



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2065/2018

ATAS/857/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 septembre 2019

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CHÂTELAINE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Arnaud MOUTINOT

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né en 1976, ressortissant algérien, est arrivé en Suisse en 2002 et a travaillé auprès de diverses entreprises, en dernier lieu comme opérateur en horlogerie, jusqu'en juillet 2006, date à laquelle il s'est annoncé à l'assurance-chômage.
2. Le 26 octobre 2006, alors qu'il était en vacances en Algérie, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation. Suite à un dérapage sur du gravier, il a perdu la maîtrise de son véhicule, qui a heurté le bord de la chaussée, effectué plusieurs tonneaux et chuté d'une quinzaine de mètres. De retour en Suisse, l'assuré a annoncé l'événement à son assurance-accidents, la Caisse nationale d'assurances en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).
3. Du 11 avril 2007 au 9 mai 2007, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR), où de nombreux bilans et investigations ont été effectués, notamment un examen neuropsychologique, un consilium psychiatrique et un consilium neurologique.

Les médecins ont diagnostiqué des cervicodorsalgies chroniques, des remaniements post-traumatiques C5-C6, avec spondylolisthésis de C5 sur C6 de grade I, une discopathie C5-C6, un remodelage après fracture de l'apophyse articulaire inférieure gauche de C5, d'anciennes fractures tassements D6 et D8, et un traumatisme crânio-cérébral modéré à sévère.

Le docteur B_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a diagnostiqué un état de stress post-traumatique (PTSD) dû à des événements traumatiques (séparation et divorce des parents dans le cadre d'un conflit conjugal violent, scènes terribles vécues durant le service militaire en Algérie, accident de la circulation) avec intrusions, conduites d'évitement et état d'hyperéveil.

L'examen neuropsychologique réalisé par la doctoresse C_____, psychologue spécialisée en neuropsychologie FSP, a mis en évidence au premier plan un ralentissement sévère, associé à des difficultés attentionnelles modérées, ainsi qu'un dysfonctionnement exécutif léger. La perte de connaissance au cours de l'accident ainsi que les trois jours d'amnésie post-traumatique rapportés par l'assuré parlaient en faveur d'un traumatisme crânio-cérébral qui pourrait être sévère et qui pourrait expliquer au moins une partie des troubles décrits. D'autres facteurs, liés au PTSD, intervenaient vraisemblablement aussi.

L'incapacité de travail serait totale jusqu'au 9 juin 2007.

4. Le 9 novembre 2007, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : OAI-VD),

visant l'octroi d'une orientation professionnelle et d'un reclassement dans une nouvelle profession.

5. Dans un rapport du 17 janvier 2008 à l'attention de l'OAI-VD, le docteur D_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecin traitant, a diagnostiqué des rachialgies dorsales après fracture-tassement de D6-D8 et des cervicalgies après fracture de C5 avec glissement de C5 sur C6, entraînant une incapacité de travail de 100% depuis le 26 octobre 2006. Une dépression réactionnelle était également mentionnée, sans influence sur la capacité de travail.
6. Une électroneuromyographie (ENMG) a été pratiquée le 13 février 2008 à la CRR, révélant un syndrome radiculaire C7 droit irritatif.
7. Par décision du 4 février 2009, la SUVA a mis fin au versement d'indemnités journalières avec effet au 28 février 2009. Se référant à un avis de son médecin d'arrondissement, qui considérait l'assuré apte à exercer son activité habituelle à 100%, elle lui a reconnu le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%, mais a refusé la prise en charge des traitements psychiatriques, au motif que les troubles psychogènes n'étaient pas en lien de causalité adéquate avec l'accident.
8. Le 11 janvier 2010, le docteur E_____, médecin au Service de chirurgie orthopédique des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a pratiqué une discectomie C5-C6 et C6-C7 par voie antérieure et une arthrodèse intersomatique.
9. La SUVA a organisé un nouveau séjour à la CRR du 14 septembre au 14 octobre 2010.

L'examen neuropsychologique, comparé à celui réalisé en 2007, a mis en évidence une légère augmentation du ralentissement idéomoteur, toujours sévère.

Du point de vue orthopédique, la situation était stabilisée et il n'y avait pas d'indication à une cimentoplastie.

Le pronostic était mauvais en termes de réintégration professionnelle, en raison d'indicateurs subjectifs peu encourageants et du contexte socio-familial difficile. L'arrêt de travail à 100 % a été prolongé un mois, les médecins considérant que la dernière profession d'employé au dégommage de pierres n'était pas adaptée.

10. Le 28 juin 2011, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a admis une totale incapacité de travail dans l'activité de dégommage de pierres, mais considéré que, dans une activité adaptée, l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail depuis le 29 février 2009, hormis une période de totale incapacité, du 11 janvier à mars 2011. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de port de charges de plus de 20 kg, pas de flexion/extension répétitive de la nuque, pas de maintien de la nuque en extension, pas de position statique prolongée devant un écran d'ordinateur sans courtes pauses.
11. Par décision du 29 septembre 2011, la SUVA a octroyé à l'assuré un complément d'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5%.

12. Dans une seconde décision du même jour, elle a écarté l'opposition et refusé l'octroi d'une rente, au motif que les séquelles de l'accident ne réduisaient pas la capacité de gain de l'assuré de manière importante.
13. Par trois décisions séparées notifiées à l'assuré le 15 mars 2012, l'OAI-VD a retenu une capacité de travail de 0% du 26 octobre 2007 au 28 février 2009, de 100% dans une activité adaptée dès le 1^{er} mars 2009, de 0% dans toute activité du 11 janvier 2010 au 31 mars 2011, et enfin, de 100% dès le 1^{er} avril 2011 dans une activité adaptée, ouvrant droit à l'assuré à une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2007 au 31 mai 2009, puis du 1^{er} janvier 2010 au 30 juin 2011. Dès le 1^{er} juillet 2011, la rente était supprimée, le degré d'invalidité de 10% étant insuffisant pour permettre son maintien.
14. Le 3 octobre 2012, l'assuré a déposé une nouvelle demande auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité à Genève (ci-après l'OAI).
15. Selon un rapport du 1^{er} octobre 2012 du Service de neurologie des HUG, l'assuré avait consulté les médecins de ce service en raison d'une aggravation des douleurs chroniques ressenties au niveau du membre supérieur droit et de céphalées chroniques.
16. Dans un rapport du 26 octobre 2012, la doctoresse F_____, médecin au Service de neurologie des HUG, a diagnostiqué des céphalées cervicogènes avec composante de migraines, un état dépressif et des sensations vertigineuses avec incidence sur la capacité de travail. Une évolution favorable était très peu probable. L'activité habituelle n'était plus exigible en raison de la dépression et des douleurs invalidantes (céphalées et douleurs brachiales).
17. Dans un rapport du 9 novembre 2012, la doctoresse G_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2), existant depuis 2000, un état de stress post-traumatique (F 43.1) depuis 1999 et un trouble de la personnalité non spécifié (F 60.9). L'assuré présentait une thymie triste, une aboulie, une anhédonie, des idéations suicidaires fréquentes et récurrentes, des troubles de la mémoire et de la concentration, des troubles du sommeil, des attaques de panique et ruminations anxieuses, un état de tension très fréquent, une irritabilité et une difficulté à gérer ses émotions. Le pronostic était réservé. La capacité de travail était nulle, mais selon le médecin, on pouvait imaginer une réadaptation professionnelle à 50% si l'assuré se remettait de son état dépressif.
18. L'assuré a consulté les médecins du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG le 4 mars 2013.

Il se plaignait de douleurs constantes depuis l'accident, irradiant dans les épaules et les avant-bras et au niveau occipital, avec certains pics d'exacerbation. Ces douleurs présentaient une composante neurogène post-traumatique avec décompensation momentanée et contractures musculaires. Elles étaient ancrées dans un contexte psycho-social difficile, qui aggravait leur perception.

19. Le 14 mai 2013, la Dresse G_____ a fait état d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis mars 2013 (décompensation anxio-dépressive sévère avec idéations suicidaires) et indiqué qu'il serait prochainement hospitalisé à la Clinique genevoise de Montana.
20. Dans leur rapport du 22 juillet 2013, les médecins de la Clinique genevoise de Montana ont posé le diagnostic principal de trouble dépressif récurrent, épisode sévère, sans symptôme psychotique.
21. Le 13 décembre 2013, le SMR a considéré que l'assuré ne présentait pas d'aggravation manifeste et durable de son état de santé.
22. Le 27 août 2014, le docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a soutenu la Dresse G_____ dans sa demande d'une rente à 50% et de mesures de réadaptation, pour répondre au souhait de l'assuré de réintégrer le monde professionnel.
23. Par décision du 24 septembre 2014, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, faute d'aggravation manifeste de l'état de santé de l'assuré, dont elle a estimé qu'il avait conservé une capacité de travail entière dans toute activité.
24. L'assuré a à nouveau séjourné à la Clinique genevoise de Montana du 15 octobre au 4 novembre 2014. Les médecins ont retenu un trouble dépressif récurrent, épisode moyen.
25. Le 9 mars 2015, le SMR a admis une aggravation de l'état de santé de l'assuré, remontant vraisemblablement à juin 2012, dans un contexte de vie particulièrement difficile.
26. Par arrêt du 15 juillet 2015 (ATAS/552/2015), la Cour de céans a partiellement admis le recours interjeté par l'assuré contre la décision du 24 septembre 2014 et a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. La Cour a retenu en substance que l'assuré avait rendu plausible une aggravation de son état de santé, singulièrement sur le plan psychiatrique.
27. Le 23 septembre 2015, l'assuré a consulté le docteur I_____, médecin au Service de rhumatologie des HUG. Ce dernier a noté des rachialgies chroniques dans un contexte de traumatisme sévère dix ans plus tôt, avec des répercussions anxieuses particulièrement marquées. Cliniquement, il était probable qu'une partie des douleurs de l'épaule droite et du bras provienne d'un conflit sous-acromial plutôt que d'une irradiation rachidienne non spécifique. Une évaluation multidisciplinaire serait mise en œuvre, mais le pronostic était très réservé compte tenu de la durée des symptômes et de leur intensité.
28. A l'issue du bilan multidisciplinaire, le Dr I_____ a établi un rapport en date du 16 novembre 2015.

Il a retenu les diagnostics de douleurs cervico-dorsales chroniques après accident en 2006 avec fractures C5-C6 et D8-D9 traitées, de probable composante de conflit

sous-acromial à l'épaule droite et d'état de stress post-traumatique avec trouble dépressif récurrent.

L'assuré indiquait ne pouvoir faire que le strict minimum, soit ses soins personnels et les repas. En raison de son état général, il ne sortait parfois pas de chez lui pendant plusieurs jours. Il n'avait pas d'activité physique depuis son accident. Son état psychologique le limitait beaucoup dans son quotidien en raison d'un manque de motivation, d'énergie et d'une angoisse.

Sa capacité de travail était nulle, tant du point de vue physique que psychique. Aucun changement majeur dans ce domaine ne semblait atteignable dans l'année à venir. Pour le plus long terme, cela dépendrait du traitement.

Après avoir décrit le status, le Dr I_____ a noté un niveau de détresse psychique très élevé dans un contexte de douleurs musculo-squelettiques chroniques avec une double composante de dysfonction musculo-articulaire et de sensibilisation centrale. Il a souligné l'importance du suivi psychothérapeutique. Un travail à médiation corporelle était indiqué, associé à une prise en charge ergothérapeutique pour lutter contre les éléments de kinésiophobie, le tout devant être réalisé en coordination avec la prise en charge psychiatrique. L'idéal serait de débiter ce traitement par un séjour hospitalier dans une structure spécialisée comme la CRR. Un cadre fermé et bienveillant serait en effet plus à même d'aider l'assuré à s'engager à nouveau dans un processus de soins. Il était extrêmement important qu'un suivi intensif multidisciplinaire ambulatoire prenne le relais à la sortie.

29. Dans un rapport du 20 janvier 2016, la Dresse G_____ a confirmé les diagnostics précédemment posés, l'épisode dépressif étant désormais moyen à sévère. L'assuré présentait un important trouble de personnalité avec traits de personnalité *borderline*, dépendante et passive-agressive. Il était extrêmement fuyant dans les relations et évitait les contacts sociaux au maximum. Il avait aussi une gestion des émotions difficile avec instabilité et impulsivité. Son identité et l'image de soi étaient aussi perturbées. Il pouvait être habité par un sentiment chronique de vide, des colères intenses difficilement contenues, et des idéations persécutoires dans des situations de stress. Il était aussi très dépendant dans les relations et très ralenti sur le plan psychomoteur. Sa capacité de travail était nulle.

30. L'assuré a séjourné à la CRR du 12 janvier au 3 février 2016.

Dans leur rapport du 5 février 2016, les docteurs J_____ et K_____ n'ont constaté aucune évolution fonctionnelle ou régression des douleurs durant le séjour.

A l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles consistaient en douleurs cervicales irradiant souvent dans l'épaule droite et remontant vers l'occiput. Les douleurs étaient permanentes, avec des pics. L'assuré décrivait également des douleurs au milieu du dos, irradiant en ceinture, et des céphalées très fréquentes, des sensations vertigineuses, un trouble de la concentration et une asthénie importante. Il mentionnait un moral diminué avec des *flashbacks* occasionnant beaucoup d'angoisses. Il avait besoin d'une aide extérieure pour faire le ménage à

son domicile. Il passait plusieurs heures par jour en position allongée en raison de ses douleurs et pouvait conduire deux heures au maximum. La douleur augmentait de manière importante après 20 minutes en position statique debout ou 30 minutes en position assise.

L'assuré avait fait deux chutes durant son séjour en raison de vertiges. Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient pas principalement par les anomalies objectives constatées. La comorbidité psychiatrique et des facteurs contextuels influençaient probablement négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par l'assuré. Le comportement d'invalidé était fixé. La participation aux thérapies avait été considérée comme moyenne. Aucune incohérence majeure n'avait été relevée.

Les limitations fonctionnelles suivantes étaient retenues : éviter les contributions de la ceinture scapulaire, le port de charges de plus de 10 kg, le maintien prolongé de la nuque en extension, les activités impliquant les extensions et rotations répétées de la nuque, et le maintien statique prolongé de la nuque en particulier devant un écran d'ordinateur. Aucune nouvelle intervention n'était proposée, aucun des traitements prodigués en rééducation n'ayant conduit à une amélioration durable. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité ou dans une activité adaptée était défavorable.

Au plan neurologique, ni déficit moteur, ni signe d'atteinte axonale n'était observé à l'ENMG. Le neurologue était d'avis que les troubles de la sensibilité de l'hémicorps étaient vraisemblablement d'origine fonctionnelle.

Le consilium psychiatrique du docteur L_____, spécialiste FMH en psychiatrie, révélait un assuré se plaignant, hormis des douleurs, essentiellement de perturbations nocturnes sous forme de *flashbacks*. L'assuré était clairement établi dans une identité de malade, mais sa thymie n'était plus que légèrement abaissée. Le diagnostic était celui de trouble dépressif récurrent (F 33). Le tableau clinique ne remplissait pas les critères d'un épisode dépressif majeur, mais d'un état dépressif de sévérité légère à moyenne. Par ailleurs, la symptomatologie de type post-traumatique, antérieure à l'accident de voiture de 2006, n'était pas majeure. Le contexte socio-familial était difficile.

31. Le 30 novembre 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait confier une expertise aux docteurs M_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et N_____, spécialiste FMH en psychiatrie. Il l'a invité à faire valoir d'éventuels motifs de récusation et à compléter les questions qui seraient soumises aux experts.
32. L'assuré s'est déterminé le 15 décembre 2016, en requérant notamment que les experts soient invités à contacter la Dresse G_____ et à prendre connaissance de l'arrêt de la Cour du 15 juillet 2015. Ils devraient se prononcer sur l'aggravation mise en évidence par cet arrêt et en définir l'ampleur.
33. L'assuré a séjourné à la Clinique genevoise de Montana du 5 au 20 décembre 2016.

Ont été retenus à titre de diagnostics : un trouble dépressif récurrent, épisode moyen avec somatisations, un déconditionnement, une hypothyroïdie subclinique, une rétention hydrosodée résolue, une hypovitaminose D substituée et une hypovitaminose B9 substituée.

Etaient mentionnées comme comorbidités : un PTSD, des cervico-dorsalgies chroniques traumatiques C5-C6, des céphalées cervicogènes, une consommation occasionnelle de cannabis, un tabagisme chronique et une surcharge pondérale.

La prise en charge psychologique s'était axée sur la validation de la souffrance de l'assuré et de ses efforts pour y faire face, sur des stratégies pour la décentration de la douleur, sur la « salutogénèse » et sur la gestion des cauchemars. L'assuré était conscient de vivre dans le passé et envisageait d'essayer de réinvestir sa vie.

La physiothérapie n'avait pas amélioré ses plaintes. L'intéressé avait perdu 15 kg en environ deux mois à la suite de la diminution du traitement antidépresseur.

Les médecins préconisaient notamment la poursuite de la physiothérapie.

34. Le Dr N_____ a rendu son rapport le 10 avril 2017. Il a indiqué s'être fondé sur un entretien avec l'assuré et l'étude du dossier.

Il n'a observé ni trouble de l'attention, de la concentration, de la compréhension, ou de la mémoire, ni troubles formels de la pensée. Au moment de l'entretien, l'assuré manifestait une tristesse fluctuante avec une humeur dépressive plutôt fluctuante. Il n'y avait pas de signes en faveur d'un ralentissement psychomoteur. L'expert a noté la présence de sentiments d'infériorité, de dévalorisation et de découragement. L'élan vital n'était pas perturbé, il n'y avait pas d'idées noires ou d'envies suicidaires. Le sommeil était perturbé. L'expert n'a relevé ni euphorie, ni logorrhée, ni fuite dans les idées. L'assuré avait un côté démonstratif concernant les douleurs. Concernant le registre anxieux, l'expert ne retenait pas de tensions nerveuses, d'irritabilité ou d'angoisses, pas de signes de stress post-traumatique, pas de souvenirs envahissants (*flashbacks*), ni rêves, ni cauchemars. Il n'avait pu mettre en évidence des signes d'une dépendance aiguë ou chronique à l'alcool. L'assuré mentionnait consommer, par moments, du cannabis en groupe.

Pendant l'entretien, l'assuré présentait une attitude masochiste de victimisation. Il y avait de fortes discrédances entre la clinique objectivée (avec des traits de la personnalité plutôt *borderline* non décompensés, sans symptômes de trouble dépressif) et les rapports psychiatriques. Il existait également des divergences entre les rapports rédigés par les psychiatres (décrivant l'assuré comme très isolé) et les dires de l'intéressé, qui disait consommer de l'alcool et du cannabis en groupe. Qui plus est, il ne s'était pas soumis à la prise d'urine et de sang demandée par l'expert, ce qui renforçait les doutes de ce dernier.

Au moment de l'entretien, il n'y avait pas de signes ou symptômes d'un trouble de l'addiction.

Lors la rédaction de l'expertise, la Dresse G_____ n'avait pas encore répondu aux questions de l'expert.

Les limitations fonctionnelles étaient plutôt d'ordre somatique.

L'expert a rappelé les caractéristiques de la personnalité *borderline*. Il a précisé que l'angoisse était flottante chez l'assuré et caractérisée par la facilité avec laquelle elle l'envahissait pour des raisons en apparence anodines. Ce manque de tolérance à l'angoisse était le témoin de sa fragilité. La dépression n'apparaissait pas comme très caractéristique, avec absence d'un ralentissement psychomoteur vrai, absence de sentiment de culpabilité mais surtout avec un sentiment de vide quasi permanent (*sic*). Il existait aussi une vraisemblable dépendance aux produits toxiques.

L'expert a ensuite établi l'anamnèse de l'assuré et résumé son dossier. S'agissant de ses ressources, il a précisé que l'assuré ne s'était pas montré très collaborant en ce qui concernait ses activités, ne répondant pas directement aux questions ou refusant d'y répondre. L'expert ignorait donc s'il avait un réseau social, mais il disait tout faire pour sa fille.

Le Dr N_____ a exclu tout diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F 33.4), une personnalité *borderline* (F 60.31) et un status post-état de stress post-traumatique.

L'expert a indiqué n'avoir aucune option thérapeutique à proposer. Il n'y avait pas de contre-indication du point de vue psychiatrique à des mesures de réadaptation.

Au sujet de la cohérence, il a répété les importantes divergences entre les symptômes objectivés pendant l'entretien et les différents rapports de la Dresse G_____ et de la CRR de janvier 2016. S'agissant de l'incidence des troubles sur le ménage, les loisirs et les activités sociales, il a estimé que l'assuré ne présentait aucune atteinte à la santé du point de vue psychiatrique, tout en rappelant qu'il n'avait pas voulu entrer dans les détails concernant ses activités journalières, hormis la mention de consommation d'alcool et de cannabis en groupe. L'assuré affirmait ne plus pouvoir se livrer aux mêmes activités qu'avant 2006.

Se prononçant sur la capacité de travail, le Dr N_____ a noté que l'assuré avait présenté un trouble dépressif avec des hauts et des bas, mais la sévérité n'avait jamais été assez importante pour provoquer une incapacité de travail totale. La capacité de travail était entière. Au sujet des ressources personnelles, il a noté que le parcours de l'assuré révélait qu'il avait fait preuve d'intelligence et de capacités adaptatives tout au long de sa vie.

35. Le Dr M_____ a rendu son expertise le 22 mai 2017.

Il a résumé le dossier de l'assuré et relaté ses plaintes de manière détaillée. L'assuré souffrait de cervicobrachialgies et d'omalgies droites.

L'expert a notamment indiqué au sujet des activités quotidiennes que l'assuré sortait parfois de son appartement pour prendre l'air, mais pouvait rester une semaine chez lui sans sortir. Un week-end sur deux, il s'occupait de sa fille. Il ne côtoyait que peu d'amis. Selon le dossier, il n'était pas intégré dans le tissu social. Il se disait plutôt solitaire et n'avait pas d'intérêt aux interactions humaines. Il se faisait aider par une femme de ménage, son cousin ou sa mère. Il paraissait déconditionné au travail et son activité ménagère était évaluée à 70%.

Du point de vue objectif, on notait un syndrome cervicobrachial et lomboveertébral, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. Il existait une hyposensibilité de tout l'hémicorps droit, mais sans dermatome spécifique. L'examen des épaules ne mettait pas en évidence de signe de conflit ou de tendinopathie. Le reste du status était dans les normes. Il n'y avait pas de signe de synovite ou de ténosynovite. L'examen frappait cependant par la présence de signes de non organicité selon Waddell, ainsi que par des douleurs insertionnelles évoquant une diminution du seuil de déclenchement de la douleur. Le bilan radiologique était rassurant. On notait un status post-spondylodèse avec vis et plaque C5-C7. Il n'y avait pas de signe de discopathie des segments sus- et sous-jacents. Au niveau dorsal, une cunéiformisation de D8 était observée mais il n'y avait pas de discopathie significative. Il n'y avait pas de dégradation par rapport aux bilans antérieurs de 2010 et 2015.

La diminution des capacités fonctionnelles résultait d'une part du status post-opératoire avec rigidité des segments cervicaux inférieurs, et surtout et de manière prépondérante d'un syndrome de chronicisation avec cristallisation de la symptomatologie douloureuse de la région cervico-dorsale. Actuellement, il n'y avait pas de signe en faveur d'une atteinte systémique ou inflammatoire. Les lésions radiologiques n'expliquaient pas l'ampleur de la symptomatologie douloureuse décrite par l'assuré, tant dans ses activités de la vie quotidienne que dans la vie professionnelle. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de port de charges répétitif en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5 à 10 kg, ni de mouvements répétitifs de flexion-extension de la colonne cervicale.

Le rhumatologue a relevé l'absence de trouble sensitivomoteur et d'amyotrophie. L'assuré se mouvait, s'habillait et se déshabillait de manière fluide et autonome. Il était capable de descendre et de monter deux étages sans allégation douloureuse et sans s'aider de la rampe. Dès lors, du point de vue rhumatologique, on notait une certaine discordance entre ses plaintes et l'impotence fonctionnelle décrite dans ses activités. Les douleurs, facteur subjectif et propre à chaque individu, étaient imputables selon l'expert à une diminution du seuil de tolérance à la douleur avec des douleurs polyinsertionnelles, qui s'étaient cristallisées et étendues en tache d'huile. La thérapie était menée dans les règles de l'art et la coopération était bonne. Une approche en balnéothérapie devait se poursuivre. On assistait à une chronicisation de la symptomatologie douloureuse. Cependant, en janvier 2011, la reprise d'une activité professionnelle aurait raisonnablement pu être exigée.

Les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail étaient les suivants : syndrome cervicobrachial récurrent, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire ni signe de discopathie, status post-traumatisme crânio-cérébral modéré à sévère, status post-fracture de l'apophyse articulaire inférieure gauche de C5, status post-infiltrations C5-C6 en 2008, et C6-C7 en 2009, status post-discectomie C5-C6 et C6-C7 et arthrodèse.

Etaient également mentionnés à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail: des omalgies droites, probablement d'origine spondylogène, des dorsalgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, un status post-cunéiformisation de D8, un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgique, une diminution du seuil de tolérance à la douleur, un syndrome lombo-vertébral récurrent chronique, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire ni signe de discopathie, une minime discopathie L5-S1, des céphalées chroniques et un status post-ulcère d'estomac en 2003.

L'expert a rapporté un syndrome d'amplification de la douleur avec signes de non-organicité, dont l'ampleur était estimée à 80% de la symptomatologie douloureuse. Les ressources personnelles paraissaient diminuées, l'assuré n'ayant pas réussi à reprendre une activité professionnelle depuis onze ans, et restant à ses dires dans son appartement la plupart du temps.

La capacité de travail dans l'activité habituelle, vu que l'assuré devait porter des charges en porte-à-faux avec long bras de levier de manière répétitive, pouvait, après concertation avec le Dr N_____, être estimée à 50%. Il n'y avait pas de contre-indication à proposer des mesures de réadaptation. L'intelligence normale et le jeune âge de l'intéressé constituaient des facteurs de bon pronostic. Les répercussions médico-théoriques étaient estimées à 50% au niveau professionnel, à 20% dans la sphère ménagère, à 20% dans les loisirs et à 20% dans les activités sociales. Du point de vue tant rhumatologique que psychiatrique, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée, sans diminution de rendement, déjà intégrée dans l'appréciation de la capacité de travail.

36. Le 9 octobre 2017, la doctoresse O_____, médecin au SMR, a considéré, sur la base de ces expertises, que l'on pouvait exclure une aggravation durable de l'état de santé. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et entière dans une activité adaptée. Il était relevé que l'assuré n'avait pas effectué la prise de sang sollicitée par l'expert et que la Dresse G_____ n'avait pas répondu aux questions de ce dernier, qui n'avait dès lors pu se déterminer sur un syndrome de dépendance et sur les rapports médicaux de cette psychiatre et établir son rapport d'expertise en toute connaissance de cause. Il était dès lors nécessaire d'exiger de l'assuré qu'il se soumette à la prise de sang et d'urine ordonnée par l'expert, tout comme les réponses aux questions posées devaient être réclamées à la Dresse G_____. Ensuite de quoi, un complément d'expertise pourrait être mis en œuvre.

37. Par courrier du 25 octobre 2017, l'OAI a requis de l'assuré qu'il se soumette à la prise de sang et d'urine préconisée par le Dr N_____ et qu'il obtienne des réponses de la part de la Dresse G_____.
38. Le 7 décembre 2017, l'assuré a transmis à l'OAI les analyses des prélèvements réalisés dans le cadre de l'expertise le 22 février 2017. Il a souligné que conformément à ses instructions, ces analyses avaient été communiquées tant au Dr N_____ qu'à son médecin traitant, la doctoresse P_____. Le laboratoire avait confirmé leur envoi au Dr N_____ en date du 9 mars 2017. Il était dès lors incompréhensible que ce dernier affirme qu'il ne s'y était pas soumis, sans même prendre l'initiative de contacter le laboratoire. La reddition de son rapport avant les réponses de la Dresse G_____ était également critiquable. Enfin, l'assuré relevait la brièveté de son entretien avec le Dr N_____ (20 à 30 minutes) et émettait de sérieuses réserves quant à son rapport, émaillé selon lui d'erreurs de fait.
39. Le 23 janvier 2018, la Dresse O_____ a estimé que les pièces nouvellement versées au dossier ne modifiaient pas les conclusions du SMR du 28 juin 2011.
40. Le 19 février 2018, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré, dont il ressortait qu'il se proposait de rejeter sa demande de prestation au motif que son degré d'invalidité n'avait pas évolué depuis avril 2011 et restait inférieur au seuil ouvrant droit à un reclassement et à une rente.
41. A la demande de l'assuré, l'OAI lui a accordé un délai au 14 mai 2018 pour le dépôt d'observations.
42. Par courrier du 14 mai 2018, l'assuré a reproché à l'OAI de n'avoir pas examiné l'ampleur de l'aggravation de son état de santé et de n'avoir dès lors pas rempli la mission assignée par la Cour dans son arrêt du 15 juillet 2015. Il a également critiqué la motivation du projet de décision et invoqué une violation de son droit d'être entendu.

Le SMR avait admis une aggravation de son état de santé dans son avis du 9 mars 2015. Les rapports du Dr I_____ et des médecins de la CRR révélaient des atteintes qui n'existaient pas auparavant, si bien que l'aggravation était établie.

Le mandat d'expertise au Dr N_____ ne tenait pas compte de son courrier du 15 décembre 2016, demandant que des questions circonstanciées quant à l'aggravation de son de santé soient posées.

L'expertise du Dr M_____ ne se prononçait pas davantage sur l'aggravation.

Le complément d'expertise jugé nécessaire par le SMR n'avait en outre pas été ordonné.

L'assuré a produit les pièces suivantes :

- un certificat du 21 avril 2018 de la Dresse G_____, alléguant qu'un trouble psychiatrique sévère rendait l'assuré incapable de travailler, même dans un poste adapté ; il souffrait en effet d'un grave trouble de personnalité mixte (F 60.9)

(*borderline*, dépendant et passif-agressif), d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère (F 33.2), d'antécédents d'état de stress post-traumatique, en rémission (F 43.1) et d'un syndrome douloureux chronique ; le médecin relevait qu'hormis les Drs L_____ et N_____, tous les autres médecins avaient attesté au minimum un état anxio-dépressif moyen à sévère ; l'état de son patient s'était aggravé depuis 2012, avec plusieurs hospitalisations à la Clinique genevoise de Montana et une augmentation du traitement médicamenteux ; il fluctuait entre état dépressif moyen et sévère en fonction des facteurs de stress auxquels l'assuré avait à faire face ; la douleur chronique et sa résistance aux traitements anti-antalgiques constituaient un tel facteur, de même que la séparation d'avec sa femme en 2013 ; celle-ci était en effet son pilier, elle s'occupait de toute l'intendance, mais aussi de l'éducation de leur fille et des aspects administratifs ; l'assuré avait dû être hospitalisé en urgence pour décompensation dépressive sévère en janvier 2018 ; dans le contexte de son déconditionnement physique général depuis plusieurs années, il tombait régulièrement et s'était ainsi fracturé l'épaule gauche en octobre 2017 et tordu la cheville ; le trouble de personnalité et son « peu *d'insight* » rendaient la psychothérapie difficile ; son traitement était conséquent et restait centré sur la douleur ; le *monitoring* ordonné par l'expert montrait la compliance au traitement médicamenteux ; une aide-ménagère venait 1h30 par semaine, sa mère préparait les repas pour l'assuré et lui faisait ses courses ; il ne sortait que très peu de chez lui et n'avait pas de réseau social ; enfin, contrairement à ce qu'affirmait le Dr N_____, ce dernier ne l'avait pas contacté.

- un rapport du 3 avril 2018 relatif à une hospitalisation de l'assuré du 23 janvier au 8 février 2018 à la Clinique genevoise de Montana ayant pour objectif de l'éloigner des facteurs de stress, concluant à un trouble dépressif récurrent, épisode sévère, sans symptôme psychotique, avec plusieurs comorbidités et mentionnant qu'il avait récemment perdu quelque 20 kg en raison d'une alimentation anarchique et insuffisante.

43. Par décision du 15 mai 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations.
44. Le 17 mai 2018, l'assuré a transmis à l'OAI un récépissé de la poste attestant que ses déterminations avaient été envoyées dans le délai accordé et l'invitant à déclarer sa décision, rendue sur la base de prémisses erronées, nulle et non avenue. Il requérait en outre le bénéfice de l'assistance juridique.
45. Par courrier du 22 mai 2018, l'OAI a maintenu sa décision. Il estimait avoir respecté le droit d'être entendu de l'assuré en statuant en date du 15 mai 2018 par décision contre laquelle l'assuré pouvait interjeter recours s'il le souhaitait.
46. Le 30 mai 2018, l'assuré a reproché à l'OAI une violation de son droit d'être entendu et s'est plaint en outre d'un déni de justice, vu son refus de statuer en tenant compte d'une écriture pourtant intervenue en temps utile.
47. Par acte du 15 juin 2018, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant, sous suite de dépens, à ce que la décision du 15 mai 2018 soit déclarée

nulle et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision, subsidiairement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

Le recourant invoque une grave violation de son droit d'être entendu, l'intimé n'ayant guère motivé sa décision et n'ayant pas tenu compte de ses observations du 14 mai 2018, dont il estime qu'elles démontreraient bien une aggravation de son état de santé.

48. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 7 août 2018, a conclu au rejet du recours.

Il conteste toute violation du droit d'être entendu et ajoute que quand bien même une telle violation serait constatée, elle pourrait être réparée dans le cadre de la procédure de recours.

S'agissant de l'aggravation alléguée par le recourant, l'intimé rappelle le contenu du premier rapport de la CRR et les conclusions de l'expertise des Drs M_____ et N_____. Il estime que, compte tenu du résultat des analyses de laboratoire, le complément d'expertise initialement préconisé par le SMR n'était pas indiqué.

Selon lui, les documents produits ne permettent pas de remettre en question les conclusions du Dr N_____. Il suggère cependant qu'il soit demandé à l'expert de se positionner sur les critiques de la Dresse G_____ s'agissant de la durée de l'entretien d'expertise et sa demande de renseignements, tout en rappelant que la durée de l'entretien n'est pas un critère pertinent pour évaluer la valeur probante d'une expertise, le travail de l'expert ne s'arrêtant pas au stade de l'entretien, mais consistant également et avant tout en l'analyse des propos recueillis et du comportement observé.

L'intimé se réfère à un nouvel avis émis le juillet 2018 par le docteur Q_____, médecin au SMR, s'agissant des rapports de la Dresse G_____ et de la Clinique genevoise de Montana établis en 2018, estimant que la Dresse G_____ n'amène aucun élément nouveau, que les prélèvements sanguins effectués plusieurs jours après la demande ne permettent pas de conclure de façon catégorique à une bonne compliance au traitement et que le compte-rendu d'hospitalisation montre une nette amélioration de l'épisode dépressif sous traitement, les douleurs jouant un rôle primordial.

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 dans les formes et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
3. Le litige porte sur le point de savoir si l'état de santé du recourant s'est modifié dans une mesure lui ouvrant droit aux prestations depuis les décisions de l'OAI-VD rendues en mars 2012.
4. Il convient en premier lieu de rappeler que la jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 de la Constitution [Cst – RS 101]) en particulier le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 132 V 368 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_136/2017 du 21 août 2017 consid. 5.2).

Dans le cas d'espèce, l'intimé a rendu la décision confirmant les termes de son projet sans attendre les déterminations annoncées par l'assuré, que ce dernier était pourtant en droit de formuler au sujet dudit projet et qu'il lui a adressées dans le délai accordé. L'intimé n'a ainsi pas respecté les garanties constitutionnelles précitées.

La violation du droit d'être entendu, de caractère formel, doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 431c consid. 3d/aa ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_120/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2.1). Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, cette violation est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (arrêt du Tribunal fédéral 9C_181/2013 du 20 août 2013 consid. 3.3).

Le point de savoir si cette violation justifie en l'espèce l'annulation de la décision, eu égard à la pleine cognition de la Cour de céans, peut rester ouverte au vu de l'issue du litige.

5. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

6. En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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.
7. Selon l'art. 17 al. 1^{er} LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (arrêt du Tribunal fédéral 9C_117/2018 du 19 octobre 2018 consid. 5.1).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

8. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 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; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).

b. 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 convient 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 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

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

d. S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

9. Dans un arrêt récent concernant les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a retenu que la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part. Il y a désormais lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (consid. 3.6). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence.

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Axe « atteinte à la santé »

1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 (F 45.5), qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1).

2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé *lege artis* sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne

correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. A l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes (consid. 4.3.1.3). Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité. Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une

incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence »

Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple ses loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséculoologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2).

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (ATF 137 V 64 consid. 1.2 *in fine*).

10. Dans un arrêt de 2017, le Tribunal fédéral a étendu la jurisprudence précitée à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 409 consid. 4.5).

Il convient encore de préciser que même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais elle peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que

comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

11. En l'espèce, l'expertise du Dr M_____ répond à tout le moins implicitement à la question déterminante pour l'issue du litige, soit celle de l'absence d'aggravation de l'état de santé au plan somatique.

Ses conclusions sont motivées et ont été formulées après que le rhumatologue a pris connaissance du dossier du recourant et de ses plaintes. Elles se fondent sur un status clinique détaillé.

Le recourant n'invoque du reste en outre aucun rapport médical qui susciterait un doute sur l'appréciation de l'expert rhumatologue.

Il n'y a partant pas lieu de s'écarter du rapport de ce dernier. On rappellera du reste que l'aggravation annoncée par le recourant à l'appui de sa demande de prestations concerne avant tout son état de santé psychique.

En ce qui concerne le rapport du Dr N_____, on notera en premier lieu qu'il ne se prononce pas sur la question essentielle pour l'issue du litige, soit celle de la survenance d'une aggravation – alors même que le recourant avait exigé que cette question figure dans le mandat d'expertise. En effet, l'expert ne s'est pas exprimé sur l'évolution de l'état de santé psychique du recourant. Son appréciation de la capacité de travail est en outre formulée de manière beaucoup trop vague, puisqu'il est fait de mention « de hauts et de bas » n'ayant jamais entraîné une incapacité de travail totale, ce qui est clairement insuffisant au vu de sa mission. L'expert psychiatre ne se détermine pas non plus sur les indicateurs pertinents au sens de la jurisprudence, notamment s'agissant de la cohérence. Il ne relate par ailleurs pas les plaintes du recourant. La Cour de céans s'étonne en outre que ce médecin ait choisi de rédiger ses conclusions alors même qu'il ne disposait pas d'informations qu'il considérerait pourtant pertinentes, soit les réponses de la Dresse G_____ et les résultats des analyses de laboratoire. Le SMR paraît également considérer qu'il s'agit là d'éléments essentiels, puisqu'il a suggéré un complément d'expertise une fois ces informations disponibles. Force est enfin de constater que les assertions du Dr N_____ quant au refus du recourant de se soumettre à des prélèvements et sur les questions posées à la psychiatre du recourant sont contredites par plusieurs éléments du dossier. Cela suffit à susciter de très sérieux doutes quant à la fiabilité du reste de son expertise.

En sus des lacunes précitées, le contenu de cette expertise peine à convaincre. S'agissant du status, l'expert s'est essentiellement contenté de noter, souvent en style télégraphique, l'absence d'une kyrielle de symptômes, sans indiquer sur quelles observations concrètes il se fondait pour les exclure.

L'expertise n'est de plus pas exempte de contradictions. Le psychiatre affirme en effet qu'il n'y a pas d'angoisse dans le status, avant de mentionner une angoisse fluctuante et envahissante chez l'assuré, même en cas de difficultés anodines. Il retient également une dépression – certes non caractéristique – après avoir exclu

des symptômes dépressifs. Enfin, il évoque une « vraisemblable dépendance aux produits toxiques » sans le moindre élément, étant rappelé qu'il a indiqué ne pas avoir mis en évidence de signes d'une dépendance aiguë ou chronique à l'alcool.

Certaines affirmations contenues dans l'expertise contrastent par ailleurs singulièrement avec d'autres rapports du dossier. L'expert semble conclure à l'existence de ressources – alors même que le recourant n'a pas répondu à cette question – en raison des capacités adaptatives démontrées au cours de son existence. On voit mal à quelles capacités l'expert se réfère, étant souligné que le recourant n'a pas été en mesure de travailler depuis son accident, qu'il semble vivre reclus et dépend de l'aide de tiers pour son ménage et ses repas. Cette indication est du reste contredite par le rapport du Dr M_____, qui note l'absence de telles ressources, dans des conclusions qu'il affirme avoir rédigées de concert avec l'expert psychiatre.

Au vu de tous ces éléments, l'expertise du Dr N_____ ne saurait se voir reconnaître une quelconque valeur probante.

12. Lorsque le juge constate qu'une expertise est nécessaire, il doit en principe la mettre en œuvre lui-même. Un renvoi à l'administration reste cependant possible lorsqu'il est justifié par l'examen d'un point qui n'a pas du tout été investigué (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4).

Tel est le cas en l'espèce, puisque le rapport du Dr N_____ ne se prononce pas sur des points essentiels pour trancher le litige.

L'intimé devra ainsi mettre en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique dans le respect des exigences en matière de participation des assurés, comprenant notamment le droit de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées, et d'en formuler d'autres (ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9).

C'est ici le lieu de rappeler que, conformément à son devoir de collaborer, un assuré a l'obligation de se soumettre aux examens médicaux ou techniques qui se révèlent nécessaires à l'appréciation du cas et qui peuvent être raisonnablement exigés (cf. art. 28 al. 1 LPGA en corrélation avec l'art. 43 al. 2 LPGA). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (art. 43 al. 3 LPGA) (arrêt du Tribunal fédéral 9C_502/2013 du 14 octobre 2013 consid. 2).

Le recourant est ainsi invité à collaborer à la nouvelle expertise en répondant à l'ensemble des questions qui lui seront posées, faute de quoi l'intimé sera fondé à statuer en l'état du dossier.

13. Le recours est partiellement admis.

Le recourant a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPGA).

La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite, l'intimé supporte l'émolument de CHF 500.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 15 mai 2018.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens.
6. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
7. 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

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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