RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/166/2020 **ATAS/816/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 19 août 2021

6ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CONCHES, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Catarina MONTEIRO SANTOS	recourant

contre

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

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1968, a travaillé comme chauffeur-livreur pour B_____ SA (ci-après : l'employeur), du 30 avril 2007 au 29 février 2016, avec un dernier jour de travail effectif le 7 août 2015. Antérieurement, il a exercé une activité de serveur auprès de plusieurs établissements.

2. Le 20 janvier 2014, l'assuré a subi une entorse métacarpo-phalangienne du pouce gauche, pour laquelle le centre de chirurgie et thérapie de la main CH8 a relevé une persistance de gêne douloureuse nécessitant une attelle de soutien (rapport CH8 du 5 mai 2015).

3. Le 14 juillet 2015, l'assuré s'est soumis à une arthro-IRM de la hanche gauche en raison d'une indication de pré-arthrose de la hanche gauche, suspicion de lésion du labrum gauche, qui a conclu à des signes d'arthrose coxo-fémorale gauche avec une chondropathie étendue, une désinsertion du labrum postéro-supérieur et une ostéophytose du pourtour de la tête fémorale.

4. Le 20 juillet 2015, l'assuré s'est soumis à une arthro-IRM de la hanche droite en raison d'une indication d'arthrose de la hanche gauche, possible lésion labrale droite. Le rapport conclut comme suit : « arguments arthro-IRM en faveur de remaniements dégénératifs débutants coxo-fémoraux, se caractérisant par une chondropathie et une déchirure labrale antéro-supérieure ainsi qu'à des formations géodiques sous-chondrales du sourcil cotyloïdien ».

5. Le 14 août 2015, le docteur C_____, FMH chirurgie orthopédique, a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assuré depuis le 10 août 2015, renouvelée les 25 août 2015, 4 septembre 2015, 28 septembre 2015, 29 octobre 2015, 12 novembre 2015, 26 novembre 2015, 21 décembre 2015, 1er février 2016, 3 mars 2016, 7 avril 2016, 9 mai 2016, 13 juin 2016, 5 septembre 2016, 12 septembre 2016, 4 novembre 2016, 17 novembre 2016, 24 novembre 2016 et 19 décembre 2016.

6. Le 21 août 2015, l'employeur a rempli une déclaration de maladie-assurance perte de salaire pour la Vaudoise générale compagnie d'assurances SA (ci-après : la Vaudoise), assureur perte de gain de l'employeur, en indiquant une maladie depuis le 10 août 2015.

7. Le 27 août 2015, l'assuré a subi une intervention chirurgicale effectuée par le Dr C_____, soit une arthroscopie opératoire de la hanche gauche et résection du flap / bourrelet replié du labrum postéro-supérieur de la hanche gauche. Le diagnostic pré-opératoire était celui de coxarthrose de la hanche gauche avec suspicion de lésion du labrum supéro-postérieur.

8. Le 17 septembre 2015, la Vaudoise a pris le cas en charge et versé une indemnité journalière depuis le 24 août 2015.

9. Le 13 novembre 2015, l'assuré a subi une intervention chirurgicale à la hanche droite, soit une arthroscopie opératoire de la hanche droite, shaving chondroplastie de la tête fémorale et résection de la lésion déchirée du labrum antérieur et antéro-

latéral au shaver. Le diagnostic pré-opératoire était celui de pré-arthrose hanche droite avec lésion du labrum supéro-externe.

10. Le 25 janvier 2016, le Dr C_____ a estimé que l'évolution était lentement favorable et que l'assuré devait trouver un travail adapté à son handicap, sans port de charge et sans marche.

11. Le 25 janvier 2016, la Vaudoise a annoncé le cas à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) en détection précoce.

12. Un entretien a eu lieu entre un représentant de la Vaudoise et l'assuré le 26 janvier 2016. Celui-ci déclarait pouvoir conduire mais pas porter de charges et il faisait de la physiothérapie.

13. Le 4 février 2016, le docteur D_____, FMH médecine interne, médecin-conseil de la Vaudoise, a estimé qu'une activité adaptée (sans port de charge répétitif, sans position contraignante, sans marche dans un terrain irrégulier) était exigible à 100 %.

14. Le 18 février 2016, l'employeur a indiqué à l'assuré que le délai de congé avait été suspendu en raison de l'incapacité de travail et que le contrat de travail prendrait fin le 29 février 2017.

15. Le 19 février 2016, la Vaudoise a informé l'assuré que les prestations continueraient d'être versées jusqu'à la fin de l'incapacité de travail en cours.

16. Le 22 février 2016, la Vaudoise a informé l'assuré qu'elle lui reconnaissait une pleine capacité de travail dès le 1er mai 2016.

17. Le 4 mars 2016, l'assuré a déposé auprès de l'OAI une demande de prestations.

18. Le 7 avril 2016, le Dr C_____ a rempli un rapport médical AI attestant de coxarthrose gauche et de pré-arthrose hanche droite, avec un pronostic moyen et une incapacité de travail totale ; l'assuré ne pouvait pas rester debout ou marcher d'une manière prolongée ; le travail de chauffeur-livreur n'était pas possible ; une activité adaptée au handicap était possible depuis maintenant (travail sédentaire, assis, chauffeur).

19. Le 18 avril 2016, le Dr C_____ a écrit au docteur E_____, FMH chirurgie orthopédique, médecin-conseil de la Vaudoise, en relevant que l'assuré présentait une coxarthrose bilatérale, plus importante à gauche qu'à droite, s/p arthroscopie / débridement des lésions du labrum des deux hanches avec un arrêt de travail toujours à 100 % depuis le 10 août 2015. Actuellement, la situation s'était clairement améliorée au niveau de sa hanche droite. Par contre, il souffrait tout de même régulièrement de sa hanche gauche avec une évolution moyennement favorable à ce niveau-ci. Il était bien possible que les douleurs au niveau de cette hanche gauche deviennent trop importantes et que d'ici quelques mois une prothèse totale de celle-ci doive être envisagée. Pour l'instant, bien évidemment, le patient ne pouvait pas reprendre son travail dans son ancien métier de chauffeur / livreur,

ni même dans une activité adaptée jusqu'à la mise en place d'une prothèse totale au niveau de sa hanche gauche.

20. Le 19 avril 2016, l'assuré a subi une infiltration sous scopie de la hanche gauche.

21. Le 21 avril 2016, l'assuré a écrit à la Vaudoise qu'il s'opposait à l'avis de son médecin-conseil et a requis la continuation du versement des prestations, en se fondant sur l'avis du Dr C_____.

22. Le 12 mai 2016, le Dr D_____ a écrit au Dr C_____ qu'il maintenait sa position car il lui était difficile de comprendre qu'il n'existait aucune capacité de travail dans une activité adaptée.

23. Le 24 mai 2016, un entretien a eu lieu à l'OAI avec l'assuré et une orientation professionnelle a été évoquée.

24. Par communication du 2 juin 2016, l'OAI a pris en charge une remise à niveau en bureautique de l'assuré du 31 mai au 20 juin 2016.

25. Le 5 juillet 2016, l'assuré a écrit à la Vaudoise que son état n'était pas stabilisé car il devait être prochainement opéré et que le médecin-conseil n'avait pas motivé la capacité de travail retenue de sorte que, conformément à l'avis du Dr C_____, il convenait de reprendre le versement des prestations.

26. À la demande de la Vaudoise, le Dr C_____ a indiqué le 22 août 2016 qu'il avait posé un diagnostic de coxarthrose bilatérale, qu'il existait une décompensation à gauche et qu'une prothèse totale de la hanche gauche était prévue en septembre / octobre 2016.

27. Le 6 septembre 2016, le Dr E_____ a estimé que la prise de position de la Vaudoise devait être maintenue et que l'opération devait être repoussée autant que possible.

28. Le 7 septembre 2016, le Dr C_____ a rempli un rapport médical AI indiquant que même au bénéfice d'une prothèse, l'assuré aurait besoin d'un travail sédentaire.

29. Le 21 septembre 2016, le Dr E_____ a rendu un avis selon lequel dans une activité sédentaire, la capacité de travail était complète, de l'aveu même du Dr C_____ (rapport à l'OAI du 7 avril 2016) ; le Dr C_____ n'expliquait pas en quoi consistait la décompensation de la hanche gauche et la situation n'évoluait pas depuis six mois au moins de sorte que l'exigibilité d'une activité adaptée dès le 1er mai 2016 devait être confirmée.

30. Le 3 octobre 2016, le Dr C_____ a indiqué à l'OAI que l'état de santé s'était aggravé par une décompensation de la coxarthrose gauche.

31. Le 12 octobre 2016, l'assuré, représenté par son avocate, a déposé auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice une demande en paiement à l'encontre de la Vaudoise, concluant au versement de l'indemnité journalière du 1er mai au 12 octobre 2016, avec intérêts.

32. Le 11 novembre 2016, l'assuré a subi une intervention chirurgicale, soit la pose d'une prothèse totale de la hanche gauche.

33. Une échographie inguinale a été pratiquée le 31 janvier 2017 et une échographie de la hanche gauche le 21 mars 2017.

34. Le 15 mai 2017, le Dr C_____ a indiqué à l'OAI un état de santé stationnaire, voire amélioré par une PTHG depuis mai 2017. La capacité de travail était nulle comme chauffeur-livreur et entière dans une activité adaptée telle que chauffeur sans livraison.

35. Le 22 mai 2017, l'OAI a retenu un statut d'actif de l'assuré.

36. Une scintigraphie osseuse avec SPECT/CT a été pratiquée le 28 juillet 2017 concluant à des signes compatibles avec un descellement de la prothèse gauche.

37. Par ordonnance du 2 août 2017 (ATAS/665/2017), la chambre de céans a confié une expertise orthopédique au docteur F_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

38. Un rapport d'IRM du bassin du 24 octobre 2017 a conclu à des signes de descellement de la pièce acétabulaire gauche et épanchement coxofémorale gauche modéré communiquant avec la bourse trochantérienne.

39. Le 30 novembre 2017, la doctoresse G_____, du SMR, a rendu un avis selon lequel les conclusions du Dr C_____ pouvaient être suivies et l'assuré était reconnu totalement incapable de travailler dans son activité habituelle et totalement capable de travailler du 7 avril 2016 au 31 juillet 2016 et dès le 1er mai 2017, dans une activité adaptée.

40. Un rapport de la doctoresse H_____, FMH orthopédie, du 30 novembre 2017 a relevé que l'assuré avait bénéficié d'une arthroplastie totale de la hanche gauche le 11 novembre 2016 et que depuis lors, il présentait des douleurs lombaires basses et dans la zone latérale et inguinale de la hanche gauche. Ces douleurs étaient très invalidantes puisqu'elles apparaissaient après dix minutes de position assise et dix minutes de position debout et à la charge, motivant la prise d'une canne et un traitement antalgique par Zaldiar, Arthrotec et Lyrica. L'assuré signalait également que les lombalgies qui étaient présentes déjà avant l'intervention avaient été aggravées depuis la chirurgie. Il avait consulté le docteur I_____ avec trois infiltrations du rachis sans nette amélioration. L'examen clinique avait pu démontrer un Tredelenburg positif, une boiterie de Tredelenburg, un trochanter sensible à gauche, l'absence de limitation de la mobilité de la hanche droite mais une douleur en flexion et rotation interne à la hanche gauche. Bien que les amplitudes aient été conservées, toute mobilisation était douloureuse. Le bilan radiologique avait fait suspecter une non intégration de l'implant cotyloïdien et l'échographie avait confirmé une lésion partielle du moyen fessier. L'assuré avait été adressé pour un complément de SPECT-CT confirmant le descellement de la cupule et il avait été adressé au service d'orthopédie des Hôpitaux universitaires de

Genève (ci-après : HUG) pour changement de cette prothèse qui aurait lieu le 11 janvier 2018.

41. Le 4 décembre 2017, l'OAI a conclu à un degré d'invalidité nul (revenu sans invalidité de CHF 55'573.- et revenu d'invalide de CHF 60'320.- correspondant à celui issu de l'ESS 2014, TA1, homme, total, pour 41,7 heures de travail par semaine, adapté à l'année 2016, à 100 %, avec une déduction de 10 %).

42. Par projet d'acceptation de rente du 13 décembre 2017, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1er septembre 2016 au 31 juillet 2017. Dès le 1er mai 2017, le degré d'invalidité était nul, sa capacité de travail étant totale dans une activité adaptée.

43. Les 19 décembre 2017 et 7 février 2018, l'assuré, représenté par son avocate, s'est opposé au projet de décision précité, en contestant une capacité de travail de 100 % ainsi que le calcul de son degré d'invalidité. Il se référait aux conclusions de l'expert F_____ selon lequel en l'état actuel même un travail sédentaire ne pouvait être envisagé ; par ailleurs, il avait été récemment opéré.

44. Le 20 décembre 2017, le Dr F_____ a rendu son rapport d'expertise.

    L'assuré se plaignait de douleurs majoritairement au niveau de la hanche gauche, de l'impossibilité de rester assis ou debout plus de dix minutes, de la nécessité de marcher avec des cannes, de difficultés à se mouvoir et de perte d'autonomie. Lors de l'examen clinique, il existait des douleurs à la mobilisation de la hanche gauche, à la palpation du grand trochonter et du rachis lombaire ; la radiographie du 20 juillet 2017 montrait une image compatible avec un descellement de la prothèse, lequel engendrait une instabilité mécanique suivie de douleurs. Le bilan (SPECT-CT du 28 juillet 2017, ponction de la hanche gauche du 28 septembre 2017, culture du liquide de ponction du 5 octobre 2017, IRM du bassin du 24 octobre 2017) évoquait un descellement de la cupule au niveau du cotyle et ce descellement pouvait expliquer la présence des douleurs au niveau de la hanche gauche.

    Le diagnostic actuel était un descellement de la prothèse de la hanche gauche ; le 27 août 2015 avait été posé un diagnostic de coxarthrose avec une éburnation de l'os et des lésions au niveau labral ; les clichés radiologiques de 2011 montraient déjà un état pré–arthrosique ; il existait aussi un diagnostic d'arthrose de la hanche droite. Un bilan était en cours aux HUG et si le descellement se confirmait, une révision de la prothèse, avec son changement complet, serait effectuée.

    Les limitations fonctionnelles concernaient le port de charge, le maintien d'une station debout prolongée et des atteintes polyarticulaires ; les articulations engendrant des limitations fonctionnelles étaient les suivantes, dans l'ordre de la plus causale : hanche gauche, hanche droite, pouce gauche (l'assuré avait subi une entorse du pouce gauche dont le traitement avait été suspendu en raison de problèmes aux hanches), rachis lombaire, épaules ; il y avait une symptomatologie douloureuse au niveau de la colonne lombaire avec des épisodes de paresthésies au

niveau du membre inférieur gauche, des douleurs à l'épaule, au genou gauche, aux deux poignets et aux doigts.

Une activité adaptée (travail de bureau) était possible environ deux à trois mois après l'arthroscopie de la hanche droite, sous forme d'une formation dans une nouvelle profession. L'état de santé de l'assuré ne s'était pas amélioré depuis le 1er mai 2016 ; on retrouvait sur les clichés radiologiques de 2017 un liseré autour de la prothèse totale de hanche et un changement de prothèse était discuté ; l'incapacité de travail était totale depuis le 10 août 2015 et justifiée jusqu'à février 2016 en raison de deux arthroscopies d'août et novembre 2015 ; entre février 2016 et novembre 2016, date de la mise en place de la prothèse totale de la hanche gauche, les douleurs étaient réapparues et s'étaient exacerbées, un traitement conservateur ayant été mis en place mais l'augmentation des douleurs et les signes radiologiques d'arthrose avaient mené au choix de la pose de la prothèse de la hanche gauche ; en présence de symptômes d'arthrose, on protégeait l'articulation de toute sollicitation excessive, ce qui impliquait, selon les professionnels, une baisse voire un arrêt d'activité ; la reprise du travail n'aurait à son sens pas pu être exigée entre la deuxième arthroscopie et la pose de la prothèse.

Quant à une activité adaptée, elle aurait pu être une solution mais le traitement définitif n'avait pas encore eu lieu, de sorte que l'on pouvait se demander si une reconversion pour une durée de neuf mois aurait eu un sens, ce d'autant que l'assuré n'avait pas de formation et n'avait exercé qu'une activité de livreur / coursier.

Après la pose de la prothèse, une activité pouvait en principe être reprise deux à six mois plus tard, en fonction du genre d'activité. En l'occurrence, le traitement conservateur n'avait pas permis d'améliorer la situation et la révision chirurgicale était probablement l'ultime traitement si le descellement était confirmé ; une reconversion dans un travail sédentaire était à envisager.

Il n'était pas exclu qu'une prothèse de la hanche droite doive être posée et l'assuré présentait toujours des polyarthralgies qui se maintiendront. Il constatait que les appréciations des médecins-conseil quant à une reprise de travail de l'assuré, s'étaient fondées uniquement sur un rapport du Dr C_____ qui mentionnait une reprise possible dans une activité adaptée, sans examen de l'assuré par les médecins-conseil.

45. Le 11 janvier 2018, l'assuré a subi un changement de la prothèse totale de hanche gauche, laquelle s'était descellée (traité par le docteur J_____). Du 16 au 26 janvier 2018, il a bénéficié d'un séjour pour rééducation intensive à l'Hôpital de Beau-Séjour.

46. L'unité de chirurgie de la main des HUG a attesté d'une incapacité de travail totale du 11 janvier au 11 mars 2018, puis du 11 mars au 27 août 2018.

47. Le docteur K_____, FMH médecine interne, a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assuré du 1er mars 2018 au 31 octobre 2019.

48. Le 12 mars 2018, la Dresse G_____, du SMR, a rendu un avis, après avoir pris connaissance de l'expertise du Dr F_____, en relevant qu'on pouvait retenir, au vu du descellement, que la capacité de travail était nulle dans toute activité depuis juillet 2017. Cependant, les conclusions du SMR restaient valables pour la période précédente puisque l'expert indiquait que, de manière médico-théorique, une activité adaptée aurait été possible sur les périodes précédentes mais que dans le cas de l'assuré, c'étaient des facteurs extra-médicaux qui n'avaient pas permis de reprise. L'aggravation était donc rendue plausible depuis juillet 2017. L'assuré était pris en charge par le Prof. J_____, orthopédiste aux HUG. Elle proposait de lui envoyer un rapport initial et de demander une copie de ses consultations spécialisées.

49. À la demande de la chambre de céans, le Dr F_____ a rendu un complément d'expertise le 14 mars 2018.

    Un arrêt de travail de trois mois depuis le 13 novembre 2015 était justifié en raison des suites de l'arthroscopie de la hanche droite mais la hanche gauche présentait aussi des signes d'arthrose ; après trois mois, l'assuré pouvait reprendre une activité de type travail de bureau ; la douleur de la hanche gauche avait évolué graduellement ; après la pose de la prothèse de la hanche gauche, compte tenu de l'activité de l'assuré, qui impliquait des sollicitations mécaniques, il était plutôt proposé une reprise du travail après six mois ; pour une personne qui travaillait dans un bureau, une reprise de travail pouvait être ordonnée après six semaines.

50. Le 25 juin 2018, le Dr J_____ a rempli un rapport médical AI, attestant d'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle, du 25 septembre 2017 au 28 août 2018 et un pronostic peu favorable ; la station debout était impossible ainsi que le port de charge de plus de 10 kg.

51. Le 26 juin 2018, le Dr J_____ a attesté de douleurs basses invalidantes et de douleurs de hanche droite et trochantériennes gauches.

52. Le 3 septembre 2018, le docteur I_____, FMH anesthésiologie, a écrit au docteur L_____ en mentionnant des lombalgies basses anciennes, douleur actuellement handicapante à la marche et perturbant le sommeil ; une IRM lombaire du 18 juillet 2018 montrait une discopathie L4-L5 avec une protrusion foraminale gauche sans évidence de conflit radiculaire. Il demandait au Dr L_____ de convoquer l'assuré pour un programme de reconditionnement musculaire.

53. Par arrêt du 8 octobre 2018 (ATAS/901/2018), la chambre de céans a admis partiellement la demande de l'assuré et condamné l'assureur à lui verser CHF 3'757.20 avec intérêts à 5 % l'an dès le 1er juin 2016, CHF 3'636.- avec intérêts à 5 % l'an dès le 1er juillet 2016, CHF 3'757.20 avec intérêts à 5 % l'an dès le 1er août 2016, CHF 3'757.20 avec intérêts à 5 % l'an dès le 1er septembre 2016, CHF 3'636.- avec intérêts à 5 % l'an dès le 1er octobre 2016, CHF 1'454.40 avec intérêts à 5 % l'an dès le 12 octobre 2016.

54. Le 19 octobre 2018, le Dr K_____ a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assuré du 1er au 30 novembre 2018.

55. Le 12 novembre 2018, la Dresse G_____, du SMR, a rendu un avis proposant de questionner le Dr L_____.

56. Le 26 novembre 2018, le Dr L_____ a écrit à l'OAI que l'assuré avait enchainé les problèmes musculosquelettiques depuis trois ans, au début essentiellement un problème de coxarthrose qui avait dû être opéré mais qui avait présenté des complications, ce qui avait entrainé une deuxième opération. À cela était venu s'ajouter, probablement en raison du manque d'activité secondaire au problème de hanche, un syndrome lombovertébral qui était très important au moment de la consultation. En parallèle, on relevait d'une part un problème avec l'assurance perte de gain et d'autre part une décompensation psychiatrique importante avec actuellement une situation difficile requérant un suivi hebdomadaire. En résumé, d'un point de vue rhumatologique pur, on avait une incapacité de travail comme chauffeur-livreur à 100 % en raison d'un syndrome lombovertébral très important avec des limitations dans la position assise, dans la marche, dans le port de charge, dans le piétinement et dans tout travail en porte-à-faux.

    Il a joint un rapport du 17 octobre 2018 concernant une consultation spécialisée du rachis du même jour, pour lombalgies communes chroniques, PTH gauche avec symptômes résiduels et coxarthrose droite. La plainte principale concernait actuellement la région lombaire. Notion de chute de deux mètres de hauteur avec réception sur le coccyx il y avait sept à huit ans, sans nécessité d'arrêt de travail. Le début des symptômes remontait à environ cinq ans, en augmentation suite de la PTH. Actuellement, c'était surtout l'effort qui allait déclencher la douleur. En général pas de douleur le matin, apparition de la douleur avec le mouvement ou avec le piétinement. Il devait s'asseoir après dix minutes de marche avec l'impression que les jambes « coincent » des deux côtés mais nettement moins à gauche depuis l'opération. Le piétinement provoquait une douleur lombaire qui pouvait irradier en ceinture le long des crêtes iliaques parfois pire que lors de la marche. Assis, selon le siège, il devait se lever chaque dix minutes. S'il avait un coussin-bouée, la douleur était moins intense. Suite au changement de PTH, il avait constaté une diminution progressive des douleurs de la racine du membre inférieur gauche. Dans les genoux, les douleurs dataient de longues années avec une notion de raideur importante. La PTH avait diminué un peu la douleur à gauche mais ne l'avait pas fait complètement disparaitre. Elle venait de manière aléatoire mais plutôt à la marche et de manière plus marquée à droite. Depuis quelques semaines, l'assuré ressentait des douleurs également dans les épaules. Problème de pouce gauche avec port d'une attelle depuis de longues années.

57. Le 13 décembre 2018, la Dresse G_____, du SMR, a rendu un avis selon lequel on pouvait retenir au vu du descellement que l'aggravation était donc rendue plausible. L'assuré était pris en charge par le Prof. J_____, orthopédiste aux HUG, qui avait pris en charge l'assuré pour un descellement aseptique de la PTH gauche traité par

changement le 11 janvier 2018. À six mois de l'intervention, l'assuré marchait avec une légère boiterie à gauche. Les radiographies étaient rassurantes. Le Prof. J_____ retenait une indication à une arthroplastie totale de hanche droite. Il indiquait dans son rapport du 26 juin 2018 que l'état n'était pas stabilisé principalement en lien avec les lombalgies.

L'assuré présentait également des lombalgies connues depuis 2013 actuellement à la marche et perturbant le sommeil. La mobilisation du rachis était libre. Une IRM du 18 août 2018 montrait une discopathie L4-L5 avec protrusion foraminale gauche sans évidence de conflit. L'assuré était adressé au Dr L_____ pour un programme de reconditionnement musculaire. Dans son rapport du 26 novembre 2018, le Dr L_____ indiquait que l'assuré présentait une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle en raison d'un syndrome lombo-vertébral très important avec des limitations dans la position assise, la marche, le port de charge, le piétinement et tout travail en porte à faux. Il ne se prononçait pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Par ailleurs, il signalait que l'assuré avait présenté une décompensation psychiatrique importante nécessitant un suivi hebdomadaire mais le nom du psychiatre traitant n'était pas précisé.

Dans ce contexte, afin de déterminer l'exigibilité, il était proposé de demander une expertise pluridisciplinaire via la plateforme Med@p avec volet médecine interne, rhumatologie, orthopédie et psychiatrie. Il était également proposé au gestionnaire de voir avec l'assuré par quel psychiatre l'assuré était suivi et de bien vouloir l'interroger en lui envoyant la lettre au psychiatre en parallèle.

58. Le 7 mai 2019, le Dr L_____, FMH rhumatologie, a rendu un rapport de consultation spécialisée du rachis. La problématique de la hanche gauche était actuellement au premier plan des douleurs et des limitations fonctionnelles (bien qu'aucun problème n'ait été décelé à la radiologie). Les lombalgies n'apparaissaient comme limitantes qu'à la marche, après qu'une importante boiterie ait été constatée, toujours au départ de la hanche gauche ; il s'agissait donc plutôt d'une lombalgie secondaire que d'un problème premier. Non seulement l'assuré était naturellement focalisé sur un problème de hanche, mais de plus toutes les activités thérapeutiques pour le dos allaient être limitées par la hanche. Il s'agissait donc d'une situation pour laquelle le programme multidisciplinaire pour le dos ne paraissait pas adéquat. Il proposait une consultation avec le docteur M_____, de l'unité médecine physique et réadaptation des HUG.

59. Le 31 mai 2019, le Dr K_____ a écrit à l'assureur-maladie de l'assuré pour expliquer qu'il souhaitait tenter un nouveau traitement antalgique, le Sativex, en raison des douleurs chroniques de l'assuré ; l'assureur-maladie a refusé le 19 juin 2019 cette prise en charge.

60. Le 4 juin 2019, le Dr K_____ a requis de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) une autorisation pour délivrer à l'assuré du Sativex, pour une couverture

antalgique suffisante suite à l'échec partiel du traitement, lequel l'a autorisé du 6 juin 2019 au 30 juin 2020.

61. À la demande de l'OAI, le CEMEDEX a rendu le 18 juillet 2019 une expertise pluridisciplinaire (docteur N_____, FMH chirurgie orthopédique, docteur O_____, FMH psychiatrie, docteur P_____, FMH médecine interne générale, docteur Q_____, FMH rhumatologie).

    Une évaluation consensuelle du 17 mai 2019 a conclu à une capacité de travail nulle depuis le 10 août 2015 dans l'activité habituelle et une capacité de travail de 100 % dès août 2018 (soit 6 mois après l'intervention du 10 janvier 2018) dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de marche ni de position debout statique prolongée. Pas de position en porte-à-faux. Port de charge limité à 10 kg. Pas de travail en hauteur. Pas d'effort en pro-supination forcée de la main gauche. Pas d'agenouillement ni d'accroupissement. Pas de gravissement d'escalier de façon répétée.

    Les diagnostics étaient les suivants : coxalgies chez coxarthrose bilatérale avec arthroscopie de la hanche gauche le 27 août 2015, arthroscopie de la hanche droite le 19 novembre 2015, implantation d'une prothèse totale de la hanche gauche le 11 novembre 2016, changement de prothèse totale de la hanche gauche le 11 janvier 2018 pour descellement de la cupule. Lombalgies chroniques chez discopathie lombaire L4-L5. Arthrose débutante de l'articulation métacarpo-phalangienne I gauche après entorse le 20 janvier 2014 (arthrose visible sur l'IRM et non sur les radiographies). Pouce à ressaut gauche ayant subi une cure chirurgicale le 3 décembre 2018. Majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques F68.0. Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de cannabis, utilisation continue F12.25. Tabagisme actif. Allergie à la Céfuroxime.

    Il n'avait pas été décelé pendant l'entretien ni dans l'anamnèse des signes cliniques d'une maladie psychiatrique ou d'un trouble de la personnalité qui pourrait avoir une incidence sur les capacités fonctionnelles.

    Du point de vue consensuel, il avait été relevé chez l'assuré une exagération des symptômes physiques ayant mené à poser le diagnostic psychiatrique de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques.

    L'assuré se plaignait, du point de vue psychiatrique, de tristesse, de sentiments d'infériorité, de dévalorisation et découragement, de problèmes de sommeil, d'irritabilité. Selon l'expert psychiatre, les plaintes formulées par l'assuré n'étaient pas plausibles ni cohérentes eu égard à l'entretien ainsi qu'aux activités journalières sur lesquelles il était resté quelque peu vague, ne répondant pas toujours de manière directe aux questions concernant ses activités. Scolarisé, intelligent, l'assuré était capable de s'adapter à des règles de routine, de planifier et structurer ses tâches, il possédait de la flexibilité et avait la capacité de changement, de mobiliser ses compétences et ses connaissances. Il était apte à prendre des décisions, possédait la

capacité de discernement, il était capable d'initiatives et d'activités spontanées. Il pouvait s'affirmer, tenir une conversation et établir des contacts avec des tiers. Il était apte à vivre en groupe, à lier d'étroites relations, à prendre soin de lui-même et à subvenir à ses besoins. Il disposait de la mobilité et pouvait se déplacer. En revanche, la capacité de résistance et d'endurance de l'assuré était légèrement diminuée à cause de la douleur alléguée.

L'assuré se plaignait, du point de vue de la médecine interne, de douleur des hanches, lombaires et aux genoux. Il y avait une cohérence et une plausibilité vis-à-vis du traitement effectué pour l'allergie à la céphalosporine avec un antihistaminique. L'assuré n'avait pas présenté d'autres problèmes de médecine interne générale, sauf une surcharge pondérale dans le cadre de sa mobilisation limitée. Il semblait avoir beaucoup de ressources personnelles. Sa famille était présente et soutenante. Plusieurs problèmes financiers étaient relevés, avec dettes et poursuites. Il existait actuellement une fragilité psychologique qui n'était pas présente auparavant.

L'assuré se plaignait, du point de vue rhumatologique, de douleurs aux hanches, d'anesthésie des trois derniers orteils du pied gauche, de douleurs à la main et au pouce gauche, sans amélioration malgré une intervention du 3 décembre 2018, de douleurs aux épaules et temporo-mandibulaires. Selon l'expert rhumatologue, il existait des incohérences dans l'examen clinique (caractère très démonstratif).

L'assuré se plaignait du point de vue orthopédique de douleurs continues aux deux hanches, surtout à gauche, avec blocage de celle-ci, de douleurs au bas du dos qui l'obligeaient à marcher lentement et l'empêchaient de rester debout, de douleurs à la main gauche, continues avec des décharges électriques, de douleurs aux épaules, non continues et de douleurs articulaires temporo-mandibulaires très intenses, non continues. Les plaintes très importantes de l'assuré, disproportionnées par rapport à l'examen clinique, pour une bonne partie, faisaient soupçonner d'importantes autolimitations. L'examen radiologique de la main gauche révélait une arthrose débutante, alors que d'après les plaintes de l'expertisé et l'allégation de douleurs lors de l'examen clinique avec force de préhension très déficitaire, on aurait pu s'attendre à la mise en évidence d'une arthrose importante. Pour les hanches, à droite on ne pouvait pas parler d'arthrose sévère, ni par rapport à l'examen clinique, ni selon la radiologie, bien que l'on sache qu'il n'y avait pas forcément de corrélation obligatoire entre le degré d'atteinte arthrosique de la hanche et l'intensité des douleurs. À gauche, la radiographie montrait la présence d'une prothèse totale qui était bien positionnée et sans signe de descellement. En conclusion, une certaine incohérence entre les plaintes, les examens cliniques, radiologiques et les diagnostics était notée.

62. Le 20 août 2019, la doctoresse M. G_____, du SMR, a rendu un avis suivant les conclusions de l'expertise du CEMEDEX et retenant une incapacité totale de travail comme chauffeur-livreur depuis le 10 août 2015 et une capacité totale de travail dans une activité adaptée, du 7 avril au 31 juillet 2016 et dès le 1er août 2018. Les

limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de marche ni de position debout statique prolongée, pas de piétinement prolongé. Pas de position en porte-à-faux. Port de charge limité à 10 kg. Pas de travail en hauteur. Pas d'agenouillement ni d'accroupissement. Pas de gravissement d'escalier de façon répétée. Pas d'effort en pronation et en prono-supination forcée de la main gauche.

63. Le 24 septembre 2019, le Dr L_____ a indiqué à l'OAI que l'assuré était dorénavant suivi par le Dr M_____.

64. Le 25 octobre 2019, le Dr M_____ a attesté, dans un rapport médical détaillé (pour la commission administrative pour la coordination des systèmes de sécurité sociale), de diagnostics de conflit fémoro-acétabulaire des hanches, prothèse de hanche gauche et coxarthrose à droite. Une capacité de travail était possible dans des travaux non physiques et de façon régulière.

65. Par décision du 25 novembre 2019, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1er septembre 2016 au 31 octobre 2018, fondée sur une incapacité de travail totale depuis le 10 août 2015 et une capacité de travail totale dans une activité adaptée dès le 1er août 2018, entrainant un degré d'invalidité nul.

66. Le 30 décembre 2019, le Dr K_____ a attesté qu'il soutenait le recours de l'assuré contre la décision de l'OAI. L'assuré présentait de manière continue des douleurs dans un contexte orthopédique et rhumatologique complexe. Il avait été décidé d'une inaptitude au travail à 100 % comme chauffeur-livreur persistante jusqu'à ce jour et d'une aptitude pour d'autres travaux dès le 1er août 2018. Pour sa part, l'assuré n'était pas capable de travailler pour tout type de travaux de manière continue depuis 2015 et jusqu'à ce jour et notamment en raison d'effets secondaires de son traitement. Celui-ci entrainait une somnolence et des difficultés de concentration, élément qui ne semblait pas avoir été pris en compte lors des expertises. Il prenait des hautes doses de Sirdalud (12 mg /j) et de la Morphine, qui avait dû être reprise de manière intermittente ces derniers mois et actuellement en continu depuis l'été 2019.

67. Le 12 janvier 2020, le docteur R_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport déclarant qu'il soutenait le recours de l'assuré contre la décision de l'OAI ; l'assuré présentait un état dépressif majeur, sans symptôme psychotique, réactionnel aux problèmes physique ; sa fragilité et labilité émotionnelle étaient incompatibles avec une reprise de travail.

68. Le 15 janvier 2020, l'assuré, représenté par son avocate, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité ; préalablement, il a requis l'audition des Drs K_____, J_____, L_____ et R_____ ainsi que l'ordonnance d'une expertise médicale pour déterminer sa capacité de travail dans une activité adaptée. Les experts du CEMEDEX n'avaient pas évalué sa capacité de travail compte tenu de l'ensemble des atteintes, notamment celle du rachis. Or, ses médecins traitants attestaient d'une capacité de

travail nulle ; le droit à des mesures d'ordre professionnel devait être réévalué une fois le degré d'invalidité recalculé.

69. Le 7 février 2020, la Dresse S_____, du SMR, a rendu un avis selon lequel les dernières pièces médicales n'amenaient aucun élément nouveau ; l'intensité des plaintes douloureuses et le traitement médicamenteux ne pouvaient être retenus comme un facteur objectif de limitations fonctionnelles et d'incapacité totale de travail.

70. Le 7 février 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours, en relevant que l'expertise du CEMEDEX était probante, et s'est rallié à l'avis du SMR du même jour.

71. Le 5 juin 2020, l'assuré a répliqué en relevant que son droit d'être entendu avait été violé dès lors qu'il n'avait pas reçu le rapport d'expertise dès sa réception et qu'il n'avait pas pu se déterminer sur le choix des experts, le nom de ceux-ci ayant été envoyé par l'OAI, par erreur, à l'ancienne associée de son avocate. Une nouvelle expertise devait être ordonnée. Le calcul du degré d'invalidité n'avait pas été refait après l'expertise et il devait prendre en compte une baisse de rendement et un abattement plus important, compte tenu de ses nombreuses limitations fonctionnelles. Le consilium des experts ne tenait pas compte de l'aspect psychiatrique et rhumatologique.

72. Le 21 décembre 2020, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

    Le recourant a déclaré qu'il devait se faire opérer de la hanche droite et qu'il avait des douleurs en permanence dans les deux hanches. Il se sentait totalement incapable de travailler en raison des douleurs, des effets secondaires des médicaments, de son âge et du COVID. L'expertise psychiatrique au CEMEDEX s'était mal passée.

    Le recourant a transmis les deux pièces suivantes :

    - le 28 décembre 2020, le Dr R_____ a attesté d'un état dépressif majeur sans symptômes psychotiques et de limitations pour une reprise de travail principalement physiques mais l'assuré présentait une fragilité psychologique importante ; les traitements effectués, sans succès, les préoccupations financières, les contrariétés administratives (contribuant à l'état dépressif), ainsi que les douleurs chroniques étaient incompatibles avec une reprise de travail ;
    - le 29 décembre 2020, le Dr K_____ a attesté de douleurs chroniques invalidantes aux hanches ainsi que de lombalgies, nécessitant un traitement antalgique lourd et continu, partiellement efficace et grevé d'effets secondaires, dont des troubles cognitifs significatifs entraînant une incapacité de travail totale. Il présentait aussi des douleurs à la main gauche.

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

- le Dr L_____ a indiqué le 5 février 2021 qu'il avait vu l'assuré pour la dernière fois en octobre 2018 et qu'il avait reçu un bilan multidisciplinaire rédigé en mai 2019. Il ne pouvait évaluer la capacité de travail dans une activité adaptée. Il a posé les diagnostics de douleur de hanche gauche invalidante après reprise d'une PTH gauche, coxarthrose droite et syndrome lombovertébral chronique secondaire. Il était surpris que l'expertise du CEMEDEX ne retienne pas de limitations fonctionnelles en position assise, lesquelles étaient courantes en cas de lombalgies chroniques et certaines pathologies de la hanche. Il n'avait ainsi pas constaté d'incohérence flagrante à l'examen clinique.
- le Dr J_____ a indiqué le 22 février 2021 qu'il avait vu l'intéressé la dernière fois le 19 février 2020, lequel était extrêmement gêné par sa hanche gauche et une tendinopathie du psoas associée avait été évoquée. L'assuré devrait pouvoir reprendre une activité professionnelle à un rythme de travail adapté dans une activité principalement sédentaire.

74. Le 23 mars 2021, la Dresse S_____, du SMR, a estimé que les rapports des Drs J_____ et L_____ n'apportaient pas d'élément médical nouveau et qu'en 2019, les experts avaient bien indiqué que l'assuré devait pouvoir alterner les positions toutes les heures, dont la position assise.

75. Le 24 mars 2021, l'OAI a maintenu ses conclusions.

76. Le 3 mai 2021, l'assuré a sollicité une expertise judiciaire pluridisciplinaire. Le Dr J_____ avait estimé que le taux de travail devait être évalué par les experts, de sorte que l'expertise était incomplète et le Dr L_____ avait souligné que l'expertise ne tenait pas compte des limitations fonctionnelles.

    Il a produit un rapport du Dr L_____ du 23 avril 2021 faisant suite à une consultation de l'assuré du 7 avril 2021, selon lequel l'assuré présentait une importante limitation à garder une position assise stable plus de quelques minutes entraînant l'obligation de se relever 5-6x/h. La marche était limitée par une boiterie antalgique. Toutes les activités en position basse, y compris les soins corporels et l'habillage étaient extrêmement perturbées. En raison de la durée des symptômes, le Dr L_____ observait également les signes de déconditionnement physique. Il s'y ajoutait encore un épuisement physique et psychologique en lien avec des douleurs chroniques depuis des années. Pour toutes ces raisons, il estimait que la capacité professionnelle dans un poste de travail adapté aux limitations précédemment décrites était actuellement limitée à 50 % au mieux. Ils avaient débuté une prise en charge multidisciplinaire dans le but qu'il récupère progressivement une capacité entière dans un poste de travail adapté, avec comme horizon 6 à 12 mois.

77. Le 6 août 2021, la chambre de céans a indiqué aux parties qu'elle entendait confier une expertise judiciaire à la doctoresse T_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et leur a imparti un délai pour se prononcer sur une éventuelle récusation de l'experte ainsi que sur les questions libellées dans la mission d'expertise.

78. Le 12 août 2021, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR du même jour et s'est opposé à l'ordonnance d'une expertise judiciaire en proposant, subsidiairement, l'ajout d'une question.

79. Le 16 août 2021, le recourant a accepté la mission d'expertise.

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. Interjeté en temps utile, le recours est recevable.

3. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité au-delà du 31 octobre 2018, singulièrement sur sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

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

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

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

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

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

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

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

c. 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).

d. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à

l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

e. 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).

f. 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).

g. 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).

6. 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).

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

consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

8. En l'occurrence, le recourant conteste essentiellement le volet somatique de l'expertise du CEMEDEX, laquelle a conclu à une capacité de travail totale du recourant, depuis août 2018, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le Dr L_____ a indiqué le 23 avril 2021 que le recourant présentait d'importantes limitations fonctionnelles diminuant sa capacité de travail. Cet avis, motivé, met en doute celui de l'expertise du CEMEDEX, de sorte qu'il convient d'instruire l'aspect somatique en ordonnant une expertise judiciaire orthopédique, laquelle sera confiée à la doctoresse T_____.

   Au surplus, la question proposée par l'intimé sera ajoutée (point 7.5).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

I. Ordonne une expertise orthopédique. Commet à ces fins la doctoresse T_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, Centre d'expertise médicale Lancy au Petit-Lancy. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

A. Prendre connaissance du dossier de la cause.

B. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée.

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

D. Charge la Dresse T_____ d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

1. Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type)

2. Plaintes de la personne expertisée

3. Status et constatations objectives

4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)

Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogenèse)

4.1. Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.1 Dates d'apparition

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

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

4.5 Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant

ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par la personne expertisée).

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

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

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

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

5. Limitations fonctionnelles

5.1 Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic

5.1.1 Dates d'apparition

5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

6. Capacité de travail

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

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

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

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

6.2 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis le 1er août 2018 ?

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

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

7. Traitement

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

7.2 Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?

7.3 Le traitement dont bénéficie la personne expertisée occasionne-t-il des effets secondaires ? Si oui, lesquels ? Ceux-ci ont-ils un impact sur la capacité de travail de la personne expertisée ? Dans quelle mesure ?

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

7.5 En cas de prise d'antalgique, effectuer un dosage sanguin et évaluer la compliance.

8. Appréciation d'avis médicaux du dossier

8.1 Êtes-vous d'accord avec l'expertise somatique du CEMEDEX du 18 juillet 2019 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée ? Si non, pourquoi ?

8.2 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr R_____ du 22 février 2021 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail possible à un rythme adapté dans une activité principalement sédentaire ? Si non, pourquoi ?

8.3 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr L_____ du 23 avril 2021 ? En particulier avec les limitations fonctionnelles indiquées et l'estimation d'une capacité de travail de 50 % dans un poste de travail adapté ? Si non, pourquoi ?

9. Quel est le pronostic ?

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

11. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles

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

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

La greffière — La présidente

Julia BARRY — Valérie MONTANI

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