RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2366/2020 **ATAS/439/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 10 mai 2021

4ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à ONEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Suzette CHEVALIER	recourant

contre

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

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1989, a travaillé dès le 1er janvier 2016 comme chauffeur-livreur.

2. Le 7 octobre 2016, par l'intermédiaire de son ex-employeur, l'assuré a signalé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après : la SUVA) avoir été victime d'un accident. Il a déclaré avoir glissé et être « tombé avec [son] genou droit » en sortant de la douche le 28 septembre 2016. Le lendemain, il avait consulté le centre médico-chirurgical B_____.

3. L'assuré a été licencié le 31 octobre 2016.

4. Dans un rapport initial du 1er novembre 2016, le docteur C_____, du centre médico-chirurgical B_____, a diagnostiqué une contusion du genou. Souffrant d'une tuméfaction et de douleurs au genou après avoir chuté dans sa salle de bain, l'assuré demeurait totalement incapable de travailler.

   Le médecin a joint un bilan d'imagerie par résonnance magnétique du genou droit, rédigé le 6 octobre 2016 par le docteur D_____, radiologue, concluant à un discret clivage horizontal de la corne postérieure du ménisque interne (lésion de grade II).

5. La SUVA a pris en charge les suites de l'accident, notamment par le versement d'indemnités journalières.

6. À la demande de la SUVA, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a examiné l'assuré le 28 novembre 2016. Les imageries réalisées après l'accident n'avaient montré qu'une lésion de grade II de la corne postérieure du ménisque interne, sans lésion osseuse ou ligamentaire. Subjectivement, l'assuré déplorait toujours de fortes douleurs de la face interne du genou droit, y compris la nuit. Il ne pouvait que difficilement mettre du poids sur sa jambe droite. Objectivement, le genou droit était plus froid que le gauche, mais il n'y avait pas d'amyotrophie significative du mollet ou de la cuisse. Ce tableau clinique évoquait un possible syndrome douloureux régional complexe, que le Dr E_____ préconisait de traiter au plus vite par le biais d'une hospitalisation à la Clinique romande de réadaptation de Sion (ci-après : la CRR).

7. L'assuré a effectué un premier séjour à la CRR du 25 janvier au 15 février 2017. Dans leur rapport, les docteurs F_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, et G_____, médecin-assistant, ont retenu les diagnostics suivants : thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitations fonctionnelles du genou droit ; traumatisme du genou droit le 28 septembre 2016, avec lésion de la corne postérieure du ménisque interne ; suspicion de syndrome douloureux régional complexe. Le traumatisme du genou droit qu'avait subi l'assuré avait entraîné une lésion du ménisque interne. L'assuré se plaignait de douleurs constantes du genou, lesquelles n'étaient que partiellement soulagées par les médicaments. Durant le

séjour, aucune psychopathologie n'avait été diagnostiquée. Quelques symptômes compatibles avec un syndrome douloureux régional complexe avaient été observés, mais l'œdème et les troubles vasomoteurs ainsi que sudomoteurs n'étaient que légers. Il fallait au demeurant interpréter ces symptômes avec prudence, car le contexte psycho-social était défavorable : sans emploi ni formation certifiée, l'assuré faisait face à des problèmes financiers, à savoir un litige contre son employeur et des poursuites. Si son comportement était cohérent, sa participation aux thérapies avait été jugée faible, car il s'était montré très focalisé sur sa douleur et avait souvent été absent lors des thérapies de groupe. La situation n'était pas encore médicalement stabilisée, mais devait l'être dans un délai de trois mois. Le pronostic de réinsertion dans l'activité antérieure était favorable et un deuxième séjour à la CRR était préconisé, si la prise en charge ambulatoire ne permettait pas une amélioration satisfaisante.

8. Une nouvelle imagerie par résonnance magnétique du genou droit a été réalisée le 7 avril 2017 par le docteur H_____, radiologue, laquelle a mis en évidence de minimes signes d'un status après entorse de stade II du ligament collatéral interne, une vascularisation très proéminente de la graisse de Hoffa, une petite excroissance osseuse et un aspect irrégulier du tendon rotulien distal, traduisant des signes de tendinopathie.

9. Le 12 mai 2017, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), dans laquelle il a invoqué souffrir, depuis septembre 2016, de douleurs du genou droit.

10. Invités par l'OAI à compléter des rapports, les médecins de l'assuré se sont déterminés comme suit :

    a. Le 14 juin 2017, le Dr C_____ a fait état de douleurs diffuses du genou et d'un flexum, à la suite d'une entorse. Le pronostic était très réservé. L'assuré était très handicapé, avec un flexum du genou fixe à 30° depuis 6 mois et une charge impossible. Il suggérait une évaluation pluridisciplinaire.

    b. Le 6 juillet 2017, le docteur I_____, du département de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG), a retenu le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'« entorse LLI du genou droit, avec comme complication [un] CRPS ». Actuellement, le genou droit était sec, sans laxité ni psoriasis. L'assuré devait se déplacer avec des cannes. Le pronostic était « réservé à bon ». À la question de savoir dans quelle mesure et depuis quand une activité adaptée au handicap était possible, le Dr I_____ a répondu : « bureautique 100% ».

11. Le docteur J_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné l'assuré le 19 septembre 2017. L'évolution du cas était défavorable, puisqu'en raison de

douleurs alléguées et d'une mobilité limitée du genou droit, l'assuré n'avait pas été en mesure de reprendre son activité professionnelle. Toutefois, si subjectivement, l'intéressé se plaignait de douleurs limitant sa capacité fonctionnelle, il n'y avait pas, au plan clinique, d'anomalie ligamentaire ou méniscale du genou droit. L'assuré craignait la douleur, ce qui l'empêchait, selon ses dires, de parvenir à une flexion-extension complète. Le médecin d'arrondissement ne retenait pas le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe qui avait été évoqué, faute de symptôme ou de signe clinique en ce sens. Il précisait ne disposer d'aucune explication permettant de comprendre la limitation de la mobilité du genou droit et se disait surpris de constater une absence d'amyotrophie, compte tenu du fait que l'assuré disait ne pas utiliser du tout son genou droit pour se mouvoir quotidiennement. Du reste, les cannes qu'il avait apportées ne présentaient pas de signe d'usure correspondant à trois semaines d'utilisation. Le médecin d'arrondissement précisait avoir discuté par téléphone avec le Dr I_____ ; il était ressorti de cette discussion que les douleurs dont se plaignait l'assuré étaient effectivement inexpliquées.

12. Par communication du 6 décembre 2017, l'OAI a accordé à l'assuré, à titre de mesure d'intervention précoce, la prise en charge d'un cours de perfectionnement en français (oral et écrit).

13. L'assuré a effectué un second séjour à la CRR du 13 décembre 2017 au 9 janvier 2018. Dans leur rapport, les docteurs K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, et L_____, médecin-assistant, ont exposé que les examens radiologiques étaient normaux et qu'il était difficile de retenir un diagnostic susceptible de rendre compte du tableau clinique et de l'importance des limitations fonctionnelles. Les médecins avaient identifié des facteurs contextuels susceptibles d'influencer les plaintes et les limitations, tels qu'une focalisation très importante sur la douleur, une perception du handicap fonctionnel sans commune mesure avec les éléments objectifs et des peurs disproportionnées concernant le genou. L'évolution était non significative, voire en péjoration, sans que des éléments objectifs ne puissent l'expliquer. La participation de l'assuré aux thérapies avait été jugée faible et toute tentative de réadaptation avait été rendue impossible par la douleur, malgré les explications qui lui avaient été données au sujet de la douleur chronique. S'il n'y avait pas clairement d'incohérence, puisque le tableau clinique était resté similaire pendant le séjour, les plaintes de l'assuré paraissaient hors de proportion avec les éléments observables. En outre, il était curieux que la radiographie comparative ne montre pas d'asymétrie de déminéralisation, en lien avec la décharge prolongée du membre inférieur que signalait l'intéressé. Il était également surprenant qu'il n'y ait pas d'amyotrophie significative, pour une personne n'exploitant pas son membre inférieur. Lors du test de port de charges, l'assuré n'avait livré qu'une performance « légère », marquée par plusieurs arrêts pour des douleurs suivis de longues pauses, avec une vitesse d'exécution

globalement très inférieure à la norme. Lorsqu'il avait été pris en charge aux ateliers professionnels, il n'avait fait preuve que d'un engagement médiocre, quand bien même les activités qui lui avaient été confiées n'étaient que très légères et limitées à deux heures. Très démonstratif, ses performances étaient largement inférieures à la moyenne, y compris dans des activités ne sollicitant que les membres supérieurs. Il était difficile de retenir des limitations fonctionnelles reposant sur des éléments médicaux objectifs, mais si l'on tenait compte des douleurs invoquées, il paraissait clair que l'assuré ne pourrait travailler que dans une activité sédentaire, essentiellement légère et n'impliquant que peu de déplacements. La situation était jugée médicalement stabilisée, car aucun traitement ne paraissait susceptible d'améliorer durablement la situation. Le pronostic de réinsertion était défavorable, mais cela résultait essentiellement de facteurs « environnementaux ». Une réévaluation par le médecin d'arrondissement de la SUVA était préconisée.

14. Le docteur M_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, a procédé à un examen final le 21 février 2018. Pratiquement seize mois après l'événement, le tableau demeurait sensiblement identique. Les allégations « variables » de douleurs et le flexum, qui était plutôt en amélioration, montraient que le cas était stabilisé. Si l'assuré n'avait pas vu de psychiatre, selon les HUG, il avait néanmoins bénéficié d'une évaluation psychothérapeutique lors de son premier séjour à Sion et aucun problème n'avait été relevé à ce niveau. Comme cela avait été constaté par la CRR, l'intéressé était capable de se déplacer et donc de se rendre à un travail qui serait exercé en position assise et ne nécessiterait pas l'usage du membre inférieur. Par ailleurs, il ressortait du dossier un ensemble d'éléments troublants, qui contrastait avec ce que l'on retrouvait usuellement dans des situations similaires : seize mois de décharge ne pouvaient avoir induit une résorption calcique visible sur le « plan ostéo-articulaire d'involution osseuse bien classique, avec une amyotrophie musculaire du membre inférieur […] et bien souvent des troubles végétatifs du MI neuro-lymphatiques très supérieurs à ceux allégués ou même retrouvés de façon objective ». Ces éléments devaient être pris en compte dans l'évaluation finale des capacités de l'assuré, dont l'état était stabilisé.

15. Par décision du 3 mai 2018, la SUVA a refusé d'accorder à l'assuré une rente de l'assurance-accidents, considérant qu'il était apte, malgré ses séquelles accidentelles, à exercer à 100% une profession adaptée à son état de santé.

16. Par l'intermédiaire du Parti du travail, l'assuré a formé opposition contre cette décision le 30 mai 2018. À l'appui de son opposition, il a notamment joint un rapport de la consultation ambulatoire de la douleur des HUG du 11 avril 2018. Le patient poursuivait ses séances de physiothérapie et jugeait le traitement efficace. Par ailleurs, il ne présentait pas de symptômes dépressifs. Il avait été enjoint à

envisager une réadaptation, étant donné que la reprise d'une activité de chauffeur semblait difficilement envisageable ;

17. Par courrier du 6 juin 2018, le Dr I_____ a protesté contre la décision de la SUVA, qu'il a invitée à prendre en charge un soutien psychologique et une médication modifiant le seuil de la douleur. L'assuré souffrait toujours d'une douleur chronique du genou droit et différents traitements avaient été tentés, en vain (duloxetine, électro-stimulation transcutanée et physiothérapie classique).

18. Par décision du 12 juin 2018, la SUVA a rejeté l'opposition. Selon le médecin d'arrondissement, la situation était désormais stabilisée et l'assuré était en mesure de travailler en position statique assise. De surcroît, il ressortait du dossier un ensemble d'éléments troublants, qui contrastait avec ce que l'on retrouvait usuellement dans des situations analogues. Le rapport du physiothérapeute et les arrêts de travail dont se prévalait l'assuré ne lui étaient d'aucun secours. Par ailleurs, les spécialistes de la consultation ambulatoire de la douleur des HUG avaient fait état de douleurs du genou d'origine indéterminée et selon la jurisprudence, la question de la causalité naturelle entre un accident et des plaintes inexpliquées sur le plan organique pouvait demeurer indécise si le lien de causalité adéquate faisait défaut. En l'occurrence, l'assuré n'ayant été victime que d'un accident banal, la causalité adéquate et partant la responsabilité de la SUVA pour les douleurs inexpliquées dont il se plaignait devait être niée. En outre, il n'y avait pas de perte de gain. C'était à bon droit que la SUVA avait mis un terme, le 31 mars 2018, aux indemnités journalières, respectivement à la prise en charge du traitement, et qu'elle avait refusé le versement d'une rente d'invalidité.

19. Par acte du 11 juillet 2018, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS) d'un recours contre cette décision, arguant que depuis son accident, son état de santé ne s'était pas amélioré mais péjoré. Dans le cadre de cette procédure de recours, il a notamment joint :

    - un courrier adressé le 13 juin 2018 par le Dr C_____ au professeur N_____, du service d'orthopédie des HUG : « […] on avoisine deux ans depuis l'accident et le patient a exactement la même symptomatologie : œdème du genou, genou qui gonfle, une raideur importante du genou avec une flexion d'environ 40°, position assise prolongée également douloureuse, marche en charge impossible. Il est toujours en décharge depuis deux ans. […] Malheureusement, on se situe dans une impasse où le patient est toujours algique, très peu soulagé avec les médicaments. Heureusement, il n'est pas sous morphinique et on aimerait bien avoir votre avis sur cette symptomatologie » ;

    - un rapport du 24 juillet 2018 émanant du docteur O_____, chef de clinique auprès des HUG. Actuellement, l'assuré ne prenait pas de traitement. À l'examen clinique, son membre inférieur droit présentait un flexum antalgique de 30°, qui passait à 10° après cinq minutes de repos et d'extension passive

douce. Un véritable testing ligamentaire était impossible et à l'issue de son examen clinique, le médecin avait constaté une coloration rouge du genou droit, ainsi qu'une tuméfaction des tissus mous. Il ne paraissait pas y avoir de raideur articulaire, mais plutôt une perte de mobilité d'origine antalgique. Les douleurs semblaient tout-à-fait crédibles, vu la symptomatologie de décoloration et de sudation. Un problème orthopédique, tel que le traumatisme subi en septembre 2016, ne semblait pas être à l'origine des douleurs. Selon l'examen clinique et les réactions des tissus mous, une algoneurodystrophie semblait être la cause la plus probable, bien que l'imagerie par résonnance magnétique réalisée en 2017 ne montrait pas de signe correspondant. Une scintigraphie pourrait aider à déterminer le diagnostic, qui selon les rapports, demeurait très peu clair. Par ailleurs, une opération paraissait totalement contre-indiquée, puisqu'aucun problème structurel n'avait été mis en évidence par l'imagerie.

20. Dans un rapport daté du 28 août 2018, la doctoresse P_____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a relevé que les deux séjours effectués par l'assuré à la CRR n'avaient pas permis d'améliorer significativement les douleurs et les limitations fonctionnelles. Les spécialistes avaient considéré que les plaintes et les limitations ne s'expliquaient que partiellement par les lésions constatées. L'assuré, qui présentait une kinésiophobie et sous-estimait ses capacités, avait souhaité mettre fin prématurément à son premier séjour à la CRR, en raison de problèmes financiers et de litiges juridiques. Des facteurs psychosociaux avaient été mis en évidence, influençant négativement les aptitudes fonctionnelles. Lors du deuxième séjour, les spécialistes avaient fait état d'examens radiologiques normaux et de leurs difficultés à évoquer un diagnostic susceptible de rendre compte du tableau clinique et de l'importance des limitations fonctionnelles. La participation de l'assuré n'avait pas été jugée optimale. Les spécialistes avaient estimé que si l'activité de chauffeur-livreur n'était plus exigible depuis l'accident, l'assuré pourrait exercer à plein temps une activité sédentaire légère, effectuée majoritairement en position assise.

21. Par communication du 14 décembre 2018, l'OAI a accordé à l'assuré une mesure d'orientation professionnelle auprès de PRO, Entreprise sociale privée (ci-après : PRO).

22. Dans un rapport adressé à l'OAI et daté du 20 février 2019, le Dr C_____ a indiqué que, depuis l'accident, l'assuré présentait un genou très douloureux et « intouchable ». Comme l'examen radiologique n'avait pas mis en évidence de pathologie particulière, l'assuré n'avait été convoqué aux HUG que trois à quatre semaines plus tard. Depuis lors, il avait subi une cascade de d'aggravations de son genou, caractérisées par un flexum, une mobilité limitée (100° de flexion et 10° d'extension), ainsi que l'impossibilité de poser le pied par terre. La situation était particulièrement bizarre, avec des douleurs relativement importantes, de la chaleur

et un changement de couleur. Le Dr C_____ estimait que le patient « [était] loin de faire semblant » et préconisait la mise en œuvre d'une expertise. Il invitait l'OAI à poursuivre la mesure d'orientation professionnelle, mais tout en limitant à deux heures par jour la présence de l'assuré sur le lieu de travail.

23. Dans un rapport d'évaluation adressé à l'OAI le 27 février 2019, un conseiller de PRO a relevé que l'assuré avait été amené, durant son stage, à effectuer des activités simples et répétitives (conditionnement d'articles cosmétiques, étiquetage de codes-barres, mise sous pli, confection de boîtes, etc). Il avait déploré des douleurs aigues et permanentes au niveau du genou, de la jambe et du pied droits, ainsi que du dos et de l'épaule. Comme la marche en charge était impossible, l'assuré compensait en s'appuyant sur son autre jambe, sur ses béquilles et à force, il avait mal des deux côtés. L'état du genou ne s'améliorait pas – c'était même plutôt le contraire – et en dépit de la physiothérapie / hydrothérapie, il persistait des douleurs et limitations très incapacitantes. La position debout sans béquilles était à proscrire, tout comme le port de charges, et en position assise, l'assuré devait prendre des pauses de 5 minutes toutes les demi-heures pour faire quelques pas avec ses cannes ou pour étirer son dos, ses épaules et ses jambes. En outre, l'assuré travaillait en permanence avec une poche de glace sur le genou, mais cela n'empêchait pas l'apparition de rougeurs et d'une inflammation. L'assiduité, l'endurance et le rendement s'étaient révélés très faibles, puisque l'assuré n'avait pu venir travailler que deux à trois jours par semaine, à raison d'environ 1h45 par jour. Il avait totalisé 26 jours d'absence maladie sur 48 jours ouvrables. Malgré les douleurs, l'assuré avait fait de son mieux pour exécuter les tâches qui lui avaient été confiées. S'agissant des bénéfices du stage, l'assuré, disait que le fait d'avoir pu venir chez PRO pendant 3 mois, après être resté « bloqué » chez lui pendant 23 mois, l'avait aidé et qu'il avait tiré un grand bénéfice du contact avec autrui. Il était très reconnaissant envers l'assurance-invalidité et PRO d'avoir pu reprendre un rythme et retrouver un cadre professionnel. Au terme du stage et compte tenu des évaluations effectuées en atelier, il avait été constaté que l'état de santé n'était pas stabilisé et qu'aucune orientation professionnelle n'était possible à ce stade ; les empêchements et limitations constatées étaient très incapacitantes, quelle que soit l'activité ou la position de travail ; les nombreuses absences, le taux d'activité et le rendement très bas montraient qu'une activité dans l'économie semblait fortement compromise. Si le stage avait démontré l'incapacité de l'assuré à occuper un poste de façon durable, il lui avait tout de même permis de retirer des bénéfices substantiels (mobilisation personnelle, rythme, cadre, socialisation, amélioration de l'humeur, sentiment d'utilité). Au terme du stage, PRO estimait que la douleur entravait la réadaptation et qu'aucune orientation professionnelle n'était possible à ce stade. Il était préconisé une nouvelle évaluation des limitations fonctionnelles par le médecin-conseil.

24. Dans un rapport daté du 14 mars 2019, reçu par l'OAI le 21 mars 2019, le Dr O_____ a fait état d'un membre inférieur droit légèrement rouge, mais sans épanchement au niveau du genou, ainsi que d'une stabilité correcte. La mobilité en flexion-extension était mesurée à 110°-5-0°. Le reste de l'examen clinique était peu contributif, compte tenu des douleurs diffuses déplorées par l'assuré. Sous l'angle orthopédique, en l'absence de problématique mécanique, le Dr O_____ n'avait pas d'autre traitement à proposer. En cas d'algoneurodystrophie, un retour au travail lui paraissait utopique pendant encore plusieurs mois, voire années.

25. Par arrêt du 10 avril 2019 (ATAS/310/2019), la CJCAS a rejeté le recours interjeté par l'assuré contre la décision sur opposition de la SUVA du 12 juin 2018, après avoir notamment constaté que les médecins de la CRR et le médecin d'arrondissement étaient parvenus à la conclusion unanime que l'assuré pourrait exercer une activité professionnelle sédentaire, réalisée en position assise et ne nécessitant pas l'usage de la jambe droite. Selon la CRR et le médecin d'arrondissement, il existait une discordance entre les plaintes et les résultats des examens cliniques. En outre, le dossier de la SUVA ne contenait aucune pièce contredisant l'exigibilité d'une activité adaptée, telle que décrite par les médecins de la CRR et par le médecin d'arrondissement. En particulier, les médecins de la consultation ambulatoire de la douleur des HUG avaient enjoint l'intéressé à envisager une réadaptation professionnelle.

26. Saisi à son tour d'un recours contre l'arrêt précité, le Tribunal fédéral l'a déclaré irrecevable (arrêt 8C_511/2019 du 1er octobre 2019).

27. Par avis du 23 avril 2019, la Dresse P_____, du SMR, a relevé que, deux ans et demi après l'accident, il persistait des douleurs et une impotence fonctionnelle d'étiologie indéterminée, de sorte qu'elle préconisait la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire en orthopédie, neurologie et psychiatrie, via la plateforme MED@P.

28. L'expertise préconisée par le SMR a été confiée au Centre médical expertises (CEMEDEX). Dans leur rapport du 20 avril 2020, les docteurs Q_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, R_____, spécialiste en médecine interne générale, S_____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie et T_____, spécialiste FMH en neurologie, ont retenu les diagnostics suivants : ankylose en rotation externe et flexum de la hanche droite (M24.65) ; gonalgies chroniques handicapantes (M25.56), flexum du genou droit suspect d'être fixé, douleur nociceptive à l'interne du genou droit ; trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2).

    Dans la partie de leur rapport intitulée « évaluation consensuelle », les experts ont rappelé que l'assuré, marié et père de deux enfants, originaire du Kosovo et naturalisé suisse, avait travaillé comme chauffeur-livreur, avant de subir un accident le 28 septembre 2016, lors duquel il s'était fait mal au genou droit en

glissant, alors qu'il sortait de la douche. Une IRM réalisée en octobre 2016 avait montré un discret clivage horizontal de la corne postérieure du genou droit, qui n'avait plus été retrouvé sur une IRM effectuée en avril 2017. Des douleurs importantes persistaient depuis le jour de l'accident et obligeaient l'assuré à marcher avec des cannes, malgré deux séjours à la CRR en 2017-2018. Après que la SUVA eût mis un terme au versement des indemnités journalières, le 31 mars 2018, l'assuré avait suivi, au début de l'année 2019, des mesures d'ordre professionnel auprès de l'entreprise PRO, initialement prévues pendant 3 mois. À la suite d'un bilan effectué le 16 janvier 2019, il avait été conclu que la mesure d'orientation n'avait pas permis d'aboutir sur une piste professionnelle, de sorte qu'il avait été mis fin à la mesure d'orientation dès le 1er mars 2019. L'assuré avait développé progressivement, depuis 2018, une symptomatologie mixte anxieuse et dépressive, d'ordre adaptatif, avec des sentiments de culpabilité envers sa femme et ses enfants. Toutefois, c'était les atteintes « orthopédiques » qui demeuraient à l'origine d'une incapacité de travail de 100% dans la profession de chauffeur-livreur. La chronicisation des douleurs, avec par moments des douleurs exacerbées et intenses, avait conduit à l'adoption d'une position vicieuse du membre inférieur droit, avec une hanche en rotation externe et flexum, ainsi qu'un genou en flexum, lesquels étaient désormais suspects d'être enraidis ou ankylosés, c'est-à-dire fixés de façon irréversible, ce qui n'était pas le cas lors de l'examen par le Dr O_____ en juillet 2018. En effet, ce médecin avait estimé à l'époque que sous narcose, le genou droit aurait quasiment la même mobilité que le genou gauche, ce qui n'était plus le cas lors de l'expertise orthopédique du CEMEDEX. Il y avait donc probablement une péjoration de l'état de santé. Pour en être certain, il faudrait, comme l'avait proposé le Dr O_____, un examen sous narcose de la hanche et du genou droits, qui permettrait de dire si l'on était en présence d'une malposition réversible ou d'une véritable ankylose. Toutefois, l'indication à un examen sous narcose n'aurait de sens que si les douleurs ressenties par l'assuré pouvaient être traitées et diminuées suffisamment pour permettre une véritable rééducation des articulations de la hanche et du genou droit. Sur le plan thérapeutique, la priorité était le traitement des douleurs, en essayant une approche par acupuncture et éventuellement en introduisant un antidépresseur, susceptible d'améliorer le seuil de perception à la douleur. L'assuré devait bénéficier d'un suivi dans un centre de médecine de la douleur, dans le but de diminuer suffisamment les douleurs pour entamer une rééducation.

La douleur nociceptive était à l'origine du handicap présenté par l'assuré. L'expertisé se cristallisait sur cette douleur, qui progressivement avait provoqué une malposition de la hanche et du genou droit ; la hanche paraissait actuellement enraidie en flexion et rotation externe, et le genou présentait un flexum. Les limitations fonctionnelles étaient l'impossibilité de se tenir en position statique debout, de marcher et de monter / descendre des escaliers sans cannes, mais

également de s'agenouiller, de s'accroupir et de rester assis sans changer continuellement de position. Les activités à hauteur d'épaules et au-dessus étaient fortement limitées, car la malposition du membre inférieur droit empêchait l'assuré de tenir l'équilibre en position debout. Le port de charge était limité à 1 à 2 kg avec les cannes. Il existait une cohérence entre les plaintes, l'examen et les diagnostics, compte tenu de l'intensité des douleurs déplorées, ayant abouti à une importante malposition du membre inférieur droit.

De façon consensuelle, les experts estimaient que seules les atteintes « orthopédiques » engendraient des limitations fonctionnelles et restreignaient la capacité de travail. Dans l'activité antérieure de chauffeur-livreur, ils retenaient une capacité de travail nulle (0%) depuis l'accident du 28 septembre 2016. S'agissant de l'exigibilité d'une activité adaptée, ils ont déclaré que « [la] capacité de travail pourrait être de 100% avec une diminution de rendement de 20% en respectant les limitations fonctionnelles mentionnées […] et aurait pu être exigible depuis le 6 juillet 2017, soit depuis le rapport médical du Dr I_____ des HUG […], comme l'a évalué également le SMR dans son avis du 28 août 2018. Il faut cependant tenir compte d'une probable aggravation de l'état de santé de [l'assuré]. En effet, lors de son examen en juillet 2018, le Dr O_____ des HUG mentionnait à propos de la malposition de la hanche et du genou droit qu'un examen sous narcose permettrait probablement une mobilité normale de ces articulations. Comme mentionné plus haut, l'examen effectué lors de l'expertise orthopédique fait suspecter que ce ne serait plus le cas actuellement, puisque la hanche et le genou droit semblent enraidis. Compte tenu de l'âge de [l'assuré], il nous semble prioritaire et urgent de confier le traitement des douleurs à un centre de médecine de la douleur, afin de permettre dans un premier temps une rééducation efficace du membre inférieur droit et dans un deuxième temps une reprise d'une activité professionnelle. En conclusion, la capacité de travail dans une activité est de 0% depuis le 1er mars 2019. Cette capacité de travail devrait être réévaluée 6 mois après le début des mesures de traitement de la douleur et de rééducation. La date du 1er mars 2019 correspond à celle décidée lors de l'évaluation des mesures de réadaptation professionnelle effectuées par l'entreprise PRO, qui a mis un terme à la mesure d'orientation professionnelle au 1er mars 2019 ».

Dans le rapport « d'expertise orthopédique », annexé au rapport principal, l'expert en chirurgie orthopédique a notamment relevé que sur le plan des diagnostics structurels, l'atteinte initiale était minime, puisqu'il s'agissait d'un discret clivage horizontal de la corne postérieure du ménisque interne, lésion qui n'avait plus été retrouvée sur l'IRM de janvier 2017, d'où l'évaluation régulièrement admise par les médecins qu'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée était possible. Cependant, l'assuré avait maintenu de façon constante une malposition du membre inférieur droit, aussi bien au niveau de la hanche (rotation exteme et flexum), qu'au niveau du genou (flexum). Lors des différents examens médicaux,

en particulier lors de la consultation par le Dr O_____ de juillet 2018, la malposition du membre inférieur droit ne semblait pas fixée. Lors de l'examen orthopédique de l'expertise, le 4 mars 2020, cette malposition était suspecte d'être fixée et donc d'être une véritable ankylose. Cette suspicion d'ankylose représentait une péjoration de l'état de santé. Une évaluation de la mobilité des articulations de la hanche et du genou droit serait justifiée si les douleurs chroniques ressenties par l'assuré pouvaient être traitées en tant que telles et l'expert estimait qu'aussi longtemps que le problème purement douloureux n'était pas résolu, il n'y avait aucune chance d'obtenir une amélioration de la fonction de la hanche et du genou droit, quelle que soit l'étiologie des malpositions (qu'elle soient simplement dues aux douleurs, donc réversibles, soit un stade d'ankylose, donc non immédiatement réversibles). Sur le plan orthopédique, dans l'activité antérieure de chauffeur-livreur, l'expert retenait une capacité de travail nulle depuis l'accident du 28 septembre 2016. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, il retenait une capacité de travail de 40% (50% avec une diminution un rendement diminué de 20%) depuis le 6 juillet 2017, soit depuis le rapport du Dr I_____, « comme [l'avait] évalué également l'avis SMR du 28 août 2018 ». L'échec du stage chez PRO parlait contre cette évaluation, mais selon l'expert, on ne pouvait tenir compte de cet échec sur le plan purement orthopédique, compte tenu du fait qu'aucune atteinte structurelle n'avait pu être mise en évidence.

Enfin, dans le rapport « d'expertise psychiatrique », également annexé au rapport principal, l'expert-psychiatre a conclu que, du point de vue psychiatrique, la capacité de travail était entière, depuis toujours. Sous le chapitre « diagnostics » dudit rapport, on pouvait notamment lire : « […] il est possible que [l'assuré] présente une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques […]. Cependant, nous devons tenir compte que, si une présence d'algnoneurodystrophie il y a, cette maladie peut s'avérer extrêmement douloureuse, ce fait devra être confirmé dans la partie orthopédique et rhumatologique […] ».

29. Dans un avis daté du 30 avril 2020, la Dresse P_____ a relevé que si la réadaptation entreprise chez PRO s'était soldée par un échec, aucun élément clinique ou radiologique ne permettait d'objectiver une aggravation par rapport à 2016. L'expert en orthopédie du CEMEDEX avait constaté une hanche droite paraissant enraidie dans une attitude de flexion-rotation externe, associée à un flexum du genou droit, connu depuis 2016, sans avoir pu préciser si cette attitude du membre inférieur droit était « fixée ou réductible » et sans retenir d'élément structurel permettant d'expliquer cette attitude vicieuse. Il n'avait pas non plus constaté d'amyotrophie significative, telle qu'attendue en cas d'épargne du membre inférieur droit. L'expert avait rappelé que l'atteinte initiale du genou droit était minime (discret clivage horizontal de la corne postérieure du ménisque interne) et n'avait plus été retrouvée sur l'IRM du 4 janvier 2017. L'expert avait formulé

l'hypothèse d'un possible enraidissement du membre inférieur droit depuis la consultation du Dr O_____ de juillet 2018, mais sans que le problème structurel ait pu être visualisé, et il avait fait état de douleurs « mal explicables et mal compréhensibles ». Dans une activité adaptée, l'expert avait attesté – sans que l'on comprenne pourquoi – une capacité de travail de 50%, avec une baisse de rendement de 20%, depuis le 6 juillet 2017. Il n'avait pas expliqué ce qui l'avait conduit à s'éloigner des conclusions du Dr I_____, lequel avait conclu à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. L'expert aurait tout au plus pu retenir une date d'aggravation postérieure à la consultation du Dr O_____ du 24 juillet 2018, pour motiver une diminution de la capacité de travail postérieurement à cette date, mais il ne l'avait pas fait, ceci à juste titre vu l'absence d'éléments objectifs témoignant d'une aggravation. Par ailleurs, l'expert avait précisé que l'échec des mesures de réadaptation chez PRO ne pouvait être pris en compte dans l'appréciation de l'exigibilité, vu qu'aucune aggravation n'avait été mise en évidence. L'assuré alléguait les mêmes douleurs depuis l'accident et s'était déclaré capable d'effectuer des déplacements à pieds réguliers entre son domicile et l'école de ses enfants. Il existait certaines incohérences, lorsqu'il disait pouvoir conduire tantôt pendant 20 minutes (expertise orthopédique), tantôt pendant 45 minutes (expertise psychiatrique). De façon incompréhensible, les conclusions prises en consilium par les experts différaient de celles de l'expert en orthopédie, puisqu'il avait été retenu en consilium une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée avec baisse de rendement depuis le 6 juillet 2017, puis de 0% depuis le 1er mars 2019, date de l'échec du stage chez PRO. Des mesures thérapeutiques étaient préconisées par les experts, bien qu'elles avaient déjà été vainement tentées durant les trois années précédentes. Au demeurant, il était sans pertinence de retenir la date de l'échec des mesures de réadaptation comme date d'aggravation, vu l'absence d'aggravation sous l'angle médical. En définitive, les conclusions de l'expertise n'étaient pas convaincantes et ne pouvaient être suivies. La Dresse P_____ retenait que la situation était restée globalement inchangée depuis l'accident et que les conclusions du SMR restaient valables, en ce sens que les douleurs et l'impotence fonctionnelle du membre inférieur droit justifiaient une totale incapacité de travail dans la profession antérieure depuis le 29 septembre 2016. Depuis le 6 juillet 2017, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée, permettant d'épargner le membre inférieur droit et d'alterner les positions.

30. Le 1er mai 2020, l'OAI a transmis à l'assuré un préavis de décision, à teneur duquel il envisageait de lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité et de mesures professionnelles.

31. Par l'intermédiaire de sa mandataire, l'assuré s'est opposé au préavis le 29 mai 2020. Il souffrait quotidiennement de son genou droit, de manière diurne et parfois nocturne, au point qu'il devait mettre de la glace pratiquement en permanence. Son genou droit demeurait rouge, avec une grosse tâche blanche et redevenait chaud une

fois la glace enlevée. Il ne pouvait ni marcher sans béquilles, ni s'accroupir ou s'agenouiller, ni maintenir la position debout. Lorsqu'il était assis, il devait continuellement changer de position. Comme l'avait indiqué le Dr C_____, il avait vainement suivi tous les traitements possibles. Il était manifeste que son genou droit avait un problème, même si les médecins n'en trouvaient pas l'explication et se déclaraient impuissants à trouver une solution thérapeutique. Le stage suivi auprès de PRO démontrait qu'il était motivé à retravailler, qu'il avait fourni tous les efforts possibles et qu'il avait été « empêché » par sa condition physique ; l'échec du stage résultait uniquement de ses douleurs incapacitantes. Les « incohérences » relevées par le SMR étaient dues au fait que ses déclarations avaient été mal interprétées ou rapportées : les déplacements effectués entre son domicile et l'école étaient non pas réguliers mais occasionnels, et il n'était parvenu qu'une seule fois à conduire pendant 45 minutes, alors que généralement, ses trajets n'excédaient pas 20 minutes. Comme l'avait écrit l'expert en orthopédie, on pouvait affirmer que ses douleurs étaient mal explicables, mais pas qu'il exagérait. De son côté, le Dr C_____ avait relevé qu'il était très motivé à retrouver le monde du travail, mais qu'il devait bien vivre en attendant d'y parvenir. Quant au Dr O_____, il avait indiqué qu'en cas d'algoneurodystrophie, un retour au travail paraissait utopique pendant encore plusieurs mois, voire années. L'OAI s'alignait sur la décision de l'assurance-accidents pour nier toute invalidité, mais en omettant, d'une part, que les prestations de l'assurance-invalidité ne dépendaient pas d'un lien de causalité avec l'accident, et d'autre part, qu'au moment où l'assurance-accident avait évalué sa capacité de travail, il n'avait pas encore effectué le stage auprès de PRO, dont il était ressorti son incapacité à travailler. À l'appui de ses objections, l'assuré a joint :

- un rapport daté du 9 mai 2018 et émanant de Monsieur U_____, physiothérapeute. Depuis le début de la prise en charge, en novembre 2016, les douleurs du genou droit n'avaient que peu évolué. Les douleurs fluctuaient et le genou continuait à gonfler de manière aléatoire, ainsi qu'à changer de couleur. Les douleurs faisaient adopter à l'assuré des « attitudes vicieuses », engendrant des raccourcissements musculaires et des douleurs lombaires. Il subsistait un flexum d'environ 20° et une flexion limitée à 90°. Durant les séances, tous les traitements à disposition avaient été tentés, mais les seuls permettant d'atténuer la douleur étaient la balnéothérapie et la cryothérapie. Le patient participait activement aux séances et chez lui, il pratiquait autant que possible ses exercices de mobilisation et de posture. Afin de prévenir une augmentation des douleurs et de maintenir la capacité fonctionnelle, la poursuite de la physiothérapie était préconisée ;
- un courrier adressé le 29 mai 2020 à sa représentante par le Dr C_____. L'assuré avait subi une entorse bénigne du genou le 28 septembre 2016. Lorsqu'il s'était présenté aux urgences, il se plaignait de douleurs partout, et il y

avait une discrépance entre l'image clinique et l'anamnèse de l'accident (l'IRM ne montrait pas de signe de traumatisme, alors que les douleurs étaient très importantes). L'assuré avait porté une attelle pendant trois semaines et pris des anti-inflammatoires, qui ne l'avaient pas soulagé. Depuis lors, il avait bénéficié d'une rééducation auprès du Dr I_____, puis d'un séjour auprès de la CRR, mais une symptomatologie identique persistait (œdème et raideur importante du genou, flexion d'environ 40°, douleur lors du maintien de la position assise et marche uniquement en décharge depuis deux ans). Les douleurs n'étant que très peu soulagées par les médicaments, l'on se trouvait dans une impasse. L'assuré avait consulté sans succès les services d'orthopédie et de rééducation des HUG, puis le service de consultation ambulatoire de la douleur, avant d'effectuer un stage par l'intermédiaire de l'assurance-invalidité, qui s'était soldé par un échec. Le patient était très motivé de retrouver le monde du travail, dans le cadre de ses capacités.

32. Dans un bref avis médical daté du 9 juin 2020, la Dresse P_____ a estimé que les pièces fournies dans le cadre de la procédure d'audition ne permettaient pas de rendre plausible une aggravation de l'état de santé, de sorte que le SMR maintenait que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 6 juillet 2017. Le courrier du Dr C_____ reprenait pratiquement mot pour mot un courrier adressé au Pr. N_____ le 13 juin 2018, mais avec certaines approximations (on ne se trouvait plus à deux ans de l'accident, la marche était possible avec une charge de 10 kg et certaines thérapies avaient permis malgré tout de soulager les douleurs). Le Dr C_____ ne s'était pas prononcé sur la capacité résiduelle de travail, estimant cependant que l'assuré conservait des capacités pour « retrouver le monde du travail ». Par ailleurs, le Dr I_____ et le SMR avaient conclu à une capacité de travail entière, dans une activité légère et sédentaire, accomplie principalement en position assise. Faute d'aggravation de l'état de santé, rien ne s'opposait à ce que l'assuré exerce, à plein temps, une activité permettant d'épargner sa jambe droite.

33. Par décision du 15 juin 2020, l'OAI a dénié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel. Il ressortait de l'instruction que capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité antérieure depuis le 29 septembre 2016, mais que ce dernier avait recouvré, dès le 6 juillet 2017, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé. La comparaison des gains mettait en évidence un degré d'invalidité nul, partant insuffisant pour ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Quant aux pièces fournies par l'assuré à l'appui de ses objections au préavis, elles ne permettaient pas de modifier l'appréciation du SMR et celle de l'office.

34. Par acte du 10 août 2020, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la CJCAS) d'un recours, concluant à l'annulation de la décision de l'OAI et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 6 juillet 2017.

    Il était ressorti du stage auprès de PRO qu'il avait la volonté de travailler et que ce stage lui avait fait « du bien au moral », après être resté à son domicile pendant 23 mois. Toutefois, ses douleurs permanentes avaient été reconnues tant par ses médecins traitants que par les médecins examinateurs et par d'autres consultants. Même si elles n'étaient pas d'ordre orthopédique, ses douleurs existaient bel et bien. Au demeurant, les médecins avaient constaté que son genou droit était rouge et enflé. Les limitations fonctionnelles constatées durant son stage ne lui permettaient pas d'occuper un poste de travail, fût-il adapté et à temps partiel. En outre, on ne pouvait lui opposer une absence de diagnostic, puisque le CEMEDEX en avait posé un. Il existait incontestablement une atteinte à la santé et si les médecins n'avaient, à ce jour, pas pu identifier la cause des douleurs, celle-ci existait forcément et ne pouvait être niée sous prétexte d'un manque d'explications par les médecins. Par ailleurs, les conclusions de l'expertise du CEMEDEX – retenant une incapacité de travail à 100% seulement depuis la date de la fin du stage auprès de PRO – ne pouvaient s'expliquer logiquement. Une totale incapacité de travail dans toute activité devait être retenue déjà antérieurement au stage auprès de PRO, car ses handicaps n'étaient pas survenus à cette occasion, mais pouvaient parfaitement remonter au 6 juillet 2017. Depuis son accident, il n'avait jamais recouvré sa capacité de travail et il n'existait donc pas de raison de ne lui reconnaître une invalidité que jusqu'en juillet 2017. L'assuré a joint à son recours :

    - un courrier adressé le 5 juillet 2020 à sa représentante par le Dr O_____. L'assuré l'avait consulté dès le 3 janvier 2017 à la demande du Dr C_____, soit six mois après une distorsion de son genou droit. Lors de la première consultation, la mobilité du genou était limitée, vu les douleurs diffuses mentionnées par le patient, mais sans signe d'épanchement intra-articulaire. Un traitement multimodal avait été instauré et l'assuré avait subi une rééducation auprès de la CRR, sans véritable amélioration. Le Dr O_____ avait ensuite pratiqué une infiltration de cortisone et prescrit de la physiothérapie / balnéothérapie, améliorant un peu la symptomatologie. Par la suite, l'assuré avait été suivi par le Dr I_____ et par le Centre de la douleur des HUG. Le diagnostic était peu clair et non expliqué par une lésion structurelle, qui n'était du reste pas visible sur les IRM pratiquées en 2016 et 2017. Les signes objectivables de la pathologie demeuraient uniquement une rougeur et des gonflements, qu'il avait constatés et qui étaient également décrits par le patient. Il s'agissait d'une réaction neuro-végétative, ce qui ne correspondait pas à une problématique orthopédique. L'assuré l'avait consulté en dernier lieu le 28 mai 2019, avec un status inchangé. Au niveau orthopédique, le Dr O_____ disait ne pas voir d'autre possibilité qu'une physiothérapie ou une antalgie élargie,

mais qui avaient déjà été essayées. Il avait vu un patient volontaire, mais ne pensait pas qu'une reprise de l'activité professionnelle d'« origine » était possible ;

- un courrier adressé le 30 juillet 2020 à sa représentante par le Dr C_____. Suite à l'entorse du genou droit, le patient boitait avec une décharge depuis environ deux ans. Actuellement, il présentait des douleurs importantes au niveau dorsal et une petite scoliose. Son dos était soumis à de fortes contraintes, en raison du fait qu'il était continuellement en « disbalance »avec des décharges. L'assuré commençait à présenter des signes de décompensation, notamment des lombalgies aigues épisodiques, dont on pouvait craindre qu'elles deviennent chronique. L'assuré s'était présenté à plusieurs reprises avec un genou bien gonflé et rouge, mais sans que l'on ait pu démontrer une pathologie sous-jacente dans le genou au moyen d'examens paramédicaux. Le Dr C_____ invitait l'intimé à accorder à l'assuré au moins une réadaptation professionnelle, voire – si l'intimé contestait son point de vue – à le faire examiner par l'un de ses médecins afin de se convaincre de son état de santé.

35. Dans sa réponse du 2 septembre 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours. Le SMR avait conclu que l'assuré était pleinement capable d'exercer une activité adaptée, lui permettant d'épargner son membre inférieur droit et d'alterner les positions. Ces conclusions coïncidaient avec celles des experts de la CRR et du médecin d'arrondissement de la SUVA. Par ailleurs, des douleurs sans substrat médical ne pouvaient être assimilées à une atteinte à la santé invalidante. Les douleurs alléguées devaient être confirmées par des observations médicales et corrélées à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue, à défaut de quoi le droit aux prestations ne pouvait être apprécié de manière conforme à l'égalité de traitement. En l'occurrence, les rapports versés au dossier n'établissaient aucun lien objectif entre les douleurs alléguées et une affection somatique mise en évidence par des examens médicaux, de sorte que la décision attaquée devait être confirmée.

    L'intimé a joint à sa réponse un nouvel avis du SMR, dans lequel on pouvait lire : « […] dans le cadre du recours, des pièces médicales nous sont amenées pour appréciation. Courrier du Dr C_____, orthopédiste, à Me CHEVALIER du 30 juillet 2020 […]. Pour le SMR, ce courrier n'amène pas de nouvel élément médical. Il s'agit de plaintes subjectives, non corrélées à un examen clinique ou radiologique. Par ailleurs, même si des limitations fonctionnelles d'épargne du rachis lombaire et dorsal devaient être retenues, elles seraient compatibles avec les limitations fonctionnelles déjà retenues par le SMR (activité sédentaire et alternance des positions). Courrier du Dr O_____, médecin-adjoint orthopédiste des HUG à Me CHEVALIER du 5 juillet 2020 […]. Pour le SMR, ce rapport médical n'amène pas de nouvel élément objectif d'aggravation de l'état de santé de l'assuré. L'orthopédiste ne se prononce pas sur une capacité de travail adaptée, et

ne décrit pas de limitations fonctionnelles. Ainsi, ces rapports médicaux n'amènent pas de nouvel élément objectif nous permettant de revoir notre dernière appréciation du cas, qui demeure valable ».

36. Le recourant a répliqué le 23 septembre 2020. À titre préalable, il a requis que la CJCAS ordonne une expertise visant à déterminer s'il souffrait d'une algodystrophie (ou d'une autre atteinte) et en évalue les répercussions sur sa capacité de travail. S'agissant de l'argumentation de l'intimé selon laquelle les rapports n'établissaient aucun lien objectif entre les douleurs alléguées et une affection somatique, il rétorquait souffrir de rougeurs et d'un œdème du genou droit, mais également de maux de dos, compte tenu du fait qu'il marchait avec ses béquilles « le dos en travers ». Ces phénomènes avaient été constatés par plusieurs médecins. Si les médecins et experts consultés n'avaient jusqu'alors pas pu expliquer ses atteintes du genou, il devait nécessairement y avoir une explication. Par ailleurs, on devait écarter toute simulation, qu'aucun médecin n'avait retenue. Il désirait ardemment retravailler et retrouver une vie sans douleurs, comme en témoignait le dossier. Ne pas pouvoir subvenir aux besoins de sa famille le déprimait. Le docteur V_____, médecin généraliste auprès du centre médico-chirurgical B_____, lui avait fait remarquer que la piste de l'algodystrophie n'avait pas été examinée par les médecins et experts consultés et qu'elle mériterait d'être explorée. Il s'agissait potentiellement d'une explication à ses troubles et les spécialistes susceptibles de se prononcer à cet égard étaient soit des rhumatologues, soit des médecins travaillant dans un centre de la douleur. En définitive, il contestait les conclusions de l'intimé et celle du CEMEDEX.

37. Par courrier du 29 mars 2021, la chambre de céans a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise rhumatologique et leur a communiqué le nom de l'expert pressenti, ainsi que les questions qu'elle avait l'intention de lui poser, en leur impartissant un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées.

38. Par écriture du 14 avril 2021, l'intimé a indiqué qu'il estimait que l'instruction du dossier permettait de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé et la capacité de travail du recourant de sorte que la mise en œuvre d'une expertise judiciaire s'avérait inutile. Si par impossible la chambre de céans persistait dans son intention d'ordonner une expertise, il n'avait pas de motif de récusation à l'encontre de l'expert désigné. En ce qui concernait les questions libellées dans le projet de mission d'expertise, le SMR sollicitait dans son avis du 12 avril 2021 annexé que l'expert décrive les activités quotidiennes de l'assuré lors d'une journée standard.

39. Par pli du 30 avril 2021, le recourant a informé la chambre de céans ne pas avoir d'objections à formuler concernant l'expert désigné et les questions qui lui sont posées.

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. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable.

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 15 juillet au 15 août inclusivement, le recours est recevable (art. 38 al. 4 let. b et 56 ss LPGA ; art. 62 ss et 89C let. b de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

4. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité.

5. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art.8 LPGA) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 – 5ème révision AI). 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.

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

7. Le syndrome douloureux régional complexe (ou complex regional pain syndrome [CRPS]), anciennement nommé algodystrophie ou maladie de Sudeck, a été retenu en 1994 par un groupe de travail de l'International Association for the Study of Pain (IASP). Il constitue une entité associant la douleur à un ensemble de symptômes et de signes non spécifiques qui, une fois assemblés, fondent un diagnostic précis (DR K_____/DR X_____/Y_____/Z_____/DR AA_____/AB_____/DR AC_____/DR AD_____/DR AE_____, Syndrome douloureux régional

complexe, in Revue médicale suisse 2019, p. 495). L'IASP a aussi réalisé un consensus diagnostique aussi complet que possible avec la validation, en 2010, des critères dits de Budapest, à savoir :

1) Douleur qui persiste et apparaît disproportionnée avec l'événement initial.

2) Au moins un symptôme dans trois (critères cliniques) ou quatre (critères recherche) des quatre catégories suivantes :

a) Sensoriel: le patient décrit une douleur qui évoque une hyperpathie et/ou une allodynie.

b) Vasomoteur: le patient décrit une asymétrie de température et/ou un changement de couleur et/ou une asymétrie de couleur.

c) Sudomoteur/oedème: le patient décrit un oedème et/ou une asymétrie de sudation.

d) Moteur/trophique: le patient décrit une raideur et/ou une dysfonction motrice (faiblesse, trémor, dystonie) et/ou un changement trophique (pilosité, ongles, peau).

3) Au moins un signe dans deux des catégories suivantes (critères cliniques et recherche) :

a) Sensoriel: confirmation d'une hyperpathie et/ou allodynie.

b) Vasomoteur: confirmation d'une asymétrie de température et/ou changement de couleur et/ou asymétrie de couleur.

c) Sudomoteur/oedème: confirmation d'un oedème et/ou asymétrie de sudation.

d) Moteur/trophique: confirmation d'une raideur et/ou dysfonction motrice (faiblesse, trémor, dystonie) et/ou changement trophique (pilosité, ongles, peau)

4) Il n'existe pas d'autre diagnostic qui explique de manière plus convaincante les symptômes et les signes cliniques.

Les critères ci-dessus sont exclusivement cliniques et ne laissent que peu de place aux examens radiologiques (radiographie, scintigraphie, IRM). L'utilisation de l'imagerie fait l'objet d'une controverse dans le milieu médical, mais garde un rôle notamment dans la recherche de diagnostics différentiels, ou lorsque les signes cliniques sont discrets ou incomplets ainsi que dans certaines formes atypiques (DRS K. DISERENS/P. VUADENS/PR JOSEPH GHIKAIN,, Syndrome douloureux régional complexe: rôle du système nerveux central et implications pour la prise en charge, in Revue médicale suisse 2020, p. 886; F. LUTHI/M. KONZELMANN, Le syndrome douloureux régional complexe [algodystrophie] sous toutes ses formes, in Revue médicale suisse 2014, p. 271). En pratique, si les critères 1 à 3 sont remplis et que le critère 4 est respecté, on doit considérer que le patient souffre d'un SDRC; toutefois la valeur prédictive positive n'est que de 76 %.

Si les critères sont partiellement remplis, il faut poursuivre le diagnostic différentiel et réévaluer le patient. Si les critères ne sont pas remplis, le patient a une probabilité quasi nulle d'avoir un SDRC (DR DR F. LUTHI/DR P.-A. BUCHARD/A. CARDENAS/C. FAVRE/DR M. FÉDOU/M. FOLI/DR J. SAVOY/DR J.-L TURLAN/DR M. KONZELMANN, op. cit., p. 498). Le SDRC est quatre fois plus fréquent chez la femme, le plus souvent au membre supérieur, avec une prédominance entre 50 et 70 ans. L'introduction des critères de Budapest a réduit de 50 % les diagnostics de SDRC (DRS K. DISERENS/P. VUADENS/PR JOSEPH GHIKAIN, op. cit., p. 885 s ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_416/2019 du 15 juillet 2020 consid. 5.1).

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

b. 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. 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. 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).

d. En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations y compris d'ordre médical qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêts du Tribunal fédéral 9C_65/2019 du 26 juillet 2019 consid. 5 et 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.3). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances

sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en oeuvre 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 oeuvre 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).

10. En l’espèce, dans sa décision du 15 juin 2020, l’intimé a refusé d’accorder à l’assuré toute prestation d’invalidité, au motif notamment qu’il présentait une capacité de travail entière, dès le mois de juillet 2017, dans toute activité adaptée à son état de santé. Le SMR, auquel l’intimé s’est rallié, s’est écarté des conclusions de l’expertise qu’il avait diligentée auprès du CEMEDEX. Il a considéré que les conclusions de cette expertise n’étaient pas convaincantes et en a déduit que la situation était restée globalement inchangée depuis l’accident, de sorte que l’assuré restait capable, depuis juillet 2017, d’exercer une activité adaptée à son handicap. Le SMR a souligné l’absence, dans l’expertise, d’élément démontrant objectivement une aggravation de l’état de santé, ainsi que des divergences entre les conclusions communes retenues par les experts (consilium) et celles formulées par le Dr Q_____ dans le volet orthopédique de l’expertise, mais également entre les conclusions émises par l’expert Q_____ et celles formulées par le Dr I_____.

    Le recourant, qui conclut sur le fond à l’octroi d’une rente entière d’invalidité dès le mois de juillet 2017, conteste également les conclusions du CEMEDEX, en reprochant aux experts de ne lui avoir pas reconnu d’incapacité de travail antérieurement au stage qu’il a effectué auprès de PRO. Il soutient n’avoir jamais recouvré sa capacité de travail depuis son accident et relève que ses handicaps sont antérieurs au début du stage. Au stade de la réplique, il fait valoir que la piste de l’algoneurodystrophie n’a pas été examinée par les différents médecins et experts consultés, qu’elle pourrait potentiellement expliquer ses troubles et mériterait donc d’être explorée. À titre préalable, il requiert la mise en œuvre d’une expertise judiciaire.

11. a. La chambre de céans constate que, sur le plan formel, l'expertise du CEMEDEX satisfait *prima facie* à la plupart des réquisits jurisprudentiels topiques en matière de valeur probante, puisqu'elle contient un résumé du dossier, les indications subjectives du recourant, les constatations cliniques effectuées par chacun des experts, ainsi qu'une discussion générale et interdisciplinaire du cas.

    En particulier, il ressort de cette expertise que l'état de santé du recourant semble s'être aggravé, dans la mesure où la malposition de la hanche et du genou droits a conduit, selon les experts, à une probable ankylose de ces articulations, laquelle n'était pas encore présente lorsque l'assuré a été examiné par le Dr O_____, en juillet 2018. Compte tenu des explications fournies par les experts, on ne saurait écarter d'emblée toute aggravation de l'état de santé, contrairement à ce que soutient l'intimé. À ce stade, il n'y a toutefois pas lieu de se pencher plus avant sur la question, dans la mesure où la mise en œuvre d'une expertise judiciaire se révèle nécessaire, comme on va le voir, et que l'expert judiciaire sera invité à se déterminer sur l'aggravation évoquée dans l'expertise du CEMEDEX.

    b. Sur le plan diagnostique, on regrette – à l'instar du recourant – que l'expert en orthopédie ne se soit pas déterminé sur l'existence d'une algoneurodystrophie (ou syndrome douloureux régional complexe), dans la mesure où ce diagnostic avait été évoqué par certains médecins (cf. rapports des Drs E_____, I_____ et O_____ des 28 novembre 2016, 6 juillet 2017 et 24 juillet 2018) et que l'expert avait été invité à se prononcer sur ce point par le psychiatre du CEMEDEX. En effet, dans son rapport, l'expert-psychiatre avait notamment indiqué : « […] nous devons tenir compte que, si une présence d'algoneurodystrophie il y a, cette maladie peut s'avérer extrêmement douloureuse, ce fait devra être confirmé dans la partie orthopédique et rhumatologique [de l'expertise] […] » (p. 29 de l'expertise du CEMEDEX).

    Ensuite, force est d'admettre que les conclusions de l'expertise – contestées par les deux parties – sont peu claires, voire contradictoires. En effet, dans leurs conclusions communes, les experts ont évalué la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles à 0% depuis le 1er mars 2019, date du terme de la mesure d'orientation professionnelle auprès de PRO (qui s'est soldée par un échec), tout en préconisant une réévaluation de la capacité de travail 6 mois après un traitement de la douleur et une rééducation. Pour la période antérieure au 1er mars 2019, les experts ont indiqué que la capacité de travail « pourrait » être de 100% avec une diminution de rendement de 20% dès le 6 juillet 2017, date du rapport du Dr I_____. Ces conclusions communes – qui font coïncider avec l'échec du stage auprès de PRO le début de la totale incapacité de travail dans une activité adaptée – peuvent effectivement sembler contradictoires avec celles formulées par l'expert en chirurgie orthopédique, qui a conclu à une capacité de travail de 40% dans une activité adaptée depuis juillet 2017, tout en considérant

qu'il ne pouvait pas tenir compte de l'échec du stage parce qu'aucune atteinte structurelle n'avait été mise en évidence. Le rapport d'expertise ne donne aucune explication au sujet de cette divergence entre les conclusions de l'expert en orthopédie et les conclusions communes. Les raisons pour lesquelles l'expert en orthopédie s'est lui-même distancié des conclusions formulées par le Dr I_____ et par le SMR (capacité de travail de 100% dès juillet 2017 dans une activité adaptée) – mais tout en se référant par ailleurs à leurs rapports pour fixer le début de l'exigibilité d'une activité adaptée – ne sont pas claires non plus, faute d'explication de l'expert.

Enfin, on relèvera que si les experts du CEMEDEX ont retenu, dans leurs conclusions communes, une totale incapacité de travail dès le 1er mars 2019, ils ne semblent toutefois pas avoir écarté toute perspective de réinsertion professionnelle à l'avenir, puisqu'ils ont préconisé une réévaluation ultérieure de la capacité de travail – que l'intimé n'a finalement pas mise en œuvre – et ont jugé prioritaire de faire traiter les douleurs par des spécialistes afin de permettre une rééducation, puis, dans un second temps, une reprise d'activité professionnelle.

c. En définitive, vu les incertitudes affectant l'expertise du CEMEDEX, notamment en ce qui concerne les diagnostics et la capacité de travail dans une activité adaptée, mais également la recommandation des experts de faire réévaluer la capacité de travail, recommandation qui n'a pas été suivie par l'intimé, il se justifie de mettre en œuvre une expertise judiciaire en rhumatologie, comme le requiert le recourant.

12. Il sera donné suite à la demande de question complémentaire de l'OAI.

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

I. Ordonne une expertise judiciaire rhumatologique de Monsieur A_____.

1. Commet à ces fins le Professeur AI_____, spécialiste FMH en rhumatologie, CHUV, service de rhumatologie, avenue _____, Lausanne. 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, notamment les docteurs I_____, O_____ et C_____.
   C. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres examens.
   D. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

      1. Anamnèse détaillée, comprenant le déroulement d'une journée-type de la personne expertisée

      2. Plaintes de la personne expertisée

      3. Status clinique et constatations objectives

      4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)

      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 Veuillez notamment indiquer si vous retenez ou écartez le diagnostic d'algoneurodystrophie (syndrome douloureux régional complexe) évoqué par les médecins traitants, en veillant à motiver votre réponse.

      4.4 L'état de santé s'est-il détérioré / amélioré, en particulier depuis le mois de juillet 2018 (rapport du Dr O_____), et dans quelle mesure ? Veuillez-vous déterminer sur la problématique, soulevée par les experts du CEMEDEX, de l'enraidissement / ankylose de la hanche et du genou droits. L'aggravation évoquée par les experts du CEMEDEX vous paraît-elle vraisemblable ?

      5. Limitations fonctionnelles

5.1 Indiquer quelles sont les limitations fonctionnelles.

5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

6. Cohérence

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

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

6.3 Est-ce qu'il y a des discordances entre les plaintes et le comportement de la personne expertisée, entre les limitations alléguées et ce qui est connu de ses activités et de sa vie quotidienne ?

7. Capacité de travail

7.1 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son ancienne activité de chauffeur-livreur ?

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

7.1.2 Depuis quelle date la capacité de travail est-elle réduite/nulle ?

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

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

7.2.2 Si oui, à quel taux (en pourcent) et depuis quelle date une activité adaptée aux limitations fonctionnelles est-elle exigible ? Y-a-t-il une diminution de rendement (si oui, veuillez la chiffrer et préciser si vous en avez déjà tenu compte pour fixer le taux de la capacité de travail) ? Quel domaine d'activité serait adapté ?

7.2.3 Veuillez préciser si le taux d'exigibilité (en pourcent) d'une activité adaptée s'est modifié depuis le dépôt de la demande de prestations AI, en 2017 ? Si oui, depuis quand et dans quelle mesure ?

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

8. Traitement

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

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

9. Appréciation de rapports versés au dossier

9.1 Êtes-vous d'accord avec le rapport d'expertise du CEMEDEX ? En particulier avec les diagnostics posés et l'estimation d'une capacité de travail dans une activité adaptée de 100% (avec diminution de rendement de 20%) dès le 6 juillet 2017, puis de 0% dès le 1er mars 2019 ? Si non pourquoi ?

9.2 Êtes-vous d'accord avec les conclusions figurant dans le rapport d'évaluation de PRO du 27 février 2019, en particulier avec le point de vue selon lequel aucune activité dans l'économie libre ou mesure d'orientation professionnelle ne serait envisageable à ce stade ? Si non, pourquoi ?

9.3 Êtes-vous d'accord avec les avis des médecins de la CRR et du SMR ? En particulier avec les diagnostics posés et l'estimation d'une capacité de travail de 100%, dès juillet 2017, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles ? Si non, pourquoi ?

9.4 Êtes-vous d'accord avec les avis des médecins traitants (Drs I_____, O_____ et C_____) ? En particulier avec les diagnostics posés et l'estimation, par le Dr I_____, d'une capacité de travail de 100% dès le 6 juillet 2017 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles ? Êtes-vous d'accord avec l'opinion du Dr O_____ selon laquelle « en cas d'algoneurodystrophie », un retour au travail serait utopique pendant encore plusieurs mois, voire années ? Si non, pourquoi ?

10. Quel est le pronostic ?

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

12. Faire toutes autre observations ou suggestions utiles.

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

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

La greffière	La présidente
Isabelle CASTILLO	Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le