

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3143/2018

ATAS/68/2019

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 29 janvier 2019

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENEVE

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1970, originaire du Portugal, divorcé, père d'un enfant né en 2002, titulaire d'une autorisation d'établissement C, a travaillé comme maçon en dernier lieu pour B_____ S.A. depuis 2008, en effectuant diverses missions temporaires.
2. Dès le 6 août 2013, l'assuré a été en arrêt de travail total attesté par le docteur C_____, médecine générale, depuis le 15 juillet 2013 ; il était alors employé comme maçon chez D_____ S.A. pour une durée de trois mois. L'assuré a perçu des indemnités journalières de la CSS assurances.
3. L'assuré a déposé le 23 mai 2014 une demande de prestations d'invalidité en raison d'une hernie discale.
4. Le 13 juin 2014, le Service de neurochirurgie des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG) a communiqué à l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) un compte rendu opératoire attestant d'une intervention du 11 mars 2014 (décompression sélective L4-L5 gauche).
5. Le 16 juillet 2014, le Dr C_____ a rempli un rapport médical AI attestant d'un canal étroit L3-L4 et L4-L5 et hernie discale opérée le 11 mars 2014. Il suivait l'assuré depuis le 8 août 2003 ; l'incapacité de travail était totale depuis le 6 août 2013 ; un essai de reprise de travail était prévu en août – septembre ; il fallait éviter les efforts du dos.
6. Le 30 mai 2014, le Service de neurochirurgie des HUG a attesté d'une évolution favorable avec douleurs persistantes mais seulement intermittentes dans le territoire L5 à gauche.
7. Le 22 juillet 2014, un rapport d'évaluation de l'OAI mentionne une évolution médicale à suivre.
8. Le 25 juillet 2014, le Dr C_____ a indiqué des douleurs résiduelles aux mouvements et efforts ; la capacité de travail était nulle comme maçon mais totale dans une activité adaptée, sans travaux lourds.
9. Le 1^{er} septembre 2014, le mandat IP a été clôt, l'assuré ayant déclaré une recrudescence des douleurs et, par communication du 20 octobre 2014, des mesures professionnelles ont été considérées comme non indiquées.
10. Le 8 septembre 2014, le Dr C_____ a rempli un rapport médical à l'intention de la CSS assurances, attestant de douleurs persistantes et d'une raideur rachidienne ; l'incapacité de travail était totale.
11. Le 31 octobre 2014, l'assuré a été opéré aux HUG d'une volumineuse récidive de hernie discale L4-L5 gauche, en conflit disco-radriculaire, luxée vers le bas.
12. Le 3 février 2015, le Service de neurochirurgie des HUG a relevé que l'assuré allait de moins en moins bien avec des douleurs au niveau du dos et un sommeil perturbé ; une IRM était programmée.

13. Le 23 mars 2015, le Service de neurochirurgie des HUG a attesté d'une opération d'une récurrence de hernie discale le 31 octobre 2014 et un lumbago persistant avec nouvelle exacerbation d'une lombosciatalgie L5 à gauche ; une IRM du 12 mars 2015 montrait encore une hernie discale L4-L5 avec compression de la racine L5 à gauche, de sorte qu'une nouvelle intervention était proposée.
14. Le 31 mars 2015, la docteure E_____, FMH médecine physique et rééducation, qui a repris le suivi du Dr C_____, a rempli un rapport médical AI attestant d'une incapacité de travail totale de l'assuré dans toute activité. Il ne pouvait effectuer aucun travail de force et station immobile longue, marches prolongées et port de charges ; il présentait une récurrence des mêmes douleurs (lombalgies et radiculalgies L5 gauche) avec une radiculalgie gauche S1. L'assuré avait présenté des lombalgies depuis 2003, avec une première opération le 11 avril 2005 L5-S1, puis une seconde en avril 2014 et une troisième en octobre 2014 ; une fixation L4-L5-S1 était envisagée par les neurochirurgiens.
15. Le 21 mai 2015, l'assuré a été opéré aux HUG en raison d'un diagnostic de lumbago et nouvelle exacerbation d'une lombosciatalgie S1 droite et L5 gauche, suite à une troisième récurrence de hernie discale L4-L5 gauche avec discopathie L4-L5 sévère, sténose récessale L5 et foraminale L4 à droite. Une fixation par mini-open TLIF a été effectuée.
16. Le 25 juin 2015, le Service de neurochirurgie des HUG a attesté d'une évolution qui n'était pas encore favorable, avec une légère boiterie et des douleurs irradiant dans la jambe gauche ; une IRM et un ENMG étaient programmés.
17. Le 2 juillet 2015, l'ENMG a conclu que l'examen ne montrait pas de signes de dénervation aiguë dans les myotomes L3-S1 à gauche, ce qui parlait contre une lésion radiculaire à ces niveaux surtout la racine L5 à gauche. L'origine de la symptomatologie était séquellaire d'une lésion de la racine postérieure (sensitif) L5 et probablement associé à une nouvelle composante de souffrance radiculaire à gauche de type irritatif dans le cadre de la fibrose.
18. Le 30 juillet 2015, le Service de neurochirurgie des HUG a constaté une persistance des lombalgies et des lombosciatalgies L5 à gauche ; un bilan était requis ; le 1^{er} septembre 2015, il a indiqué qu'une IRM lombaire du 4 août 2015 montrait une bonne intégration de la cage intersomatique, avec la présence d'une fibrose périradiculaire L5 à gauche. Le 7 septembre 2015, l'assuré avait bénéficié d'une infiltration périradiculaire L5 gauche sans effet thérapeutique, une consultation au centre de la douleur était demandée le 30 septembre 2015.
19. Le 6 octobre 2015, le Service de neurochirurgie des HUG a attesté d'une évolution pas favorable et de limitations fonctionnelles qui devraient faire l'objet d'une évaluation indépendante.
20. Le 27 novembre 2015, le centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG a rendu un rapport, selon lequel la symptomatologie présentée par l'assuré évoquait très clairement un « failed-back syndrome » avec

lombosciatalgies gauches L4-L5, dans un contexte de trois opérations du rachis consécutives entre 2014 et 2015 et persistances de douleurs identiques. En accord avec les spécialistes en anesthésiologie interventionnelle et les chirurgiens du rachis présents, ils proposaient une infiltration péri-radiculaire au niveau S1. Une nouvelle reprise chirurgicale serait à discuter avec beaucoup de prudence avec leurs collègues orthopédiques spécialistes du rachis en cas d'inefficacité de ce dernier geste.

21. Le 18 janvier 2016, la Dre E_____ a indiqué une mauvaise évolution, avec persistance de lombosciatalgies, avec une pathologie tibio astragalienne droite et arthrite goutteuse du genou droit ; l'assuré était limité dans ses déplacements, boiterie antalgique droite, station debout prolongée impossible, station assise prolongée impossible. La capacité de travail était nulle dans toute activité physique, notamment travail de chantier (maçon) et une réadaptation lui paraissait exclue.
22. Le 13 juin 2016, le SMR a estimé qu'une expertise neurochirurgicale était nécessaire.
23. Le 27 janvier 2017, les docteurs F_____, médecin interne, et G_____, chef de clinique dans le service de neurochirurgie des HUG, ont rendu, à la demande de l'OAI, une expertise. Ils ont posé les diagnostics de lombosciatalgies récidivantes et chroniques, suivies depuis 2004 et traitée à quatre reprises chirurgicalement avec :
Le 11 avril 2005 : Microdiscectomie L5-S1 droite. Le 11 mars 2014 : Décompensation sélective L4-L5 gauche. Le 31 octobre 2014 : Reprise chirurgicale et séquestrectomie L4-L5 gauche, récessotomie et foraminotomie. Le 21 mai 2015 : Mini open TLIF L4-L5 gauche. Hyperuricémie favorisée par des excès alimentaires avec crise d'arthrite goutteuse du genou droit à plusieurs reprises et essai de traitement divers : AINS, colchicine, récemment Prednisone, très efficace en quelques jours. Lésion du ménisque externe du genou droit en 2015 et altération cartilagineuse du plateau tibial. En 2015, nécrose de la partie médiane de l'astragale de la cheville droite. BPCO anamnestique.

Il existait des facteurs de risque pour une interaction des douleurs, avec notamment des antécédents d'hospitalisation en milieu psychiatrique, où un diagnostic trouble de la personnalité type Borderline avait été évoqué. Les antécédents de dépendance à l'alcool ainsi que l'état thymique de l'assuré pouvaient effectivement interférer sur le ressenti douloureux de l'assuré.

L'assuré se sentait fatigué et impotent fonctionnel et ne pouvait travailler de manière efficace une journée entière dans son précédent travail de maçon sans avoir mal. La diminution du périmètre de marche et les douleurs liées à cette lombosciatalgie le contraignaient physiquement. Les aptitudes de l'assuré étaient limitées ; on ne voyait pas dans quelle activité cet assuré d'origine portugaise pouvait encore envisager de travailler. Il parlait peu français, l'écrivait à minima avec un langage pauvre, et toute activité physique avec déplacement, marche prolongée ou port de charge paraissait difficile. Le seul emploi envisageable serait

un travail de bureau assis, partiel. Les incapacités de travail avaient débuté depuis 2004, avec des incapacités partielles, à 100 % et une incapacité de travail majeure et depuis le 6 août 2013 avec une incapacité également à 100 % jusqu'à maintenant. L'assuré était au bénéfice d'une rente auprès de l'Hospice Général. L'évolution de sa capacité de travail dans son activité professionnelle semblait compliquée. Les limitations fonctionnelles étaient essentiellement physiques : périmètre de marche diminué à 300 mètres environ, régulier. Lombosciatalgies avec une hypoesthésie du membre inférieur gauche pouvant altérer la proprioception. Lombalgies chroniques avec impotence au port de charge. Mental : l'assuré présentait des difficultés à gérer sa thymie et des difficultés de motivation qui pouvaient être difficilement compatibles avec un travail régulier. Social : difficultés dans les tâches administratives quotidiennes, se faisait aider par sa sœur et les services sociaux. Difficultés financières pour entreprendre une formation. Manque d'entourage.

24. Le 4 avril 2017, la Dre E_____ a écrit à l'OAI que l'assuré présentait une fibrose périradiculaire et un failed back syndrome avec un arrêt de travail total depuis le 6 août 2013. Il était polymédiqué : AINS ; protecteurs gastriques, antiépileptique (Lyrica) avec une somnolence diurne induite, antalgique de type paracétamol et prednisone en réserve pour traiter spécifiquement les crises de goutte itératives des deux genoux en alternance. Les divers traitements : infiltrations, physiothérapie n'avaient pas apporté d'effet positif. Elle s'opposait à une possible reprise de travail à temps partiel, compte tenu de ce qui précédait et du fait que la marche était limitée à 50 mètres avec arrêt lié aux lombosciatalgies, la station assise impossible au-delà de trente minutes, les nuits perturbées par de multiples réveils et une certaine somnolence diurne induite par le traitement médicamenteux. Si réellement une évaluation de sa capacité de travail résiduelle était indiquée, elle demandait une évaluation objective lors d'un stage de réorientation professionnelle.
25. A la demande du SMR, les experts F_____ et G_____ ont rendu un complément d'expertise le 25 avril 2017, précisant que la diminution physique liée à la lombosciatalgie et à la limitation du périmètre de marche entravait l'activité de maçon et que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 75 %.
26. Le 15 mai 2017, la Dre E_____ a écrit à l'OAI en contestant la capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée et a insisté pour que soit effectué un stage d'observation professionnelle.
27. Le 19 juin 2017, le SMR a retenu les diagnostics de lombosciatalgies, status post arthrite goutteuse du genou droit et gonarthrose droite, status post nécrose médiane de l'astragale ; la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis août 2013 ; l'aptitude à la réadaptation existait depuis décembre 2015, soit six mois après la dernière intervention chirurgicale. Les limitations étaient : pas de travail exclusivement en marchant, alterner les positions assis-debout, par de port de charges, pas de position accroupie ou à genoux, pas d'emploi d'échelles ou d'échafaudages, pas de mobilisations du rachis lombaire. Il n'avait pas été possible d'obtenir une capacité de travail de la part des spécialistes en charge de l'assuré.

Pour cette raison, le SMR proposait que celle-ci soit évaluée lors d'une mise en situation.

28. Par communication du 6 octobre 2017, l'OAI a pris en charge une observation professionnelle de l'assuré du 13 novembre au 10 décembre 2017 aux EPI.
29. Le 15 novembre 2017, la Dre E_____ a attesté de la cessation du stage EPI en raison d'une récurrence d'une très forte lombosciatalgie ; l'assuré était en incapacité de travail à 100 %.
30. Le 18 novembre 2017, les EPI ont clôt le mandat, en relevant que le docteur H_____ avait confirmé la nécessité d'arrêter la mesure suite à l'impossibilité de l'assuré de suivre un stage dans de bonnes conditions.
31. Selon une note téléphonique de l'OAI du 20 novembre 2017, la Dre E_____ a relevé que l'assuré avait ressenti d'atroces douleurs dès le début du stage.
32. Le 30 novembre 2017, le SMR a estimé que des conclusions ne pouvaient être tirées du stage COPAI d'un jour et demi et qu'il convenait de s'en tenir à l'appréciation des experts, de sorte que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle depuis le 6 août 2013 et de 75 % dans une activité adaptée depuis le 1^{er} décembre 2015. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : douleurs lombaires avec altération de la sensibilité profonde du membre inférieur gauche et diminution du périmètre de marche : pas d'activité à forte contrainte physique, pas de marche prolongée au-delà de 200 mètres, pas de station debout ou assise prolongée, pas de position accroupie ni à genoux, pas de port de charges, pas de travail en hauteur sur échelle ou échafaudage, pas d'utilisation répétée d'escaliers, pas de travail en porte-à-faux lombaire ni de mouvement de flexion-extension répétée du tronc. Préférer une activité légère et sédentaire, effectuée principalement en position assise et respectant une alternance des positions.
33. Le 4 décembre 2017, le Dr H_____ a indiqué qu'à l'examen clinique, lors de la visite d'entrée de cet assuré, il avait déjà été frappé par les troubles aigus présentés qui le laissait très sceptique par rapport à la possibilité d'effectuer un stage d'observation dans de bonnes conditions. Une reconvoication était évidemment possible, mais il doutait qu'elle permette d'aller plus loin. Une conclusion après expertise ou sur dossier lui paraissait plus réaliste.
34. Le 19 janvier 2018, l'OAI a fixé le degré d'invalidité de l'assuré à 36,1 %, sur la base d'un revenu en 2015, sans invalidité de CHF 70'411.- et un revenu d'invalidité de CHF 44'977.- (selon l'ESS 2014, TA1, homme, total, niveau d'activité 1, pour une durée hebdomadaire de travail de 41,7 heures, à 75 %, avec une déduction de 10 %).
35. Le 19 janvier 2018, le rapport final MOP a conclu au constat que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, ce d'autant que la Dre E_____ avait confirmé le même jour l'incapacité de travail totale de l'assuré.

36. Par projet de décision du 31 janvier 2018, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2014 au 29 février 2016. Dès le 1^{er} décembre 2015, le degré d'invalidité de l'assuré était de 36 %.
37. Le 23 février 2018, la Dre E_____ a écrit à l'OAI qu'elle espérait une reconsidération de la capacité de travail de l'assuré suite à sa récente hospitalisation. Elle a communiqué à l'OAI :
- Un résumé de séjour de l'assuré dans le service des urgences le 19 février 2018 en raison d'une impotence fonctionnelle et troubles à la marche suite à une chute de l'assuré ; celui-ci était transféré en neurochirurgie.
 - Un compte rendu opératoire du Service de neurochirurgie des HUG attestant d'une intervention en urgence le 20 février 2018 en raison d'une volumineuse hernie discale paramédiane droite en L3-L4.
38. Le 21 mars 2018, le SMR a estimé que la cinquième intervention chirurgicale allait justifier une incapacité de travail totale durant quelques semaines seulement, le temps d'obtenir une bonne consolidation osseuse, mais, sauf complications majeures, elle n'entraînerait pas d'incapacité de travail durable dans une activité adaptée. Cette récurrence de hernie s'inscrivait directement dans le cadre de l'atteinte initiale de lombosciatalgies chroniques, dont il avait été tenu compte pour définir les limitations fonctionnelles et fixer l'exigibilité résiduelle. Ces nouveaux éléments n'étaient donc pas susceptibles de modifier les conclusions du SMR du 30 novembre 2017, qui restaient valables.
39. Par décision du 15 août 2018, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2014 au 29 février 2016.
40. Le 20 août 2018, la Dre E_____ a écrit à l'OAI que la décision de refus de rente et de capacité de travail de 75 % était inacceptable ; elle avait conseillé à l'assuré de s'y opposer ; la décision basée sur une expertise de novembre 2016, avec complément en avril 2017, était aberrante et elle avait demandé un stage de réorientation professionnelle dès le 13 novembre avec échec et reprise de l'arrêt de travail dès le 15 novembre. Le service médical, qui ne se donnait pas la peine d'examiner les patients, avait par ailleurs fait totalement abstraction de la dernière opération subie par l'assuré le 20 février 2018, avec comme conséquence un pied tombant à droite ayant justifié un EMG et plusieurs consultations. Elle s'opposait également à cette décision et demandait que soit réalisée une nouvelle expertise par un service médical indépendant (la première expertise ayant été confiée au service de neurochirurgie des HUG).
41. Un ENMG du 27 mars 2018 a conclu à une perte axonale sévère et quasi complète du nerf fibulaire su pédieux et jambier antérieur, très probablement liée à une atteinte radiculaire L5 à droite. Il existait également une atteinte radiculaire moins importante et modérée de la racine L4 à droite, une suspicion d'atteinte radiculaire S1 à droite au vu de l'absence des réflexes achilléens à droite. Cette atteinte de la racine S1 à droite se situait plus sur les fibres sensibles en amont des ganglions

sensitifs à droite. A gauche, il existait des signes de dénervation aiguë dans les territoires radiculaires à L4-L5 à gauche et active actuellement, chez cet assuré qui présentait la persistance et l'aggravation des lombosciatalgies à gauche. Ces lombosciatalgies et les signes de dénervation aiguë leur faisaient suspecter la poursuite d'une souffrance radiculaire à L4-L5 à gauche au vu de la présence des signes de dénervation aiguë dans les territoires radiculaires à L4-L5 à gauche. Il était, important de compléter le bilan par une imagerie lombaire de contrôle, une IRM au scanner de contrôle en fonction du matériel mis en place, si cela n'avait pas été fait.

42. Le 19 avril 2018, le Service de neurochirurgie des HUG a relevé des douleurs améliorées, malgré un pied tombant et des douleurs chroniques au niveau lombaire ; le 24 mai 2018 il a relevé qu'une IRM du 30 avril 2018 ne montrait aucune compression des nerfs ; l'assuré marchait avec une forte boiterie, présentait un pied tombant et des douleurs au niveau de la cheville ; une fibrose post-opératoire était évoquée en L4 gauche et aussi en L5 gauche.
43. Le 13 septembre 2018, l'assuré a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de l'OAI du 15 août 2018, en faisant valoir que la capacité de travail de 75 % était illusoire, que sa santé empirait depuis 2013, avec des opérations successives sans succès et, depuis, un pied tombant. Son droit à la rente devait être revu, avec, au besoin, l'ordonnance d'une expertise indépendante.
44. Le 4 octobre 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours en relevant que la Dre E_____ s'opposait aux conclusions des experts, probablement en raison du mandat thérapeutique qui la liait à l'assuré, sans apporter d'éléments objectifs nouveaux.
45. Le 10 décembre 2018, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

Le recourant a déclaré : « Mon état de santé ne va pas, je n'arrive plus à remonter mon pied qui tombe malgré la physiothérapie que je fais trois fois par semaine. J'ai tout le temps mal au dos et je dois toujours marcher avec les cannes. Après trente mètres j'ai des douleurs qui me remontent dans la jambe droite jusqu'au dos. L'opération de février 2018 n'a pas amélioré la situation, en raison de mon pied tombant je dois porter en permanence une attelle. Je prends quotidiennement des antidouleurs, trois comprimés trois fois par jour. Je prends également des médicaments pour dormir tous les soirs. Je ne connaissais pas les médecins qui m'ont expertisé, ils m'ont fait faire un peu de gymnastique et ont conclu que je pouvais travailler à 75 % dans un autre métier que maçon. J'ai ensuite débuté un stage aux EPI mais j'ai dû arrêter en raison des douleurs. Je vois la Dre E_____ une fois par mois, elle me signe des arrêts maladie que je remets ensuite à l'Hospice général. Je ne suis pas suivi par un psychologue ou un psychiatre. Je me fais à

manger ainsi que mon ménage. Toutefois je fais ce dernier lentement, quand je passe l'aspirateur pendant 10 min je dois ensuite m'allonger.

Je relève que le médecin qui m'a récemment fait une pique dans le pied, je pense qu'il s'agit d'un radiologue, a réagi quand je lui ai dit que l'AI m'estimait capable de travailler à 75 %, en disant que ce n'était pas possible.

J'ai arrêté complètement de boire de l'alcool en 2013 car je dois prendre beaucoup de médicaments ».

La représentante de l'intimé a déclaré : « Vous me demandez pourquoi le service de neurochirurgie des HUG, qui s'est occupé du recourant, a été mandaté pour l'expertise. Je n'ai pas de réponse. Je pense que c'est une erreur.

Vous indiquez qu'il manque une rubrique plaintes dans le questionnaire de l'OAI pour l'expert. Je ne sais pas exactement qui s'est occupé d'effectuer ce questionnaire type d'expertise ».

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985, LPA - E 5 10).
4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité au-delà du 29 février 2016, singulièrement sur son taux de capacité de travail dans une activité adaptée.
5. Conformément aux art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du

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

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

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

6. Selon 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. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.
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. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).
- b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de

manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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).

c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

d. 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).

e. 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. Etant 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).

f. Une expertise sur pièces n'apporte pas d'élément décisif s'agissant d'une atteinte à la santé psychique, dont les effets sur la capacité de travail impliquent un examen personnel de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 455/06 du 22 janvier 2007 consid. 6.2). Les expertises psychiatriques sur dossier ne sont admissibles qu'à titre exceptionnel, et seulement lorsque l'intéressé a déjà fait l'objet d'une ou plusieurs expertises, lesquelles doivent de surcroît être récentes et qu'aucune modification essentielle (identité du tableau clinique) n'est intervenue depuis. Une expertise sur dossier peut aussi être envisagée lorsque la personne à examiner n'est que difficilement atteignable ou refuse de se soumettre à l'examen. C'est à l'expert de déterminer si son mandat est réalisable dans de telles conditions (ATF 127 I 54 consid. 2f).

g. Un rapport du SMR (art. 49 al. 3 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier 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 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Il ne pose pas de nouvelles conclusions médicales mais porte une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, il ne doit pas remplir les mêmes exigences au niveau de son contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche lui dénier toute valeur probante. Il a notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1).

h. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. 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 n° 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).

i. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4).

8. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).
9. a. 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). 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).
- b. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de

recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical ou lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

10. En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPG, ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (cf. RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328; arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). Cependant, là encore, le caractère irréaliste des possibilités de travail doit découler de l'atteinte à la santé - puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPG) - et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels totalement étrangers à l'invalidité (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015, op. cit., consid. 4.2 et 9C_602/2015, op. cit., consid. 6.1).

D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une

rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence).

11. En l'occurrence, le rapport d'expertise des Drs F_____ et G_____ du 27 janvier 2017 et son complément du 25 avril 2017 n'emportent pas la conviction. Il atteste d'une capacité de travail du recourant de 75 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (périmètre de marche limité à 300 mètres, lombosciatalgie limitant la proprioception, impotence au port de charge), soit avec peu de contraintes physiques. Or, la Dre E_____ a relevé un diagnostic de fibrose périradiculaire et failed back syndrome (rapport du 4 avril 2017) qui n'est pas mentionné par les experts ; la fibrose périradiculaire L5 à gauche avait d'ailleurs déjà été attestée par le service de neurochirurgie des HUG le 30 juillet 2015 et le failed back syndrome par le centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG le 27 novembre 2015. Quant aux limitations fonctionnelles, elles sont attestées de façon plus importante par la Dre E_____, laquelle relève que la marche est limitée à 50 mètres, la station assise impossible au-delà de trente minutes et que le recourant présente une somnolence diurne due au traitement médicamenteux. S'agissant enfin de la capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée, la Dre E_____ l'a fermement contestée, en considérant qu'elle était totalement inacceptable et aberrante, ce d'autant que les conséquences de la dernière opération de février 2018, notamment un pied tombant à droite, n'avaient pas été prises en compte (rapport du 20 août 2018).

Les rapports médicaux de la Dre E_____ sont à même de mettre en doute les conclusions de l'expertise des Drs F_____ et G_____.

Au surplus, celle-ci ne contient pas un chapitre relevant les plaintes du recourant et a été curieusement réalisée, sur mandat de l'intimé, par le service qui a pris en charge les interventions chirurgicales et les traitements du recourant.

Au vu de ce qui précède, il se justifie d'ordonner une expertise judiciaire neurochirurgicale, laquelle sera confiée aux docteurs I_____, FMH neurochirurgie, et J_____, du Service de neurochirurgie du CHUV, à Lausanne.

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

Préparatoirement :

- I. Ordonne une expertise médicale. La confie aux docteurs I_____, FMH neurochirurgie, et J_____, du Service de neurochirurgie du CHUV, à Lausanne. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
- A. Prendre connaissance du dossier de la cause.
 - B. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assuré, notamment la Dre E_____.
 - C. Examiner l'assuré.
 - D. Etablir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :
 - 1. **Anamnèse détaillée**
 - 2. **Plaintes de l'assuré**
 - 3. **Status et constatations objectives**
 - 4. **Diagnostics**
 - 4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail
 - 4.1.1 Dates d'apparition
 - 4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail
 - 4.2.2 Dates d'apparition
 - 5. **Limitations fonctionnelles**
 - 5.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic
 - 5.1.2 Date d'apparition
 - 6. **Capacité de travail**
 - 6.1 L'assuré est-il capable d'exercer son ancienne activité lucrative ?
 - 6.1.2 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
 - 6.1.3 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite/ nulle ?
 - 6.2 L'assuré est-il capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?
 - 6.2.1 Si non ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

- 6.2.2 Si oui, quelle activité lucrative ? A quel taux ? Depuis quelle date ?
- 6.3 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?
- 6.4 Comment la capacité de travail de l'assuré a-t-elle évolué depuis août 2013 ?
- 6.5 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?
- 6.6 En particulier, l'état de santé de l'assuré s'est-il détérioré depuis l'intervention chirurgicale du 20 février 2018 ? Si oui, de quelle manière ? L'assuré présente-t-il de nouvelles limitations fonctionnelles ?
7. **Traitement**
- 7.1 Examen du traitement suivi par l'assuré et analyse de son adéquation.
- 7.2 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de l'assuré
8. **Appréciation des avis médicaux du dossier**
- 8.1 Etes-vous d'accord avec l'expertise des Drs F_____ et G_____ du 27 janvier 2017, complétée le 25 avril 2017 ? En particulier avec les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée depuis le 1^{er} décembre 2015 ? Si non, pourquoi ?
- 8.2 Etes-vous d'accord avec les avis de la Dre E_____ des 18 janvier 2016, 4 avril 2017, 15 mai 2017 et 20 août 2018 ? En particulier avec les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail nulle dans toute activité ? Si non, pourquoi ?
9. **Quel est le pronostic ?**
10. Des **mesures de réadaptation professionnelle** sont-elles envisageables ?
11. Faire toutes autres **observations ou suggestions** utiles.

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

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux par le greffe le