RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/25/2019 **ATAS/938/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 6 septembre 2021

6ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à LES AVANCHETS, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marco ROSSI	recourant
contre	
OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE	intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Christine WEBER-FUX et Teresa SOARES, juges assesseures

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1975 et originaire de Serbie, a travaillé en tant que chauffeur-livreur à 100 % dans diverses entreprises dès le 20 novembre 2006. A ce titre, il était couvert contre les accidents professionnels et non professionnels par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt; ci-après : la SUVA).

2. Le 5 décembre 2006, il a été victime d'un accident professionnel en portant des colis. Il s'est pris les pieds dans une chaîne et il est tombé. Souffrant d'une fracture du radius gauche et d'un arrachement dorsal de l'os pyramidal droit, il a été en incapacité de travail à 100 % du 5 décembre 2006 au 24 mars 2007 et à 50 % du 25 mars 2007 au 30 juin 2007.

3. Le 25 octobre 2007, l'assuré a été victime d'un nouvel accident professionnel. Son pied droit est resté coincé sous le monte-charge alors qu'il déchargeait un camion, traumatisme qui a provoqué une fracture de la phalange distale de l'hallux droit et du deuxième orteil droit avec incapacité de travail à 100 % du 25 octobre 2007 au 30 janvier 2008.

4. Au bénéfice de prestations de l'assurance-chômage depuis le 1er avril 2008, l'assuré a été victime d'un troisième accident, le 30 juillet 2008. Il a glissé dans son appartement sur un tapis et a chuté de côté avec réception sur son épaule gauche. Souffrant d'un conflit sous-acromial de l'épaule gauche sans lésion de la coiffe, il a été en incapacité de travail à 100 % du 30 juillet 2008 au 16 novembre 2008 et à 50 % dès le 17 novembre 2008. Une arthrographie/arthro-IRM de l'épaule gauche pratiquée le 3 octobre 2008 a mis en évidence une discrète arthrose acromio-claviculaire avec signes modérés de conflit sous-acromial.

5. Le 20 mars 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'OAI.

6. Le 17 avril 2009, le docteur B_____, chirurgien-orthopédiste FMH, a indiqué à l'OAI que l'assuré était en arrêt de travail à 100 % depuis le 30 juillet 2008 et à 50 % dès le 17 novembre 2008. Une reprise de travail dans une activité légère était exigible à 100 % immédiatement.

7. Le 27 avril 2009, le docteur C_____, FMH médecine générale, a indiqué à l'OAI que l'assuré avait subi plusieurs accidents avec séquelles, qu'il souffrait de l'épaule gauche et qu'il était totalement incapable de travailler en septembre 2008.

8. Dans son rapport du 28 avril 2009 consécutif à son examen du même jour, le docteur D_____, chirurgien-orthopédiste FMH et médecin d'arrondissement de la SUVA, a mentionné un antécédent d'hernie discale lombaire. A l'examen, il a constaté une diminution de la force des deux côtés, une diminution de la mobilité du poignet gauche, ainsi qu'une marche avec pied droit en appui externe et en rotation externe. Au vu de la persistance des douleurs et des limitations fonctionnelles dont l'intensité était difficilement explicable et afin également

d'évaluer la nécessité d'un changement de profession, il a considéré qu'un séjour à la clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) était nécessaire.

9. L'assuré a séjourné du 12 mai au 15 juin 2009 à la CRR. Dans le rapport d'hospitalisation du 30 juin 2009, le docteur E_____, rhumatologue FMH et médecin associé, a diagnostiqué un status après chute le 5 décembre 2006 avec fracture intra-articulaire non déplacée de l'extrémité distale du radius gauche et arrachement dorsal de l'os pyramidal droit, des douleurs persistantes des deux poignets prédominantes à gauche, un status après fracture de la phalange distale de l'hallux droit et du deuxième orteil droit le 25 octobre 2007, des douleurs persistantes de l'hallux droit, un status après chute à domicile et contusion de l'épaule gauche le 30 juillet 2008, une arthropathie acromio-claviculaire de l'épaule gauche, des douleurs de l'épaule gauche persistantes, des lombalgies d'origine musculosquelettique non spécifiques, ainsi que des discopathies dégénératives débutantes L4-L5 et L5-S1. S'agissant des poignets, il existait une discordance entre les importantes plaintes de l'assuré et l'absence d'élément objectif. Il n'y avait pas de signes d'arthrose ou d'instabilité. L'imagerie pouvait être considérée comme normale avec restitution ad integrum des fractures. Il n'y avait pas de limitation particulière et la diminution importante de la force devait être interprétée comme une autolimitation chez un sujet qui gardait une bonne musculature avec des périmètres des bras et des avant-bras symétriques. S'agissant du pied droit, l'ancienne fracture de la phalange de P2 de l'hallux droit était parfaitement consolidée et il existait un début d'arthrose de l'interphalangienne mais qui expliquait difficilement l'importance des douleurs mentionnées par l'assuré et la démarche permanente sur le bord externe du pied. Un chaussage adapté devrait permettre d'améliorer les douleurs et l'assuré devait également modifier son mauvais schéma de marche. Le Dr E_____ a considéré que l'état de santé en lien avec les deux premiers accidents des 5 décembre 2006 et 25 octobre 2007 était stabilisé, les douleurs persistantes étant difficilement expliquées par les données objectives. Il existait des séquelles douloureuses d'une contusion de l'épaule gauche avec un doute quant à une éventuelle luxation. On pouvait retenir des limitations fonctionnelles s'agissant du travail prolongé en hauteur et du port de charges lourdes les bras en porte-à-faux. Les plaintes paraissaient également quelque peu disproportionnées par rapport aux données objectives. Une stabilisation de l'état de santé était attendue près d'un an après le traumatisme. Dans la dernière profession exercée d'aide chauffeur impliquant des ports de charges relativement lourdes, l'incapacité de travail était de 50 %. Dans une activité adaptée avec port de charges ne dépassant pas les 10 à 15 kg et absence de travail au-dessus du plan des épaules, l'assuré devrait pouvoir avoir une capacité de travail complète. Un examen par le médecin d'arrondissement était préconisé deux mois après la sortie.

10. Par décision du 15 juin 2009, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif que le degré d'invalidité du recourant était de 6 %, compte tenu d'une capacité de

travail de 100 % depuis avril 2009 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

11. Dans son rapport du 5 octobre 2009 consécutif à son examen du même jour, le docteur F_____, chirurgien FMH et médecin d'arrondissement de la SUVA, a indiqué que l'assuré se plaignait démonstrativement de douleurs dorsales, aux pieds mais particulièrement à droite, à l'épaule gauche et aux poignets. Au status, l'assuré se déplaçait en boitant. L'examen objectif était normal ou subnormal. Le Dr F_____ a fait état d'une discordance entre l'examen clinique, l'anamnèse douloureuse et les manifestations douloureuses lors de l'examen. Il a conclu à un état stabilisé sans dommage permanent.

12. Par décision du 7 octobre 2009, la SUVA a considéré sur la base de l'avis de son service médical que les troubles actuels n'étaient plus en relation de causalité probable avec un accident assuré. Elle a mis fin à ses prestations avec effet au 25 octobre 2009.

13. A la suite de l'opposition qu'il a formée le 15 octobre 2009, l'assuré a produit un rapport établi le 8 décembre 2009 par le Dr B_____. Selon ce dernier, s'agissant de la chute sur l'épaule gauche survenue le 30 juillet 2008, il avait constaté un retour à la normale à partir du 17 novembre 2008 avec reprise du travail à 50 % à partir de cette date. Il n'avait pas retenu une reprise du travail à 100 % dans l'activité de chauffeur-livreur en raison des séquelles des fractures des deux poignets avec arthrose post- traumatique débutante à ce niveau, des séquelles de la fracture du tarse droit et de la spondylarthrose documentée. Une telle reprise à 100 % était peu plausible et peu possible. En revanche, un travail adapté de type chauffeur sans port de marchandises aurait pu être repris à 100 % depuis le 17 novembre 2008.

14. Dans son appréciation médicale du 13 janvier 2010 tenant compte des divers rapports médicaux, le docteur G_____, chirurgien-orthopédiste FMH et médecin d'arrondissement remplaçant de la SUVA, a considéré que les discrètes altérations dégénératives des poignets évoquées par le Dr B_____ et qui ne ressortaient pas de la documentation de la CRR n'empêcheraient vraisemblablement pas l'assuré de mettre en valeur une pleine capacité de travail dans la dernière activité exercée de chauffeur-livreur. Son appréciation se basait sur les éléments objectifs ressortant du séjour de l'assuré à la CRR et faisait abstraction de la comorbidité vertébrale étrangère à l'accident, ainsi que des facteurs non-organiques qui influençaient le tableau évolutif. Cette appréciation pourrait être revue en cas d'évolution vers une arthrose d'un degré de gravité notable de la radio-carpienne. Il en allait de même pour l'atteinte à l'intégrité liée aux séquelles des accidents qui en l'état n'atteignait pas un seuil indemnisable.

15. Par décision sur opposition du 25 janvier 2010, la SUVA a rejeté l'opposition. Elle a considéré au vu de l'appréciation du Dr G_____, qui tenait compte de

l'ensemble des séquelles accidentelles, que l'assuré était en mesure de travailler à 100 % dans son ancienne activité professionnelle.

16. Le 29 septembre 2011, l'assuré a été victime d'un nouvel accident professionnel. Il a heurté son genou droit contre un colis posé sur un chariot, traumatisme qui a provoqué une contusion des tissus mous de la face antérieure et antéro-médiale du genou droit avec incapacité de travail à 100 % du 30 septembre 2011 au 13 novembre 2011.

17. Le 1er décembre 2011, l'assuré a été victime d'un nouvel accident professionnel. En descendant de sa camionnette, il s'est tordu la cheville gauche en pronation. Le rapport du service des urgences des Hôpitaux universitaires de Genève du 1er décembre 2011 a diagnostiqué une entorse et une foulure de la cheville (gauche). Un arrêt de travail à 100 % lui a été accordé à partir du 1er décembre 2011.

18. Par courrier du 13 décembre 2011, la SUVA a accepté de prendre en charge le sinistre et de verser une indemnité journalière dès le 4 décembre 2011.

19. Selon le rapport du Dr B_____ du 22 mai 2012, une capacité de travail à 100 % avait été reconnue à l'assuré à partir du 27 février 2012, les douleurs ayant diminué et étant devenues tolérables. L'assuré avait à nouveau consulté le 23 avril 2012, en raison de la persistance de douleurs. L'IRM de la cheville gauche du 1er mai 2012 avait mis en évidence des stigmates d'entorse médiale sévère avec un minime arrachement osseux de la partie distale de la malléole interne associé à une probable rupture du faisceau antérieur du ligament deltoïdien. Une arthroscopie de la cheville gauche était prévue le 5 juin 2012.

20. Le 5 juin 2012, le Dr B_____ a procédé à la résection du fragment ostéocartilagineux et du repli de quelques fibres profondes du ligament deltoïde provoquant un conflit net entre le talus et la pointe de la malléole interne. L'intervention avait mis en évidence une petite chondromalacie du côté de la joue interne du talus suite aux frottements répétitifs.

21. Selon le rapport du Dr B_____ du 10 septembre 2012, malgré la persistance d'une petite gêne, le traitement avait pris fin le 31 août 2012 et l'assuré avait repris le travail à 100 % le 30 juillet 2012. Puis, dans un rapport du 1er mars 2013, le Dr B_____ a mentionné la persistance d'un handicap au niveau de la cheville gauche rendant difficiles la marche prolongée et surtout le port de charges. L'assuré se plaignait également de douleurs lombaires basses. Il n'y avait pas d'amélioration à espérer et pas de traitement à proposer. En revanche, s'agissant de la réinsertion professionnelle, il y avait lieu de prévoir des stages dans des activités assises ou de conduite de véhicule sans activité de livreur.

22. Au bénéfice de prestations de l'assurance-chômage depuis le 3 septembre 2012, l'assuré s'est à nouveau tordu la cheville gauche, le 1er février 2014, en marchant sur un caillou.

23. Le 6 février 2013, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité.

24. Par communication du 30 avril 2013, l'OAI a pris en charge une mesure d'aide au placement auprès de la Fondation Intégration pour tous (ci-après : IPT) d'une durée de six mois.

25. Le 3 mai 2013, le Dr B_____ a indiqué à l'OAI un état stationnaire avec des douleurs à la cheville gauche et au dos.

26. Le 28 juin 2013, le Service médical régional AI (ci-après : le SMR) a estimé que l'ancienne activité n'était plus possible mais qu'une activité adaptée l'était à 100 % dès le 1er août 2012.

27. Le 8 juillet 2013, le rapport d'IPT relève que la mesure débutée le 3 juin a été stoppée le 13 juillet 2013 par un arrêt maladie à 100 %.

28. Par décision du 12 novembre 2013, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif que le degré d'invalidité de l'assuré était de 2 %, fondé sur une capacité de travail exigible de 100 % dans une activité adaptée dès août 2012.

29. Le 21 janvier 2014, le Dr B_____ a attesté de lombalgies chroniques et douleurs persistantes à la cheville gauche. La capacité de travail dans une activité adaptée était de 100 % dès le 3 août 2013 (pas de charges et de marches prolongées).

30. Par courrier du 25 février 2014, la SUVA a accepté de prendre en charge le sinistre et de verser une indemnité journalière dès le 4 février 2014.

31. Dans son rapport initial du 6 mars 2014, le docteur H_____, généraliste FMH, a diagnostiqué une entorse grave de la cheville gauche. Il a attesté une incapacité de travail de 100 % dès le 1er février 2014. Puis, dans un rapport du 17 avril 2014, il a diagnostiqué une entorse moyenne de la cheville gauche sur état post-traumatique de cette cheville gauche, ainsi qu'un état dépressif réactionnel. L'ancien traumatisme de la cheville gauche et l'état dépressif réactionnel étaient susceptibles d'influencer défavorablement le processus de guérison. En raison de l'arthropathie de la cheville gauche, il fallait s'attendre à la persistance d'un dommage.

32. Le 1er mai 2014, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité.

33. Dans son appréciation du 14 mai 2014, le docteur I_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, ainsi que psychiatre-conseil de la SUVA, a considéré que l'entorse de la cheville gauche du 1er février 2014 était un accident banal et qu'il s'agissait d'un deuxième épisode. Il n'y avait pas de lien de causalité naturelle entre un accident mineur, guérissable, d'atteinte à la cheville et la survenue d'un état dépressif réactionnel.

34. Dans un rapport du 19 mai 2014, le Dr H_____ a mentionné une algodystrophie toujours présente suite aux anciennes opérations. Il existait des facteurs étrangers à l'accident sous la forme d'un état dépressif réactionnel fluctuant. L'assuré semblait

être ralenti non seulement par l'état dépressif, mais aussi par le syndrome douloureux persistant.

35. Par courrier du 28 mai 2014, la SUVA a refusé de prendre en charge le traitement psychologique au motif qu'il n'existait pas de lien de causalité avéré ou probable entre l'accident du 1er février 2014 et les troubles psychologiques.

36. Le 2 juin 2014, le Dr H_____ a posé les diagnostics d'entorse grave de la cheville gauche, de récidive du syndrome douloureux post-opératoire de la cheville gauche, d'état dépressif réactionnel, de lombosciatalgies chroniques droites, de syndrome douloureux aux deux poignets : état post-fracture intra-articulaire du radius gauche en 2006 et arrachement de l'os pyramidal à droite, de tendinopathie chronique épaule gauche depuis 2009 et d'état post entorse sévère de la cheville gauche avec arrachement osseux en 2012. L'incapacité de travail comme chauffeur-livreur était totale.

37. Le 16 juillet 2014, le docteur J_____, de la consultation de la douleur de la Clinique et permanence d'Onex SA, a attesté d'une hernie discale lombaire et de douleurs persistantes à la cheville gauche.

38. Dans son rapport du 23 juillet 2014 consécutif à son examen du même jour, le Dr K_____, chirurgien-orthopédiste FMH et médecin d'arrondissement de la SUVA, a indiqué qu'avant la survenue de l'accident de février 2014, l'assuré se plaignait de douleurs continuelles à la cheville gauche. Il suivait un traitement par antidépresseur depuis mars 2014. Il n'allait pas bien moralement depuis longtemps mais n'était pas allé voir de médecin pour ce problème. Il présentait également une hernie discale qui l'empêchait de rester assis trop longtemps. A l'examen, le Dr K_____ a constaté une marche avec boiterie du côté gauche et appui partiel de côté par crainte de déclencher des douleurs, ainsi que des douleurs bien localisées au niveau de la malléole interne et de la région pré-malléolaire externe. Il a requis un bilan auprès du médecin-orthopédiste traitant afin d'organiser de façon conjointe une reprise de l'activité professionnelle.

39. Le 6 août 2014, la doctoresse L_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a attesté d'un état de stress post-traumatique (F 45.1), de trouble dépressif chronique avec syndrome somatique (TF32) depuis au moins mars 2014. L'assuré présentait un ralentissement psychomoteur important, une anhédonie, un état de fatigue, des angoisses importantes et somatisations, perte de plaisir, d'intérêt et lassitude, diminution des capacités cognitives, fatigabilité. La capacité de travail était actuellement nulle.

40. Par communication du 13 octobre 2014, l'OAI a constaté qu'aucune mesure de réadaptation n'était possible actuellement.

41. Dans un rapport du 24 novembre 2014, le docteur M_____, chirurgien-orthopédiste FMH, a indiqué qu'un Spect-CT de la cheville gauche mettait en évidence une arthrose de la gouttière interne avec un conflit malléolaire et talien, une arthrose postéro-médiale de la cheville et une arthrose inter-cunéiforme avec

une ostéophytose dorsale, mais asymptomatique. Une résection de l'ostéophyte en conflit mécanique avec la gouttière médiale pourrait rendre l'assuré moins symptomatique de ce côté-là. Toutefois, les autres douleurs de sa cheville, pour lesquelles il y avait relativement peu d'explications, ne bénéficieraient probablement pas de cette prise en charge.

42. Selon la notice du Dr K_____ du 22 janvier 2015, compte tenu du « type » de l'événement du 1er février 2014, on pouvait considérer qu'il avait cessé ses effets délétères le 1er mai 2014, avec atteinte du *statu quo sine* à cette date. Les troubles actuels étaient en rapport de façon probable avec l'accident du 1er décembre 2011.

43. Dans un rapport du 28 janvier 2015, le Dr M_____ a considéré qu'il n'y avait pas d'amélioration à attendre d'une nouvelle intervention chirurgicale. L'assuré présentait une arthrose de la gouttière interne, de sorte qu'il n'était plus possible de restaurer l'integrum. Il convenait de se concentrer sur l'optimisation des mesures de réinsertion professionnelle afin que l'invalidation ne s'aggravât pas davantage.

44. Dans un rapport du 4 février 2015, le Dr H_____ a diagnostiqué un état post-traumatique des deux poignets, un état dépressif réactionnel, une entorse moyenne de la cheville gauche, un état post-traumatique de la cheville gauche, une arthrose de la gouttière interne avec conflit malléolaire et talien, une arthrose postéro-médiane de la cheville, une arthrose inter-cunéiforme et une ostéophytose dorsale. Il fallait s'attendre à la persistance d'un dommage (arthropathie chronique, cheville gauche et poignets, dépression à long terme).

45. Le 16 février 2015, le Dr H_____ a attesté de limitations fonctionnelles (déplacement et efforts aux poignets limités, ralentissement psychomoteur).

46. Le 16 mars 2015, le Dr B_____ a attesté d'une capacité de travail de 100 % dans un travail adapté (comme chauffeur, sans livraison de charges) depuis le 17 août 2015. Les douleurs au niveau de la cheville gauche s'étaient améliorées depuis l'intervention du 25 avril 2015.

47. Dans son appréciation du 16 mars 2015 consécutive à son examen du 5 mars 2015, le Dr K_____ a diagnostiqué une arthrose post-traumatique de la cheville gauche. Après la réalisation d'une première arthroscopie en 2012, l'évolution n'était pas satisfaisante car l'assuré marchait toujours avec une boiterie et se plaignait de douleurs périmalléolaires interne et externe. L'ancienne activité de chauffeur-livreur n'était plus exigible. Dans une activité professionnelle réalisée en alternant les positions assise et debout, sans port de charges supérieures à 10 kg, sans mouvement répété de rotation des deux poignets, tout en permettant des déplacements ponctuels et sans devoir monter sur une échelle, on pouvait s'attendre à une pleine capacité de travail sans baisse de rendement.

48. Le 25 avril 2015, l'assuré a subi une arthrotomie interne de la cheville gauche avec résection d'une proéminence antérieure inférieure de la malléole interne.

49. Dans un rapport du 20 juin 2015, le Dr H_____ a diagnostiqué un état post-opératoire de la cheville gauche sur ostéophytose dorsale calcanéenne sur cheville arthrosique. L'arthrose de la gouttière interne avec conflit malléolaire et talien, ainsi que l'arthrose postéro-médiale de la cheville avaient influencé l'évolution du traitement. Il fallait s'attendre à la persistance des douleurs arthrosiques de la cheville.

50. Le 29 juillet 2015, la Dresse L_____ a attesté d'une rechute du trouble dépressif chronique depuis la deuxième chirurgie du pied et d'une capacité de travail nulle.

51. Dans un rapport du 31 juillet 2015, le Dr B_____ a confirmé son diagnostic précédent et a fait état d'une bonne évolution des troubles, bien que le pronostic fût moyen au vu des plaintes multiples. La situation au niveau de la malléole inférieure s'était clairement améliorée. Le traitement avait pris fin le 17 août 2015, date à laquelle une reprise du travail à 100 % dans une activité adaptée était tout à fait possible. Il fallait s'attendre à la persistance d'une sensibilité de cette cheville.

52. Dans son rapport du 23 septembre 2015 consécutif à son examen final du même jour, le Dr K_____ a précisé que l'assuré était toujours suivi par un médecin-psychiatre en raison du retentissement de ses douleurs et de son mauvais moral. Selon l'assuré, l'intervention chirurgicale récente n'avait pas amélioré la situation, mais l'aurait aggravée. Il se plaignait toujours de douleurs aux mouvements de rotation des deux poignets avec gêne à la conduite. A l'examen, l'assuré marchait avec boiterie d'épargne au niveau du membre inférieur gauche. A la cheville gauche, l'appui complet était esquivé et l'assuré appuyait plus nettement sur la face externe du pied ainsi que du talon. La douleur à la pointe de la malléole interne avait diminué par rapport au dernier examen. Elle serait plus importante dans la région supra-malléolaire interne et ne semblait par conséquent pas en rapport avec l'intervention récemment réalisée. Il existait également une douleur supra-malléolaire externe. Les troubles actuels étaient toujours en relation de causalité pour le moins probable avec l'événement du 1er décembre 2011 qui avait conduit à une aggravation déterminante de l'état antérieur. En accord avec la proposition du Dr B_____, on pouvait s'attendre depuis le 17 août 2015 à une reprise de l'activité professionnelle à 100 % dans une activité adaptée telle que définie dans l'appréciation du 5 mars 2015. S'agissant de l'accident du 5 décembre 2006 avec atteinte aux deux poignets, il n'y avait eu récemment aucun bilan radiologique et le Dr K_____ avait demandé à l'assuré de pratiquer dans les meilleurs délais un tel bilan avec également un cliché de contrôle de la cheville gauche.

53. Selon le rapport du 9 novembre 2015 du case manager de la SUVA faisant suite à son entretien avec l'assuré du même jour, celui-ci avait suivi une mesure d'orientation professionnelle sous forme de stage chez IPT qu'il avait dû interrompre en raison de la hernie discale. Puis, dans son rapport du 31 mars 2016 consécutif à l'entretien du même jour avec l'assuré, le case manager a précisé que celui-ci se plaignait toujours des mêmes douleurs concernant sa cheville et marchait en boitant avec un périmètre de marche toujours très limité. Il présentait également

des douleurs aux poignets et au dos. Il n'arrivait pas à se stabiliser, toutes les positions étaient difficiles et il devait toujours alterner les différentes positions. Il avait arrêté le suivi médical pour la dépression car il ne voyait pas d'amélioration et les médicaments lui occasionnaient trop d'effets secondaires. L'assuré lui avait remis une copie de son dernier contrat de travail du 1er janvier 2011.

54. Dans son rapport du 24 novembre 2015, le Dr H_____ a mentionné un état stationnaire avec toujours un état algique sans changement par rapport à son dernier rapport.

55. Par courrier du 7 avril 2016, la SUVA a informé l'assuré que selon son service médical, il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident du 1er décembre 2011. Par conséquent, elle mettait fin à la prise en charge des soins médicaux, à l'exception de quatre consultations annuelles de suivi auprès de son médecin ou chirurgien traitant. Selon l'avis de son médecin-conseil, dans une activité adaptée, sa capacité de travail était entière sans baisse de rendement. Afin de lui permettre d'entreprendre par ses propres moyens ou avec le concours de l'AI des démarches pour trouver un poste de travail adapté, elle continuait à verser l'indemnité journalière jusqu'au 31 juillet 2016 sur la base d'une incapacité de travail de 100 %. A ce moment-là, elle se prononcerait sur le droit à une rente d'invalidité.

56. Le 30 juin 2016, la Dresse L_____ a attesté d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré par l'augmentation des symptômes dépressifs depuis le 25 avril 2015 ; la capacité de travail était de 50 % dans une activité adaptée.

57. Le 29 août 2016, l'ex-employeur de l'assuré a précisé à la SUVA que sans l'accident, il aurait perçu un revenu annuel de CHF 58'830.- en 2012, CHF 58'859.- en 2013 et 2014, ainsi que CHF 58'918.- en 2015.

58. Dans le résumé des documents déterminants pour la fixation de la rente daté du 18 novembre 2016, la SUVA a calculé une perte économique de 12 %.

59. Par décision du 21 novembre 2016, la SUVA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 12 % dès le 1er août 2016, soit une rente mensuelle de CHF 377.25 et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 % pour l'accident du 1er décembre 2011, soit un montant de CHF 12'600.-. Les troubles psychiques n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident.

60. Le 22 décembre 2016, l'assuré a formé opposition à ladite décision en concluant au versement d'une rente « entière » et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité supérieure à CHF 12'600.-.

61. Par décision sur opposition du 12 mai 2017 reçue le 15 mai 2017, la SUVA a rejeté l'opposition.

62. Le 25 mai 2017, à la demande de l'OAI, le Professeur N_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport d'expertise. L'assuré se plaignait de douleurs au dos, jambes, bras, maux de tête, fatigue, péjoration de l'humeur et sentiment

d'ennui. Il a posé le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) dès 2012. L'assuré avait été traité pour un trouble dépressif depuis 2014, lorsque l'accumulation des accidents et l'accentuation de ses douleurs avaient affecté son humeur. Le traitement entrepris avait amené une modification progressive du positionnement diagnostique passant du trouble dépressif vers le syndrome douloureux somatoforme. En revanche, un état de stress post-traumatique ne pouvait en aucun cas être retenu (aucun des symptômes y relatifs n'étant présent). Actuellement, le syndrome douloureux somatoforme était au premier plan, sans toutefois affecter la capacité de travail de l'assuré pour une activité adaptée. En revanche, les douleurs récidivantes alimentant l'irritabilité de l'assuré ne permettaient pas la reprise de travail en économie libre. Sur un plan psychiatrique, un accompagnement bienveillant visant à éviter une nouvelle décompensation dépressive était requis. Il n'y avait pas lieu de renforcer le dispositif des soins psychiatriques.

L'évolution psychique depuis 2013 était allée en se péjorant, en lien avec la conviction acquise progressivement d'une impossibilité à revenir dans le monde du travail. Les douleurs diffuses s'étaient accentuées et un recours à la consultation psychiatrique avait eu lieu en 2014. A cette époque, une péjoration thymique impliquait l'introduction d'un traitement antidépresseur avec bon effet. Si l'on ne pouvait pas retenir un événement traumatique quelconque pouvant donner lieu à un état de stress post-traumatique, le trouble de l'humeur avait pu être présent à partir de 2014 mais il était en rémission complète actuellement. En revanche, le syndrome empêchait une activité en économie libre (limitations fonctionnelles consécutives à l'irritabilité, la tendance au repli et à la fatigabilité accrue) mais clairement pas en milieu adapté. En termes jurisprudentiels, l'impact du syndrome douloureux somatoforme restait modéré. L'assuré gardait un élan vital, investissait les relations objectales avec ses enfants mais n'arrivait pas à assumer les tâches du quotidien. On ne retrouvait pas de conflits systémiques majeurs. Ainsi l'intégration dans un milieu bienveillant adapté aux recommandations de l'expertise rhumatologique était tout à fait possible mais devrait se faire progressivement pour éviter une péjoration de l'irritabilité de l'assuré.

La capacité de travail était de 100 % (soit 50 % les six à douze premiers mois) dans une activité simple et répétitive.

63. Par acte du 14 juin 2017, l'assuré a recouru contre la décision de la SUVA du 12 mai 2017 (cause A/2598/2017) auprès de la chambre de céans. Il a conclu, préalablement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, et principalement à l'annulation de la décision sur opposition du 12 mai 2017, ainsi qu'au renvoi du dossier à la SUVA pour nouvelle décision au sens des considérants. S'agissant des atteintes physiques, la SUVA avait procédé à l'évaluation du degré d'invalidité en se basant sur des examens médicaux de 2015, sans tenir compte de l'aggravation de son état de santé. Le recourant a contesté être en mesure d'exercer un quelconque emploi adapté. Par conséquent, tant le taux de la rente d'invalidité

que celui de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité avaient été manifestement sous-évalués.

64. Le 5 juillet 2017, le SMR a rendu un rapport final subséquent ; du point de vue somatique, les limitations fonctionnelles étaient celles retenues par le Dr K_____ les 16 mars 2015 et 23 septembre 2015 : pas de port de charges lourdes, pas de marche en terrain irrégulier, alternance des positions assise et debout, pas de mouvements répétés de rotation des deux poignets, pas de montée sur des échelles ; la capacité de travail était totale dans une activité adaptée dès le 17 août 2015 ; du point de vue psychique, les conclusions de l'expertise du Dr N_____ ne pouvaient pas être suivies concernant le syndrome douloureux chronique qui n'était donc pas incapacitant, de sorte que la capacité de travail de l'assuré était de 100 % dès le 25 mai 2017 dans une activité adaptée ; l'assuré présentait des limitations psychiques liées à la fatigue et l'irritabilité.

65. Dans sa réponse du 30 août 2017, la SUVA a conclu au rejet du recours. Dans son appréciation du 29 août 2017, la doctoresse O_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin au centre de compétence de médecine des assurances de la SUVA, avait confirmé que l'examen final du Dr K_____ tenait compte de toutes les répercussions des accidents assurés, sous réserve de celui ayant impliqué l'épaule gauche, de sorte qu'il fallait également retenir au titre des limitations fonctionnelles dans une activité adaptée, les activités impliquant l'élévation répétitive du bras gauche au-dessus de l'horizontale.

    La SUVA a produit dans la procédure l'appréciation de la Dresse O_____. Selon cette dernière, vu l'atteinte du poignet gauche, le recourant ne pouvait plus exercer sa profession antérieure nécessitant le port de charges importantes dès lors qu'il devait réduire au maximum la sollicitation importante et répétitive du poignet gauche en raison du développement prévisible d'arthrose. Suite à l'arthrose du compartiment interne de sa cheville gauche, il devait également éviter les déplacements itératifs avec montée et descente d'escalier et de camionnette. La contusion de l'épaule gauche était guérie depuis longtemps et les douleurs persistantes étaient à mettre sur le compte de l'arthrose acromio-claviculaire débutante d'origine maladive. La fracture de l'hallux ainsi que celle du deuxième orteil à droite étaient consolidées et avec le port d'une chaussure adéquate, il n'y avait pas lieu de retenir des limitations fonctionnelles. La contusion du genou droit était guérie depuis longtemps. En définitive, en lien avec les séquelles des accidents assurés, la capacité de travail du recourant était entière et sans diminution de rendement dans une activité adaptée avec alternance des positions assise et debout, déplacements ponctuels, ports de charges limités à 10 kg, sans mouvements répétés de rotations des deux poignets et sans devoir monter sur une échelle. En rapport avec l'arthrose de l'articulation acromio-claviculaire, le recourant devait également ne pas élever le bras au-dessus de l'horizontale de manière répétitive.

66. Par arrêt du 20 novembre 2017 (ATAS/1042/2017), la chambre de céans a rejeté le recours de l'assuré déposé à l'encontre de la décision de la SUVA du 12 mai 2017.

67. Le 29 janvier 2018, le SMR a indiqué que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée était nulle du 1er décembre 2011 au 31 juillet 2012, de 100 % du 1er août 2012 au 31 janvier 2014, nulle du 1er février 2014 au 24 mai 2017, de 50 % dès le 25 mai 2017 et de 100 % dans six à douze mois.

68. Par projet d'acceptation de rente du 2 mai 2018, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1er février 2015 au 31 août 2017 et une demi-rente d'invalidité du 1er septembre 2017 au 28 février 2018.

    Dès le 1er août 2012, le revenu d'invalide était de CHF 58'659.- et le revenu sans invalidité de CHF 60'590.-, de sorte que le degré d'invalidité était de 3 %. Dès le 1er février 2015, le degré d'invalidité était de 100 %. Dès le 25 mai 2017, le degré d'invalidité était de 51 %, fondé sur un revenu sans invalidité (en 2016) de CHF 62'002.- et un revenu avec invalidité (en 2016) de CHF 30'160.-. Dès le 25 novembre 2017, le degré d'invalidité était de 3 %, fondé sur un revenu sans invalidité (en 2016) de CHF 62'002.- et un revenu d'invalide (en 2016) de CHF 60'320.-.

69. Par décision du 20 novembre 2018, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1er février 2015 au 31 août 2017 et une demi-rente d'invalidité du 1er septembre 2017 au 28 février 2018. Une retenue de l'entier du rétroactif était effectuée, dans l'attente du décompte de compensation de la SUVA.

70. Par décision complémentaire du 6 décembre 2018, l'OAI a effectué une retenue en faveur de l'Hospice général de CHF 41'860.- et alloué à l'assuré CHF 78'921.-, avec CHF 6'478.- d'intérêts.

71. Le 4 janvier 2019, l'assuré, représenté par un avocat, a recouru auprès de la chambre de céans à l'encontre de la décision de l'OAI du 20 novembre 2018, en concluant à son annulation dans la mesure où elle diminuait sa rente à une demi-rente dès le 1er septembre 2017, son état de santé s'étant dégradé, entrainant une incapacité de travail totale, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI. Préalablement, il sollicitait de la chambre de céans qu'elle interpelle les Drs H_____ et L_____, qu'elle ordonne son audition et une expertise pluridisciplinaire judiciaire.

72. Le 4 février 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours, au motif que l'expertise du Prof. N_____ était probante et que toutes les atteintes à la santé du recourant avaient été prises en compte.

73. Le 25 mars 2019, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

    Le recourant a déclaré : « Ma santé ne va pas bien du tout, tant du point de vue physique que psychique. Je vous remets ce jour un certificat médical non daté du Dr H_____.

    A part mes rendez-vous pour des thérapies, notamment piscine, je n'ai aucune autre activité. Ma femme s'occupe de toutes les activités ménagères. Je sors un peu, mais

pas beaucoup car la marche est limitée. J'ai toujours des douleurs aux deux jambes. J'ai également des douleurs au dos en raison d'une hernie discale. L'expertise psychiatrique s'est bien passée, le Dr N_____ m'a reçu environ vingt minutes. Il m'a posé quelques questions, principalement sur mon passé, sur les activités que je faisais. J'ai également des maux de tête depuis que je suis tout petit et qui sont survenus suite à un choc à la tête. L'expert m'a posé des questions sur les accidents que j'ai eus, nous n'avons pas évoqué d'autres douleurs que celles aux jambes, au dos et à la tête. Je vois tous les mois le Dr H_____, et chaque trois semaines/un mois, la Dresse L_____. Elle me prescrit un traitement antidépresseur. J'ai également des douleurs aux poignets suite à mes accidents. Maintenant je suis un peu plus tranquille à la maison car mes enfants sont partis. J'avais en effet de la peine à supporter le bruit dû à la présence de plusieurs personnes. Je n'ai pas discuté de ma capacité de travail du point de vue psychiatrique avec la Dresse L_____. Ma femme est au foyer, sans travail, et pour l'instant je ne suis pas à l'Hospice général car j'ai reçu un rétroactif de l'OAI. J'ai été surpris de recevoir une décision de l'OAI tardivement me disant que j'étais capable de travailler depuis plusieurs années ».

L'avocat du recourant a déclaré : « Nous contestons également l'évaluation somatique, soit la capacité de travail totale dans une activité. J'ai eu de la peine à obtenir des attestations médicales de la part des médecins traitants, hormis le certificat médical du Dr H_____ de ce jour. Ces derniers ont dit à mon client qu'ils étaient à disposition de la chambre pour répondre à des questions ».

La représentante de l'intimé a déclaré : « Je précise que l'OAI ne retient aucune limitation fonctionnelle psychique et que contrairement aux conclusions de l'expert, dont nous nous éloignons, nous considérons que le syndrome somatoforme douloureux n'est pas incapacitant. Je ne peux pas vous dire pourquoi le SMR a rendu un avis le 5 juillet 2017 suivi d'un autre le 29 janvier 2018. Peut-être que le SMR a précisé les périodes d'incapacité de travail dans son deuxième avis. Je ne sais pas exactement pourquoi l'année de référence pour le calcul des degrés d'invalidité en 2017 a été l'année 2016 ».

74. Le certificat non daté du Dr H_____ remis en audience par l'assuré explique que celui-ci est un patient polytraumatisé dont les douleurs articulaires persistent en dépit des interventions chirurgicales qu'il a déjà subis. Son adaptation ainsi que sa résistance à l'effort physique sont très limitées du fait des faiblesses aux membres inférieurs et supérieurs, associées à des dorsolombalgies chroniques. Il n'est pas apte à exécuter des consignes pour un travail manuel à plein temps. Ses déplacements sont également limités. En position statique assis ou debout il est obligé de changer régulièrement de posture comme moyen pour gérer les douleurs de dos. Les difficultés psychiques dont souffre l'assuré sont prises en charge par les psychiatres. Sur le plan intellectuel, les troubles psychiques présentent également un frein, même dans une activité adaptée dans ce domaine. Dans l'optique d'une

activité professionnelle adaptée, l'assuré n'est pas apte à 100 %. Tout au plus un taux de 40 % pourrait être exigible.

75. A la demande de la chambre de céans, la Dresse L_____ a donné des renseignements médicaux le 21 juin 2019. Elle avait posé les diagnostics d'état dépressif moyen chronique avec syndrome somatique, de trouble douloureux chronique associé à une affection générale sous-jacente, depuis le 13 mars 2014. L'assuré était compliant à son traitement médicamenteux. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'assuré décrivait une tendance au retrait, perte d'élan vital, découragement, apathie, une fatigabilité lors d'efforts physiques - marcher, rester assis longtemps, rester debout - bougeait souvent dans sa chaise - disait ne pas pouvoir marcher sans douleur - boitait en permanence à la marche - et présentait un faciès douloureux - douleurs aux poignets, impossibilité de porter des poids. Par ailleurs, l'assuré décrivait avoir mal au dos et hanches et associait à des mauvaises positions et contractures compensatoires secondaires aux douleurs des anciens traumatismes (2005, 2007, 2008, 2011, 2014).

    Sa capacité de travail était nulle depuis le 13 mars 2014.

    S'agissant de l'expertise du Dr N_____, celui-ci posait le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme mais les plaintes somatiques étaient traumatiques. Il n'y avait pas de capacité de travail dans une activité adaptée. L'assuré décrivait une fatigabilité importante lors de toute activité physique et intellectuelle avec diminution de ses capacités cognitives, douleurs multiples dans la position assise et impossibilité de rester debout. Ses activités quotidiennes restaient restreintes - c'est sa femme qui s'occupait du ménage à la maison presque exclusivement - il décrivait une perte d'élan vital, sentiment de nullité, perte d'espoir.

    L'assuré présentait une baisse thymique quotidienne compatible avec un état dépressif propre aux structures de personnalité limite. Dans ce cas, la dépression limite tendait à rester masquée, c'est-à-dire que ne se présentait pas dans la modalité plus classique de la symptomatologie dépressive, ici les manifestations comportementales ou somatiques constituaient à la fois la traduction d'un état dépressif latent et un moyen de lutte contre son émergence et sa reconnaissance. L'assuré se disait mécontent avec les soins médicaux dont il avait pu bénéficier. L'impact des symptômes décrits était donc majeur sur sa capacité de travail actuelle.

76. Le 5 juillet 2019, le Dr P_____, du SMR, a rendu un avis médical selon lequel la Dresse L_____ se bornait à rapporter les plaintes de l'assuré. Dans son premier rapport du 30 juillet 2014, la symptomatologie décrite était plus sévère alors que dans celui du 30 juin 2016, elle relevait une perte de motivation, une irritabilité et une fatigabilité. A ce moment-là, elle retenait une capacité de travail de 50 %. Dans le rapport du 21 juin 2019, la symptomatologie rapportée était similaire à celle du certificat du 30 juin 2016, voire meilleure alors que la Dresse L_____ retenait maintenant une capacité de travail nulle dans toute activité dès le 13 mars 2014.

Cette évaluation rétrospective n'était pas cohérente avec les certificats précédents et ne pouvait être retenue comme convaincante. Le SMR ne modifiait en conséquence pas ses conclusions précédentes.

77. Le 17 juillet 2019, l'OAI s'est rallié à l'appréciation du SMR du 5 juillet 2019 et a maintenu ses conclusions.

78. Le 26 juillet 2019, l'assuré a observé que la Dresse L_____ mettait en évidence l'impact majeur de ses atteintes à la santé sur sa capacité de travail qui était nulle, de sorte que sa rente entière d'invalidité devait lui être allouée au-delà du 31 août 2017.

79. Le 16 janvier 2020, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une expertise psychiatrique à la Doctoresse Q_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, et leur a imparti un délai pour faire valoir leurs observations.

80. Le 21 janvier 2020, le Dr R_____, du SMR, a indiqué qu'il n'avait pas de question complémentaire à poser à l'experte et le 27 janvier 2020, l'OAI a indiqué qu'il n'avait pas de motif de récusation à l'encontre de l'experte, tout en relevant qu'une expertise judiciaire ne se justifiait pas.

81. Le 27 janvier 2020, l'assuré a indiqué qu'il n'avait pas de motif de récusation à l'encontre de l'experte ni de question complémentaire à poser.

82. Le 22 décembre 2020, la Dresse Q_____ a rendu son rapport d'expertise. Fondé notamment sur quatre entretiens avec l'assuré et deux entretiens téléphoniques avec les Drs L_____ et H_____, il conclut à un diagnostic de trouble dépressif puis, depuis le 25 mai 2017, de syndrome douloureux somatoforme persistant, avec des limitations fonctionnelles d'irritabilité, lassitude et baisse d'estime de soi en rapport avec les douleurs. L'assuré était totalement incapable d'exercer son ancienne activité mais capable d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à un taux de 50 %, depuis le 25 mai 2017, comme un poste de chauffeur, activité qu'il arrivait à faire de façon autonome.

83. Le 15 février 2021, l'assuré a observé que la capacité de travail de 50 % avait été surestimée par l'experte et que, vu l'aggravation de son état de santé ces dernières années, il était totalement incapable de travailler ; le Dr H_____ estimait, dans un courriel du 1er février 2021, qu'il pouvait tout au plus travailler à 20 %, compte tenu de ses polyarthralgies et polymyalgies.

84. Le 15 février 2021, la Dresse L_____ a indiqué qu'elle rejoignait l'avis de l'experte, l'assuré présentant une persistance de ses troubles psychiques avec un important impact sur sa thymie.

85. Le 29 mars 2021, la Dresse R_____, du SMR, a rendu un avis selon lequel l'experte avait retenu les mêmes plaintes, le même examen clinique et le même diagnostic que le Dr N_____ en 2017, de sorte que la capacité de travail de 50 % n'était pas expliquée. L'analyse des indicateurs ne permettait pas de relever des

facteurs de sévérité et les limitations fonctionnelles retenues ne pouvaient fonder une incapacité de travail.

86. Le 31 mars 2021, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR précité.

87. A la demande de la chambre de céans, la Dresse Q_____ a complété son expertise le 3 juin 2021. Elle avait écarté la tendance à l'exagération des plaintes, celles-ci étant reliées à une hernie discale ; elle avait objectivé une irritabilité qui était différente d'un comportement réactif ou impulsif ; la capacité de l'assuré à recevoir des consignes et à collaborer était impactée. La lassitude devait être comprise comme une attitude d'abattement face à l'existence, limitant la capacité à initier et maintenir une activité et la baisse de l'estime de soi impliquait que l'assuré se sentait nul, bon à rien, il ne se faisait pas confiance pour s'acquitter d'une tâche ; ces limitations fonctionnelles étaient une conséquence des douleurs permanentes ; en revanche, tous les traitements médicamenteux n'avaient pas été tentés, de sorte qu'on ne pouvait parler d'un échec des traitements.

88. Le 29 juin 2021, la Dresse R_____ s'est déterminée sur le complément d'expertise, en relevant que les critères d'exclusion ne pouvaient être totalement invalidés et que les limitations fonctionnelles retenues n'étaient pas suffisantes pour justifier une incapacité de travail de 50 %, celle-ci ne pouvant non plus être admise selon l'analyse des indicateurs.

89. Le 30 juin 2021, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR précité.

90. Le 1er juillet 2021, l'assuré a persisté dans ses conclusions en faisant valoir une incapacité de travail totale, tout en estimant qu'il avait accepté tous les traitements qui lui étaient proposés.

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 la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 LPGA et 62 LPA).

3. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité, au-delà du 31 août 2017.

4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de

gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

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

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

5. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

b. Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations

fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

c. L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

d. Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (arrêt du Tribunal fédéral 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 et la référence ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7). En l'absence d'un diagnostic psychiatrique, une telle appréciation n'a pas non plus à être effectuée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).

6. Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, 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 d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne

concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

Ces indicateurs sont classés comme suit :

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. Caractère prononcé des éléments et des symptômes pertinents pour le diagnostic

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 (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1).

L'influence d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail est davantage déterminante que sa qualification en matière d'assurance-invalidité (ATF 142 V 106 consid. 4.4). Diagnostiquer une atteinte à la santé, soit identifier une maladie d'après ses symptômes, équivaut à l'appréciation d'une situation médicale déterminée qui, selon les médecins consultés, peut aboutir à des résultats différents en raison précisément de la marge d'appréciation inhérente à la science médicale (ATF 145 V 361 consid. 4.1.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_212/2020 du 4 septembre 2020 consid. 4.2 et 9C_762/2019 du 16 juin 2020 consid. 5.2).

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

Le déroulement et l'issue d'un traitement médical sont en règle générale aussi d'importants indicateurs concernant le degré de gravité du trouble psychique évalué. Il en va de même du déroulement et de l'issue d'une mesure de réadaptation professionnelle. Ainsi, l'échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art de même que l'échec d'une mesure de réadaptation - malgré une coopération optimale de l'assuré - sont en principe considérés comme des indices sérieux d'une atteinte invalidante à la santé. A l'inverse, le défaut de coopération optimale conduit plutôt à nier le caractère invalidant du trouble en

question. Le résultat de l'appréciation dépend toutefois de l'ensemble des circonstances individuelles du cas d'espèce (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2.1.3 et la référence).

3. Comorbidités

La présence de comorbidités ou troubles concomitants est un indicateur à prendre en considération en relation avec le degré de gravité fonctionnel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_650/2019 du 11 mai 2020 consid. 3.3 et la référence). On ne saurait toutefois inférer la réalisation concrète de l'indicateur "comorbidité" et, partant, un indice suggérant la gravité et le caractère invalidant de l'atteinte à la santé, de la seule existence de maladies psychiatriques et somatiques concomitantes. Encore faut-il examiner si l'interaction de ces troubles ayant valeur de maladie prive l'assuré de certaines ressources (arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3 et le référence). Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Une atteinte qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidante en tant que telle (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être prise en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). 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).

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 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).

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

Le « complexe personnalité » englobe, à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : auto-perception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation; cf. ATF 141 V 281

consid. 4.3.2). Etant donné que l'évaluation de la personnalité est davantage dépendante de la perception du médecin examinateur que l'analyse d'autres indicateurs, les exigences de motivation sont plus élevées (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2).

Le Tribunal fédéral a estimé qu'un assuré présentait des ressources personnelles et adaptatives suffisantes, au vu notamment de la description positive qu'il avait donnée de sa personnalité, sans diminution de l'estime ou de la confiance en soi et sans peur de l'avenir (arrêt du Tribunal fédéral 8C_584/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2).

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 (ATF 141 V 281 consid. 4.3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3).

Lors de l'examen des ressources que peut procurer le contexte social et familial pour surmonter l'atteinte à la santé ou ses effets, il y a lieu de tenir compte notamment de l'existence d'une structure quotidienne et d'un cercle de proches […]. Le contexte familial est susceptible de fournir des ressources à la personne assurée pour surmonter son atteinte à la santé ou les effets de cette dernière sur sa capacité de travail, nonobstant le fait que son attitude peut rendre plus difficile les relations interfamiliales (arrêt du Tribunal fédéral 9C_717/2019 du 30 septembre 2020 consid. 6.2.5.3). Toutefois, des ressources préservées ne sauraient être inférées de relations maintenues avec certains membres de la famille dont la personne assurée est dépendante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2020 du 22 octobre 2020 consid. 5.2).

II. Catégorie « cohérence »

Il convient ensuite d'examiner si les conséquences qui sont tirées de l'analyse des indicateurs de la catégorie « degré de gravité fonctionnel » résistent à l'examen sous l'angle de la catégorie « cohérence ». Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré (ATF 141 V 281 consid. 4.4). A ce titre, il convient notamment d'examiner si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans la vie professionnelle et dans la vie privée, de comparer les niveaux d'activité sociale avant et après l'atteinte à la santé ou d'analyser la mesure dans laquelle les traitements et les mesures de réadaptation sont mis à profit ou négligés. Dans ce contexte, un comportement incohérent est un indice que les limitations évoquées seraient dues à d'autres raisons qu'une atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.3).

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, les 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.4.1).

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

L'interruption de toute thérapie médicalement indiquée sur le plan psychique et le refus de participer à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel sont des indices importants que l'assuré ne présente pas une évolution consolidée de la douleur et que les limitations invoquées sont dues à d'autres motifs qu'à son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_569/2017 du 18 juillet 2018 consid. 5.5.2).

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 assécurologique 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 qu'à l'atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4.2).

7. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). 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. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui - en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part -, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

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. 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).

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.

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

d. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances

sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

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

e. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

f. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

8. a. Le point de départ de l'évaluation prévue pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), les troubles dépressifs (ATF 143 V 409), les autres

troubles psychiques (ATF 143 V 418) et les troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (ATF 145 V 215) est l'ensemble des éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1), mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_551/2019 du 24 avril 2020 consid. 4.1 et la référence).

b. Dans un arrêt de principe du 2 décembre 2019 (ATF 145 V 361), le Tribunal fédéral, à la lumière de l'ATF 141 V 281, a notamment posé une délimitation, entre l'examen (libre), par les autorités chargées de l'application du droit, de l'admission d'une incapacité de travail par l'expert psychiatre, d'une part, et une appréciation juridique parallèle inadmissible, d'autre part.

Selon le Tribunal fédéral, dans tous les cas, l'administration et, en cas de recours, le juge, doivent examiner si et dans quelle mesure les experts ont suffisamment et de manière compréhensible étayé leur évaluation de l'incapacité de travail, en tenant compte des indicateurs pertinents (questions de preuve). À cette fin, les experts doivent établir un lien avec la partie précédente de l'expertise médico-psychiatrique (avec extraits du dossier, anamnèse, constatations, diagnostics, etc.), c'est-à-dire qu'ils doivent se référer en détails aux résultats médico-psychiatriques des examens et explorations cliniques menés dans les règles de l'art qui relèvent de leur compétence. Le médecin doit donc exposer de manière détaillée les raisons médico-psychiatriques pour lesquelles les éléments constatés sont susceptibles de restreindre la capacité fonctionnelle et les ressources psychiques en termes qualitatifs, quantitatifs et temporels (ATF 143 V 418 consid. 6). A titre d'exemple, dans le cadre de troubles dépressifs récurrents de degrés légers à modérés qui sont souvent au premier plan dans l'examen de l'invalidité au sens de l'AI, cela signifie qu'il ne suffit pas que l'expert psychiatre déduise directement de l'épisode dépressif diagnostiqué une incapacité de travail, quel qu'en soit le degré ; il doit bien plutôt démontrer si et dans quelle mesure les constatations qu'il a faites (tristesse, désespoir, manque de dynamisme, fatigue, troubles de la concentration et de l'attention, diminution de la capacité d'adaptation, etc.), limitent la capacité de travail, en tenant compte - à des fins de comparaison, de contrôle et de plausibilité - des autres activités personnelles, familiales et sociales de la personne requérant une rente. Si les experts s'acquittent de cette tâche de manière convaincante, en tenant compte des éléments de preuve établis par l'ATF 141 V 281, l'évaluation des répercussions de l'atteinte psychique sera également valable du point de vue des organes chargés de l'application du droit, que ce soit l'administration ou le juge. A défaut, il se justifie, juridiquement, de s'en écarter (ATF 145 V 361 consid. 4.3 et la référence).

c. En ce qui concerne l'évaluation du caractère invalidant des affections psychosomatiques et psychiques, l'appréciation de la capacité de travail par un médecin psychiatre est soumise à un contrôle (libre) des organes chargés de l'application du droit à la lumière de l'ATF 141 V 281 (ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_585/2019 du 3 juin 2020 consid. 2 et les références). Il peut ainsi arriver que les organes d'application du droit se distancient de l'évaluation médicale de la capacité de travail établie par l'expertise sans que celle-ci ne perde sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_128/2018 du 17 juillet 2018 consid. 2.2 et les références). Du point de vue juridique, il est même nécessaire de s'écarter de l'appréciation médicale de la capacité de travail si l'évaluation n'est pas suffisamment motivée et compréhensible au vu des indicateurs pertinents, ou n'est pas convaincante du point de vue des éléments de preuve instaurés par l'ATF 141 V 281. S'écarter de l'évaluation médicale est alors admissible, du point de vue juridique, sans que d'autres investigations médicales ne soient nécessaires (arrêt du Tribunal fédéral 9C_832/2019 du 6 mai 2020 consid. 2.2). Toutefois, lorsque l'administration ou le juge, au terme de son appréciation des preuves, parvient à la conclusion que le rapport d'expertise évalue la capacité de travail en fonction des critères de médecine des assurances établis dans l'ATF 141 V 281 et qu'il satisfait en outre aux exigences générales en matière de preuves (ATF 134 V 231 consid. 5.1), il a force probante et ses conclusions sur la capacité de travail doivent être suivies par les organes d'application de la loi. Une appréciation juridique parallèle libre en fonction de la grille d'évaluation normative et structurée ne doit pas être entreprise (cf. ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_213/2020 du 19 mai 2020 consid. 4.3 et les références).

En fin de compte, la question décisive est toujours celle des répercussions fonctionnelles d'un trouble. La preuve d'une incapacité de travail de longue durée et significative liée à l'état de santé ne peut être considérée comme rapportée que si, dans le cadre d'un examen global, les éléments de preuve pertinents donnent une image cohérente de l'existence de limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation invalidante de la capacité de travail n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_423/2019 du 7 février 2020 consid. 3.2.2 et les références).

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).

10. En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur les avis du SMR des 5 juillet 2017 et 29 janvier 2018 pour considérer que la capacité de travail du recourant était nulle dans son activité habituelle dès le 1er décembre 2011 mais totale dans une activité adaptée du 1er août 2012 au 31 janvier 2014, nulle du 1er février 2014 au 24 mai 2017, de 50 % du 25 mai 2017 au 24 novembre 2017 et totale dès le 25 novembre 2017. Il s'est référé, du point de vue somatique, à l'instruction menée par la SUVA et, du point de vue psychiatrique, à l'expertise du Dr N_____, tout en écartant le caractère incapacitant du diagnostic de syndrome somatoforme douloureux.

    Quant au recourant, il conteste l'exigibilité d'une capacité de travail, en raison de fortes douleurs et d'une grave dépression, en se prévalant des avis des Drs H_____ et L_____.

11. Du point de vue somatique, la chambre de céans a jugé le 20 novembre 2017 (ATAS/1042/2017) que le recourant était apte à exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 17 août 2015. L'argumentation retenue dans cet arrêt peut être reprise en l'espèce :

    Dans ses appréciations du 16 mars 2015 et du 23 septembre 2015 après examen du recourant, le Dr K_____ observe que celui-ci marche avec une boiterie d'épargne du membre inférieur gauche et se plaint de douleurs périmalléolaires à la cheville gauche, ainsi qu'à la rotation des deux poignets avec gêne à la conduite. Il diagnostique une arthrose post-traumatique de la cheville gauche. Il évalue la capacité de travail du recourant comme étant nulle dans son activité de chauffeur-livreur et de 100 % dans une activité adaptée alternant les positions debout et assise, sans port de charges supérieures à 10 kg, sans mouvements répétés de rotation des deux poignets, sans montée ou descente d'escaliers ou d'échelle et avec déplacements ponctuels. Ces appréciations se basent sur son examen clinique, les plaintes du recourant, ainsi que le dossier radiologique et médical. Par ailleurs, l'évaluation du Dr K_____ est confirmée tant par le rapport du Dr B_____ du 31 juillet 2015 qui fait état d'une bonne évolution des troubles et de la possibilité d'une reprise du travail à 100 % dans une activité adaptée, que par la Dresse O_____. En outre, ces appréciations tiennent compte d'éléments objectifs et sont complètes puisqu'elles se prononcent également sur la question du lien de causalité naturelle entre les troubles actuels et l'accident du 1er décembre 2011. Dans ses divers rapports, le Dr H_____ persiste à attester une incapacité de travail à 100 %. Dans son rapport du 4 février 2015, il mentionne la persistance prévisible d'un dommage en raison de l'arthropathie chronique de la cheville gauche et des poignets, ainsi que de la dépression à long terme. Il ne motive pas son appréciation et ne se prononce pas sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, bien qu'il semble considérer que ce dernier présente une incapacité de travail totale et permanente dans toute profession au regard des divers troubles dont il est atteint. Attendu que ce médecin ne fait pas état de nouvelles pathologies,

n'explique que très brièvement ses conclusions et que ses rapports ne contiennent pas de description clinique détaillée justifiant l'incapacité de travail retenue, ces derniers (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3a) ne sauraient mettre en doute les appréciations concordantes des autres médecins. Le recourant fait grief à l'appréciation du Dr K_____ de dater de plusieurs mois et de ne pas tenir compte de la détérioration globale de son état de santé avec le temps. Or, ladite appréciation repose sur ses examens des 5 mars 2015 et 23 septembre 2015 réalisés pour le dernier quatorze mois avant la décision du 21 novembre 2016, respectivement vingt mois avant la décision litigieuse. Etant donné que dans son dernier rapport du 24 novembre 2015, le Dr H_____ constate un état stationnaire avec un état algique sans changement par rapport à ses rapports précédents et que le recourant ne produit aucun rapport médical mentionnant une aggravation de son état de santé en lien avec les accidents assurés, force est de constater qu'il ne rend pas plausible une modification de son état de santé depuis le dernier examen du Dr K_____. Au demeurant, lors de son examen final du 23 septembre 2015, ce dernier avait invité le recourant à procéder dans les meilleurs délais à un bilan radiologique englobant les poignets et la cheville gauche, bilan auquel le recourant ne s'est apparemment pas soumis. En définitive, l'appréciation du Dr K_____ ne contient ni contradictions, ni défauts manifestes et remplit les critères jurisprudentiels qui permettent de reconnaître à un rapport médical pleine valeur probante. Par conséquent, la chambre de céans suivra ses conclusions, à savoir que le recourant présente une capacité de travail entière sans diminution de rendement dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenues.

Depuis cette appréciation, le recourant a seulement fourni, en audience du 25 mars 2019, un certificat médical du Dr H_____, lequel rappelle que, du point de vue somatique, le recourant peut se déplacer de façon limitée et doit alterner les positions. Cet avis n'apporte pas d'éléments nouveaux par rapport à l'appréciation effectuée par le Dr K_____ et n'est pas à même de remettre en cause celle-ci.

Au demeurant, une capacité de travail totale dès le 25 mai 2017, dans une activité adaptée, telle que retenue par l'intimé peut être confirmée du point de vue somatique. En l'état, une expertise judiciaire somatique n'est ainsi pas justifiée.

12. a. Du point de vue psychiatrique, la chambre de céans a ordonné une expertise judiciaire en considérant que celle du Dr N_____ du 25 mai 2017 n'emportait pas la conviction.

Fondé sur l'entier du dossier du recourant, des entretiens avec celui-ci, des renseignements donnés par les médecins traitants, comprenant une description des plaintes, une anamnèse complète, la description d'une journée type, un examen clinique, un diagnostic et des limitations fonctionnelles clairs ainsi qu'une discussion convaincante du cas, le rapport de l'experte judiciaire, ainsi que son complément, répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

Sur la base de ce rapport, il convient de retenir que le recourant présente, à tout le moins depuis mai 2017, un syndrome douloureux somatoforme persistant ainsi que des limitations fonctionnelles liées à la capacité de recevoir des consignes et de collaborer (dues à l'irritabilité), à la capacité d'initier une activité puis la maintenir (due à la lassitude) et à la capacité à se faire confiance pour s'acquitter d'une tâche (due à la baisse de l'estime de soi).

Au vu du diagnostic et des limitations fonctionnelles précitées, l'experte considère que la capacité de travail du recourant est limitée à 50 % dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

b. Il convient encore d'examiner si cette conclusion quant à une capacité de travail du recourant réduite à 50% peut être confirmée, en tenant compte des indicateurs pertinents (consid. 6 supra).

13. a. S'agissant tout d'abord des motifs d'exclusion, l'experte a écarté une tendance à l'exagération des plaintes et relevé que cette constatation n'avait pas été soulignée par l'ensemble des médecins intervenants ; le recourant avait exprimé sa douleur de façon verbale et non verbale mais sans théatralisme ; une exagération des symptômes ne saurait, dans ces conditions, être retenue ; en revanche, le recourant avait présenté une forme de discordance entre une attitude corporelle plutôt détendue et des plaintes et grimaces faciales, tout comme il avait montré un comportement passivo-oppositionnel qui n'était pas compréhensible et tranchait avec un comportement collaborant et poli. Dans la mesure où l'experte explique que ces comportements ne sont pas de réelles discordances, ils ne sauraient constituer, à eux seuls, un motif d'exclusion.

b. Concernant le complexe atteinte à la santé, l'experte a posé le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, en se référant aux douleurs présentées par le recourant, non entièrement expliquées par les atteintes somatiques. On peut ainsi déduire de ce diagnostic un degré de gravité suffisamment important de la maladie.

c. S'agissant du traitement, l'experte a relevé que la compliance était bonne pour le suivi psychothérapeutique et la prise de médicaments non psychotropes ; cependant certaines pistes médicamenteuses n'avaient pas été suffisamment explorées et le refus catégorique du recourant d'accepter une nouvelle proposition de traitement psychotrope, de type antidépresseur, utile pour son trouble, ne pouvait être complètement attribué à ses troubles psychiques, de sorte qu'on ne pouvait pas parler d'un échec de tous les traitements. Le critère de l'échec de tout traitement conforme aux règles de l'art ne peut, dans ces conditions, être retenu.

d. L'experte a fait état de l'absence de traits ou trouble de la personnalité. Il n'y a ainsi pas de facteur aggravant à ce titre. Certes, le recourant présente une comorbidité somatique puisque les atteintes au membre inférieur gauche et aux deux poignets entrainent des limitations fonctionnelles l'empêchant d'exercer son activité de chauffeur-livreur. En revanche, ces affections somatiques sont

compatibles avec une activité adaptée exercée à un taux de 100 %, de sorte que l'influence globale de ces affections ne saurait être considérée comme ayant un impact déterminant sur les ressources du recourant.

e. L'experte a mentionné des ressources psychiques faibles, un cercle d'amis restreint mais la présence de soutien et d'aide familiale, le recourant ayant par ailleurs gardé un rôle de chef de famille. Le contexte familial du recourant est ainsi à même de lui fournir des ressources.

f. Sur le plan de la cohérence, on ne saurait retenir une limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie ; en effet, bien que la description d'une journée-type démontre des limitations importantes dans les activités quotidiennes du recourant (sommeil perturbé, repos sur son canapé pendant la journée avec visionnement de la télévision sans arriver à se concentrer, quelques sorties accompagné de son épouse), il apparait aussi que le recourant conduit seul son véhicule tout en refusant de communiquer à l'experte la durée des trajets qu'il effectue ; il existe ainsi un doute sur les limitations fonctionnelles présentes dans sa vie privée. Par ailleurs, l'experte relève que l'altération du sommeil provient du fait que le recourant se repose toute la journée sur son canapé et n'est donc pas en lien direct avec l'affection présentée. L'experte a également mis en avant certaines contradictions chez le recourant, comme ne pas pouvoir rester longtemps assis et pouvoir conduire seul un véhicule, devoir se lever régulièrement et rester couché toute la journée sur un canapé, vivre une anxiété permanente sans signes objectivés à l'examen ; elle relève aussi des zone d'ombres et des atypies qui donnaient à penser que le recourant sous-estimait sa capacité de travail. Ces éléments démontrent ainsi un certain niveau d'incohérence, lequel est renforcé par l'absence d'échec de tous les traitements.

g. S'agissant enfin des limitations fonctionnelles retenues par l'experte judiciaire, on peut relever que l'irritabilité, même si elle s'est renforcée durant les dernières années, était déjà présente sous la forme d'un comportement impulsif, voire violent, du recourant sur le lieu de travail et sur le plan privé, ce dernier se qualifiant lui-même d'impulsif, bagarreur et volcanique. Or, même si l'experte a indiqué que l'irritabilité actuelle était d'un autre ordre et s'était étendue à d'autres situations, une forme d'irritabilité était déjà présente alors que le recourant exerçait une activité professionnelle à 100 %, ce qui diminue son impact sur la capacité de travail. Quant aux limitations fonctionnelles de lassitude et de baisse de l'estime de soi, elles sont également relativisées par le constat de l'experte judiciaire que le recourant sous-estime sa réelle capacité de travail et qu'il présente un manque de motivation, constaté déjà au moment de la tentative de réadaptation professionnelle.

14. Au vu de l'absence de l'échec de tout traitement et de comorbidité déterminante, de la présence de certaines ressources du recourant et de certaines incohérences, les limitations fonctionnelles retenues par l'experte ne sauraient conduire à l'admission d'une diminution de la capacité de travail du recourant.

Au demeurant, examinées à l'aune des indicateurs déterminants précités, les constatations de l'experte judiciaire ne permettent pas de reconnaître le caractère incapacitant du syndrome somatoforme douloureux.

Compte tenu des limitations fonctionnelles somatiques, admises par l'intimé, le recourant doit être reconnu capable d'exercer une activité adaptée, à un taux de 100 %, dès le 25 mai 2017, étant relevé que les incapacités de travail antérieures admises par l'intimé, ne sont pas contestées.

15. Partant, le recours ne peut qu'être rejeté.

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.- (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. Le rejette.
3. Laisse les frais de l'expertise judiciaire de CHF 6'000.-, à la charge de l'État.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
5. 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
Julia BARRY	Valérie MONTANI

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