'expert rhumatologue décrivait que sur l'IRM cervicale du 14 octobre 2015, il existait des discrets signes de discopathie étagée C2-C3 et C6-C7, alors que la radiographie était décrite comme normale lors de l'expertise de 2017, sans motiver ces différences d'appréciations.

Il faut relever à cet égard que l'expert rhumatologue de la PMU a indiqué, s'agissant des cervicalgies chroniques, que la relecture des documents radiologiques mettait en évidence des troubles dégénératifs modérés, ce qui confirme l'appréciation du Dr M_____. Il apparaît dès lors que les deux experts n'ont pas eu de divergences sur ce point.

9.6. Le SMR a relevé que le Dr M_____ avait retenu le diagnostic de cervicobrachialgies alors qu'habituellement ce diagnostic était réservé aux radiculalgies liées à un problème cervical. Or, le recourant ne présentait pas de radiculalgies dans les membres supérieurs, en se fondant sur l'absence de description de douleurs sur un territoire spécifique et de signes de contraintes

radiculaires radiologique et neurologique. Ainsi le diagnostic de cervicobrachialgies ne pouvait être retenu pour le SMR.

Il s'agit là d'une appréciation différente du SMR qui ne suffit pas à remettre en cause celle de l'expert, dont le rapport repose notamment sur une anamnèse et un examen clinique du recourant.

9.7. Le recourant a également critiqué le rapport de l'expert rhumatologue. Il ne comprenait notamment pas sur quelle base celui-ci avait retenu qu'il présentait un syndrome douloureux déjà avant les accidents de 2012 et 2014, car avant l'accident de 2012, il était en pleine forme. Cette question était révélatrice d'un étrange parti pris et approximations de cet expert qui affectaient l'ensemble de son appréciation.

Le Dr M_____ a effectivement indiqué, dans son complément d'expertise, que le syndrome douloureux chronique avait déjà commencé en 2003 avec des rachialgies persistantes plusieurs mois après une chute modérée dans les escaliers. Dans son premier rapport, il avait indiqué que le recourant avait des tendances à la douleur chronique qui existaient avant ses deux accidents, précisant toutefois, sous « Discussion », que c'était le premier accident, mais surtout le second qui avaient déclenché le syndrome douloureux chronique. L'on doit admettre que ses deux rapports apparaissent contradictoires, ce qui peut toutefois s'expliquer par la difficulté de fixer la date exacte de l'apparition du diagnostic. Si ce dernier pouvait peut-être déjà être posé avant les accidents de 2014 et 2015, il n'est pas contestable que son intensité s'est accrue après ces derniers.

9.8. Le recourant a estimé qu'il était étrange, au vu du dossier dans son ensemble, que les cervicobrachialgies et le syndrome lombo-vertébral soient qualifiés de gravité faible, une telle appréciation étant rigoureusement incompatible avec son ressenti du recourant et l'impact gravement invalidant de ses douleurs.

Le diagnostic posé de syndrome douloureux chronique de degré moyen de type fibromyalgie a précisément été posé en raison du fait que les douleurs ressenties par le recourant n'étaient pas explicables sur le plan objectif. Le ressenti du recourant ne suffit donc pas à remettre en cause la gravité des diagnostics somatiques (autres que celui de syndrome douloureux chronique de degré moyen de type fibromyalgie) définie comme faible par le Dr M_____.

9.9. Le recourant a fait valoir que l'expert rhumatologue avait relevé une discordance importante dans la mesure où il avait continué à travailler sur les marchés aux puces en dormant dans sa caravane pendant plusieurs mois par an. Or, il travaillait nettement moins qu'avant, soit 20% environ, en raison de son atteinte à la santé et que la literie d'une caravane n'était pas moins confortable au moins adaptée aux douleurs qu'une literie ordinaire. Il vivait en caravane plusieurs mois par an en raison de son appartenance à la communauté des gens du voyage et pas spécifiquement pour pouvoir travailler, ce que précisément il faisait beaucoup moins en raison de ses problèmes de santé. Sa présence au marché de Plainpalais où il avait un stand était malheureusement loin d'être assidue. Le recourant devait

régulièrement adresser à l'autorité responsable de l'organisation du marché ces certificats médicaux justifiant ses absences, sous peine de perdre son stand puisque l'obtention d'un tel stand impliquait en principe un nombre minimum de présence par année.

L'appréciation de l'expert rhumatologue, faite dans le cadre de l'analyse des indicateurs développés par le Tribunal fédéral, n'apparaît pas contraire à la réalité ni critiquable, dans la mesure où il faut bien admettre que le recourant, bien que souffrant de douleurs, est resté relativement actif puisqu'à teneur de l'anamnèse, il a continué à travailler comme brocanteur au marché aux puces et à voyager dans une caravane, même s'il est aidé par ses enfants. L'expert pouvait légitimement retenir ces faits, qui laissaient supposer que le recourant avait des ressources disponibles.

9.10. Le recourant encore fait valoir que l'expert rhumatologue ne retenait aucune incapacité dans une activité adaptée, sans expliquer qu'elle pourrait être une activité qui respecterait le mode de vie traditionnel de la communauté des gens du voyage dont il faisait partie.

L'expert a relevé que le travail de brocanteur était assez flexible et qu'il permettait des adaptations permettant au recourant de travailler avec un syndrome douloureux chronique, de sorte qu'il a manifestement retenu que cette activité habituelle pouvait être conservée avec des adaptations. Il n'est pas contestable que cette activité respecte le mode de vie traditionnel de la communauté des gens du voyage, puisqu'elle était déjà exercée par le recourant avant ses accidents.

9.11. Le recourant a encore fait valoir que la consultation avec l'expert rhumatologue s'était mal passée. Il n'avait été entendu qu'à une reprise pendant 35 minutes au total, lors desquelles l'expert avait répondu plusieurs fois au téléphone. Manifestement, ce dernier n'avait pas lu le dossier qu'il ne connaissait pas. Lorsque le recourant lui avait dit qu'il faisait partie de la communauté des gens du voyage, l'expert n'avait manifestement aucune idée de quoi il parlait et lui avait demandé si lors des voyages, il séjournait à l'hôtel. Au terme de la séance, l'expert avait indiqué péremptoirement que son état physique était certainement lié à une forme de maladie héréditaire sans lien avec l'accident, puisque cela relevait plutôt du domaine psychique et que lui-même ne pouvait rien y faire.

La critique du recourant quant à la durée de l'expertise est contestée par l'expert, qui s'est référé à sa documentation. Par ailleurs, la durée nécessaire de la rencontre entre un expert et un expertisé dépend du cas d'espèce, de sorte que l'on ne peut en tirer de conclusion quant à la force probante des conclusions de l'expert, d'autant plus dans le cas du recourant, qui n'apparaît pas fortement atteint sur le plan purement somatique. Le fait que l'expert ne connaisse pas bien le mode de vie des gens du voyage n'est pas critiquable en soi, car ce sujet n'entre pas dans son domaine de compétence et l'expert a précisément posé des questions à l'expertisé pour se renseigner à ce sujet, ce qui atteste qu'il a pris les renseignements

nécessaires pour mieux comprendre sa situation. Le fait qu'il y ait eu des téléphones pendant l'entretien ne suffit pas non plus à tirer des conclusions sur la validité de ses conclusions. Enfin, l'expert a posé le diagnostic de syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie qui doit également faire l'objet d'une appréciation par un psychiatre, de sorte que ce qu'il a pu dire au recourant à la fin de la séance – qui ne correspond pas forcément aux propos rapportés par ce dernier – n'apparaît pas contraire à la réalité, étant relevé que ce diagnostic n'est pas facile à appréhender, ni à accepter pour un assuré.

9.12. La chambre de céans constate encore qu'il y a une incohérence dans l'expertise, du fait que l'expert a retenu dans son premier rapport une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles alors qu'il est mentionné dans l'appréciation consensuelle que le syndrome douloureux chronique avait pour conséquence une atteinte fonctionnelle de 25% dans toute activité.

9.13. En conclusion, il apparaît que le rapport du Dr M_____ manque de précision et qu'il peut être critiqué sur certains points, en particulier sur la façon dont il a posé le diagnostic de syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie et fixé la capacité de travail résiduelle. Il n'est ainsi pas totalement convaincant. Cela étant, son rapport n'est pas dénué de toute valeur probante, en particulier en ce qui concerne les limitations fonctionnelles liées aux atteintes somatiques (sous réserve de la fibromyalgie), comme cela sera développé ci-après.

10. S'agissant de l'expertise psychiatrique, elle répond formellement à tous les réquisits exigés par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Elle n'est pas contestée par l'intimé, mais l'est par le recourant.

10.1. Ce dernier s'est étonné du fait que l'expert avait pris contact avec la Dresse F_____, mais pas avec le Dr C_____, qui le suivait également régulièrement.

La mission d'expertise invitait l'expert à prendre, si nécessaire, tous renseignements auprès des médecins ayant traité le recourant. Ce n'est pas parce que l'expert a estimé nécessaire d'entendre le médecin psychiatre traitant du recourant qu'il devait forcément prendre contact avec son médecin généraliste, dont les rapports figuraient au dossier. De plus, le Dr C_____ n'étant pas psychiatre, on peut penser que son appréciation était moins pertinente pour l'expert que celle de la psychiatre traitante du recourant. On ne peut donc reprocher au Dr L_____ de ne pas avoir contacté le Dr C_____.

10.2. Le recourant a fait valoir qu'il était exact qu'il mettait en location la maison qu'il tenait de ses parents mais qu'il n'en tirait aucun revenu net dans la mesure où les charges (hypothèques, entretiens etc.) absorbaient les loyers.

L'expert a indiqué dans l'anamnèse que la famille du recourant avait notamment comme revenu le produit de la location de la maison parentale de ce dernier. Cette phrase n'apparaît pas contraire à la réalité, car le produit de la location de la maison

constitue un revenu qui a permis au recourant de payer les charges de ce bien qui lui appartient. L'expertise ne peut être critiquée sur ce point.

10.3. Le recourant a encore relevé qu'il était inexact d'affirmer que s'il avait trop de douleurs, c'était sa fille qui tenait le stand au marché aux puces, en ce sens que cette dernière n'exposait ni ne tenait le stand hors sa présence.

En l'occurrence, l'expert a indiqué dans son rapport que deux fois par semaine, « la famille » exposait des objets au marché aux puces de Plainpalais et que si le recourant avait trop de douleurs, c'était sa fille qui tenait le stand.

Il ressort de la formulation de cette dernière phrase que le recourant était présent, ou du moins qu'il pouvait l'être. L'expert a de plus indiqué dans l'anamnèse que le recourant était « secondé » dans son activité professionnelle par sa fille depuis quatre ans et son fils depuis le printemps 2020, ce qui suppose qu'il travaillait avec l'aide de ses enfants. Le rapport d'expertise n'apparaît ainsi pas fondé sur une anamnèse erronée.

10.4. Le recourant a encore fait valoir qu'il était inexact d'affirmer qu'il ne montrait pas de comportement douloureux visible, car peu avant l'examen, il s'était fait une grosse entorse à la cheville droite et portait une attelle qui l'empêchait de marcher correctement, précisant que c'était certes sans rapport direct avec l'objet de l'expertise, mais que cela occasionnait des douleurs clairement visibles et ne permettait pas de distinguer les manifestations de douleurs liées à ce qui faisait l'objet de l'expertise. L'expert aurait dû avoir la rigueur et l'honnêteté de le noter, ce qu'il n'avait pas fait.

L'expert a notamment indiqué, sous plaintes actuelles spontanées, que le recourant souffrait de douleurs diverses (nuque, tête, mâchoire, épaules, omoplates, face postérieure du corps, parfois hanche et bras). Le fait qu'il s'était fait une entorse n'a apparemment pas été annoncé par le recourant. Comme l'a relevé celui-ci, ce fait n'était pas déterminant dans le cadre de l'expertise, de sorte que l'absence de sa mention dans le rapport ne remet pas en cause les conclusions de celui-ci, ce d'autant plus dans le cadre d'une expertise psychiatrique.

10.5. S'agissant des diagnostics posés, l'expert a expliqué de façon motivée comment il les avait établis, notamment en faisant référence à l'appréciation de la Dresse F_____, qu'il avait directement contactée. L'appréciation différente de cette dernière ne suffit pas à remettre en cause les conclusions de l'expert, qui reposent sur une appréciation complète du cas du recourant.

10.6. Le fait que l'expert ait qualifié une fois le trouble psychique diagnostiqué de gravité faible ou léger et ailleurs de modéré ne constitue pas une incohérence manifeste, l'adjectif modéré étant un synonyme non seulement de moyen, mais également de minime, négligeable, petit www.synonymeur.com/synonyme/modere).

10.7. En conclusion, l'expertise du Dr L_____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante, sous réserve de l'évaluation consensuelle, qui n'apparaît pas probante dans la mesure où les experts retiennent une capacité de travail globale de 30%, dont 25% serait dû au syndrome douloureux chronique, alors que l'analyse des indicateurs ne permet pas de retenir une incapacité de travail pour ce diagnostic, comme cela sera démontré ci-après.

11. 11.1. Bien que l'expertise du Dr M_____ ne soit pas pleinement probante, il n'apparaît pas nécessaire de faire procéder à une instruction complémentaire.

En effet, la question de savoir si le diagnostic de fibromyalgie doit être retenu ou pas peut rester ouverte, dès lors qu'il ressort du dossier, et en particulier de l'expertise du Dr L_____, que l'analyse des indicateurs développés par le Tribunal fédéral – à laquelle la chambre de céans est compétente pour procéder –, ne permet manifestement pas de retenir que si ce diagnostic était posé, il serait incapacitant.

En effet, le recourant ne présente pas de détresse importante en lien avec des souffrances ressenties au quotidien. Il ressort en effet de l'expertise psychiatrique qu'il apparaissait en bon état général et que l'expert n'avait pas constaté de comportement douloureux lors de son examen. Le recourant reste capable de travailler et de voyager avec sa communauté. Il se lève tôt, promène son chien, puis effectue des tournées en camionnette trois fois par semaine, sauf lorsque ses douleurs sont trop importantes. Il cuisine à midi régulièrement et s'occupe des tâches ménagères avec ses enfants. Après une sieste d'une demi-heure, il s'active encore (sortie du chien, bricolage ou ménage).

Le recourant présente en outre des ressources personnelles qualifiées de remarquables par l'expert psychiatre, qui lui permettent d'assumer sa vie de famille sans beaucoup d'aide de son épouse, elle-même malade. Il est de plus bien entouré par ses enfants et ses beaux-parents. Il souffre d'un trouble anxieux et dépressif mixte de degré faible qui ne le prive pas de ses ressources dans sa gestion du quotidien, selon l'expert psychiatre. S'agissant des traitements, il faut remarquer qu'il a refusé de participer au groupe de psychothérapie proposé par le service de Consultation de la douleur, qui aurait pu l'aider à mieux accepter et gérer ses douleurs. Il en ressort que les traitements n'ont pas été pleinement mis à profit, même s'il faut relever qu'il a entrepris un suivi psychiatrique. Il ne prend des antalgiques qu'à la demande, ce qui démontre que ses douleurs sont variables et d'une intensité relative. Enfin, les limitations subjectives portent surtout sur le niveau professionnel et elles sont moins marquées dans le domaine personnel (relations familiales, activités ménagères), même si les activités sociales ont fortement diminué depuis 2014, selon l'expert psychiatre.

Pour les mêmes motifs, il doit être retenu que le diagnostic psychiatrique posé par l'expert n'entraîne pas non plus d'incapacité de travail.

11.2. S'agissant des atteintes somatiques (à l'exclusion du syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie), elles ne sont pas de nature à limiter la capacité de

travail du recourant dans l'activité habituelle au-delà de 3 à 4 semaines après l'accident de 2014 comme l'a retenu l'expert M_____, convaincant sur ce point. Il a en effet indiqué dans ses conclusions qu'il n'y avait pas de déficit concernant la colonne lombaire et seulement un léger déficit fonctionnel à l'épaule partiellement expliqué par une tendinopathie calcifiante et une bursite, toutefois sans lien avec la manière dont l'expertisé avait enlevé son pull à l'examen clinique et sans évidence pour une épaule gelée, étant relevé que le même constat avait été fait par les experts de la PMU.

Les rapports du Dr C_____ des 21 août 2015 et 4 mai 2016, qui retenaient une incapacité de travail de 80%, ne suffisent pas à remettre en cause cette conclusion, vu leur motivation succincte et dès lors que ce médecin est généraliste et non rhumatologue et qu'il se prononçait sur l'activité habituelle du recourant, soit sur une activité de brocanteur portant sur des objets lourds, et en tenant compte de ses douleurs et de son état psychique.

Les rapports de la Dresse E_____ concernent essentiellement la gestion des douleurs ressenties par le recourant qui relèvent de la fibromyalgie, de sorte que son appréciation sur la capacité de travail n'est pas déterminante s'agissant des troubles somatiques (à l'exclusion de la fibromyalgie).

Au final, il convient de retenir que le recourant n'a été que très partiellement incapable de travailler pendant au maximum trois à quatre semaine depuis son accident de 2014. Même si l'on admettait une légère limitation sur le plan strictement somatique (sans le syndrome douloureux chronique de degré moyen de type fibromyalgie), celle-ci ne serait en tous les cas pas plus importante que les 25% retenus par le Dr M_____ en lien uniquement avec le syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie. Il en résulte que le recourant ne remplit pas la condition d'une incapacité de travail de 40% au moins pendant un an, au sens des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, qui pourrait lui ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

12. Le 20 mai 2021, le recourant a informé la chambre des assurances sociales de faits nouveaux, à savoir qu'au début du mois d'avril, il avait subi une crise de douleurs persistantes d'une douzaine de jours et que ses médecins traitants avaient été stupéfaits par les conclusions des experts. Il renouvelait sa demande d'audition de ces médecins.

Les faits annoncés par le recourant sont postérieurs à la décision querellée et ne sont pas susceptibles de remettre en cause la capacité de travail retenue par la chambre de céans. En effet, selon la jurisprudence, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références).

Il ne sera enfin pas donné suite à la demande d'audition des médecins traitants du recourant, ces derniers s'étant déjà exprimés dans leurs rapports médicaux qui

figurent au dossier et la Dresse F_____ ayant eu un entretien téléphonique avec l'expert psychiatre.

13. Infondé, le recours sera rejeté et un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Isabelle CASTILLO	Catherine TAPPONNIER

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