



## **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1959 au Kosovo, marié et père de trois enfants désormais adultes, est arrivé en Suisse en décembre 1991. Titulaire d'un diplôme d'économiste obtenu en 1982, il a travaillé en qualité de carreleur auprès de deux employeurs successifs depuis 1993. Durant son emploi de carreleur auprès de l'entreprise B\_\_\_\_\_ SA, il a obtenu un certificat fédéral de capacité de carreleur en 1998.
2. Le 9 avril 1999, il a été victime d'un accident de la circulation au guidon d'un scooter. Il n'a depuis lors plus exercé aucune activité professionnelle.
3. Le 27 novembre 2000, il a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) en invoquant de multiples douleurs à la tête, à la nuque, au dos, au bras, aux poignets, aux genoux et aux chevilles.
4. Le 27 avril 2005, alors que son dossier était en cours d'instruction, l'assuré a été victime d'un second accident de la circulation au guidon de son scooter, ayant eu pour conséquences un traumatisme crânien et facial, des contusions aux jambes, à l'épaule et au poignet droits.
5. Par décision du 10 novembre 2005, l'OAI lui a reconnu le droit à un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> avril 2000, puis, sur opposition, par décision du 22 avril 2010, une demi-rente d'invalidité dès le 9 avril 2000, sur la base d'un taux d'invalidité de 56%.

A l'issue de son instruction, l'OAI a en effet retenu une capacité de travail de 75% avec une diminution de rendement de 20% dans une activité adaptée.

Les revenus avant et après invalidité s'élevaient à CHF 64'234.-, respectivement CHF 28'376.-.

En raison de l'absence de motivation de l'assuré durant le stage mis en place en juin 2009, aucune autre mesure d'ordre professionnel n'était envisagée.

L'instruction menée par l'OAI avait permis de recueillir, notamment, les éléments suivants :

- un rapport de stage d'observation professionnelle du 3 au 30 janvier 2005, concluant que les capacités physiques de l'assuré étaient théoriquement compatibles avec un emploi léger dans le circuit économique normal ; un rendement de 70%, dans une activité légère exercée à temps partiel, soit six heures par jour, était exigible ; on ne pouvait exclure même une capacité supérieure près une période de formation, pour autant que le poste de travail respectât les limitations fonctionnelles ;

- un document des maîtres de stage précisant que si un comportement démonstratif avait effectivement été observé, le temps de travail et les rendements retenus dans les conclusions tenaient compte des limitations physiques objectivées ; un taux d'occupation supérieur à six heures par jour n'était pas exclu ;
- un avis émis le 31 août 2005 par le docteur C\_\_\_\_\_, neurochirurgien, indiquant que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé suite au second accident ;
- un rapport du 6 juin 2006 du docteur D\_\_\_\_\_, chef de clinique au Service oto-rhino-laryngologie (ORL) et chirurgie maxillo-faciale des Hôpitaux universitaires du canton de Genève (HUG), indiquant qu'hormis quelques troubles de la localisation spatiale du son et quelques douleurs, l'activité habituelle était encore exigible, à condition d'éviter un environnement bruyant ;
- un rapport du Centre d'expertise médicale (CEMed) plus particulièrement des docteurs E\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique, réadaptation et médecine du sport, F\_\_\_\_\_, neurologue et G\_\_\_\_\_, psychiatre, daté du 30 janvier 2009, retenant à titre de diagnostics : une capsulite rétractile de l'épaule droite, avec status post-acromioplastie et réparation tendineuse en janvier 2007 et des gonalgies bilatérales sur syndrome fémoro-patellaire bilatéral et chondrite du condyle fémoral interne du genou droit et tendinopathie du tenseur du fascia lata du genou droit ; étaient également mentionnés en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : un trouble somatoforme indifférencié, un trouble dépressif récurrent en rémission, une arthrose tibio-astragaliennne bilatérale légère à modérée prédominant à gauche, une cervico-scapulalgie diffuse après deux contusions cervicales, une discrète tendinopathie du sus-épineux de l'épaule gauche, une hypoacousie droite post-traumatique, un acouphène persistant depuis 2005, des lombalgies sur discopathie dégénérative protrusive L5-S1, une fasciite plantaire droite débutante, une arthrose débutante des deux mains et une tendinopathie légère du tendon du muscle fléchisseur cubital du carpe au poignet gauche ; l'atteinte de l'épaule limitait fortement les activités du membre supérieur droit et excluait les activités nécessitant de la force, les gestes répétitifs et le port de charges ; l'atteinte aux genoux limitait les positions accroupie ou agenouillée, ainsi que les déplacements sur terrains en pente ou irréguliers ; l'atteinte du rachis cervical et lombaire limitait le port de charges et les positions statiques prolongées plus de trente minutes d'affilée, ainsi que les positions penchées en avant ; la capacité à exercer l'activité de carreur était nulle depuis l'accident du 9 avril 1999 ; des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables, mais l'image d'invalidé que l'assuré avait de lui-même et son attitude revendicatrice risquaient de rendre la réadaptation difficile ; une autre

activité était exigible théoriquement six heures par jour, pour autant que les limitations décrites fussent strictement respectées ; la diminution de rendement s'expliquait principalement par l'atteinte à l'épaule droite et les contractures musculaires de la ceinture scapulaire, d'origine mixte, le tableau clinique étant aggravé par les autres atteintes, qui, même si elles ne limitaient pas la capacité de travail lorsqu'elles étaient prises isolément, entraînaient un abaissement du seuil douloureux ; il y avait, de plus, une diminution de rendement de l'ordre de 20 %, en raison des pauses nécessaires pour soulager les douleurs ; il existait plusieurs atteintes physiques objectivables, qui n'expliquaient cependant pas l'ampleur des plaintes de l'assuré ; au plan psychiatrique, l'expert a relevé que l'assuré n'était pas compliant au traitement et qu'il ne l'avait pas convaincu, au vu de son comportement peu symptomatique durant l'entretien et de ses bonnes capacités sociales ; l'expert suspectait un phénomène de majoration ; l'assuré ne présentait pas de trouble de l'humeur et il n'y avait pas même lieu de retenir une dysthymie ; l'épisode dépressif léger traversé en 2002 était en rémission ; c'est pourquoi l'expert a retenu au premier plan un trouble somatoforme indifférencié ; quant à l'examen neurologique, il avait révélé une discrète hyporéflexie rotulienne droite et aquilienne gauche et une aréflexie aquilienne droite ;

- le rapport établi suite à un nouveau stage d'observation professionnelle de quatre semaines débuté le 8 juin 2009 auprès des Etablissements publics pour l'intégration (EPI), relatant que le stage avait été interrompu par le docteur H\_\_\_\_\_ en date du 28 juin 2009 « en raison de l'inutilité complète de poursuivre une démarche vouée à l'échec » en raison de l'attitude générale de l'assuré, convaincu de son impossibilité totale à exercer une quelconque activité et de sa conviction profonde d'être victime d'une injustice criante ; le médecin conseil disait avoir peine à croire que la composante psychiatrique fût aussi bénigne que ce qu'avaient retenu les experts ; dans ce contexte, une reprise d'activité n'avait aucune chance d'aboutir et aucune proposition concrète ne pouvait être faite ; l'assuré était décrit comme très démonstratif et complètement centré sur ses douleurs ; il alternait les positions environ toutes les dix à quinze minutes, ne pouvait travailler penché, surélevait le plan de travail, portait par intermittence une minerve, s'allongeait sur un banc pendant vingt minutes durant la pause ; la mobilité des jambes était bonne et il se déplaçait d'un pas sportif et léger, sans boiterie, ni perte d'équilibre, à l'extérieur, lorsqu'il avait quitté l'atelier, alors qu'à l'intérieur de celui-ci, il se déplaçait avec une extrême lenteur, comme un automate ; l'assuré tentait de ne tourner ni la tête, ni le torse ; en salle de théorie, il restait assis jusqu'à quarante-cinq minutes ; le rythme de travail était très lent et, malgré les stimulations, il ne faisait aucun effort pour accélérer ; indépendamment du type d'activité, son rendement se situait à 40% ; en conclusion, les capacités physiques de l'assuré n'étaient

pas compatibles avec un emploi dans le circuit économique normal, son hyper-démonstrativité, sa focalisation sur ses douleurs, ses alternances de positions continues, ses rendements très faibles et son manque d'intérêt pour toute activité le rendant « implaçable ».

6. Saisi d'un recours de l'assuré, la Cour de céans l'a rejeté en date du 18 octobre 2011 (ATAS/973/2011).

Cet arrêt a été confirmé par le Tribunal fédéral en date du 17 juillet 2012 (arrêt 9C\_874/2011).

7. Le 9 septembre 2014, l'assuré, qui circulait au guidon de son scooter, a chuté après avoir été heurté latéralement par un automobiliste qui obliquait à droite.
8. Le 22 juin 2015, il a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, qui l'a rejeté par décision du 5 décembre 2016 au motif que l'état de santé de l'assuré était resté globalement le même que celui qui prévalait en 2012.

Cette décision a été rendue à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir, notamment :

- un rapport du 9 septembre 2014 du docteur I\_\_\_\_\_, médecin interne au Service des urgences des HUG, expliquant que, lors de l'accident du même jour, l'assuré avait subi un impact au niveau du coude, du genou et de la cheville gauches, suivi d'une chute sur le bas du dos, sans traumatisme crânien, ni perte de connaissance ; l'assuré s'était relevé, mais se plaignait de douleurs localisées sur tous les sites d'impact, principalement au niveau lombaire, décrivant des fourmillements dans les pieds, sans déficit sensitif ou moteur ; à l'examen clinique, on relevait une douleur à la palpation de l'ensemble de la colonne, de façon plus importante au niveau lombaire ; il n'y avait pas de déficit neurologique dans les membres ; malgré une douleur à la palpation du coude gauche, il n'y avait ni limitation de la mobilité de celui-ci, ni douleur en flexion/extension pronation/supination ; ne présentant ni hyperlaxité, ni trouble sensitif ou moteur, le genou gauche n'en présentait pas moins une mobilité limitée par la douleur de la face antérieure à 30°; en revanche, la cheville gauche, qui présentait une dermabrasion superficielle de la malléole externe avec douleur à la palpation de cette zone, n'était pas sujette à un trouble de la mobilité ;
- une imagerie par résonance magnétique (IRM) du genou gauche effectuée le 10 septembre 2014 montrant une contusion à l'insertion fémorale du ligament collatéral externe et interne, une rupture interstitielle du ligament croisé postérieur ainsi qu'une petite amputation du bord libre du corps du ménisque interne ;
- une nouvelle IRM du genou gauche effectuée six mois plus tard sur la base de laquelle le docteur J\_\_\_\_\_, radiologue auprès de l'hôpital de La Tour, a conclu à une rupture partielle importante du ligament croisé postérieur

(fortement tuméfié et œdématié mais dont la plupart des fibres restaient continues), à des éléments compatibles avec une contusion méniscale, ainsi qu'à une subluxation médiale de ce ménisque ; pour le reste, les ligaments collatéraux étaient sans anomalie, on ne relevait ni fracture, ni contusion osseuse, seulement un discret épanchement intra-articulaire ;

- un rapport du 23 juillet 2015 du Dr C\_\_\_\_\_ indiquant qu'il suivait l'assuré depuis de nombreuses années pour des douleurs rachidiennes cervicales et lombaires post-traumatiques, que la situation s'était stabilisée « dans une certaine médiocrité » avec des douleurs cervicales importantes latéralisées surtout à droite et une douleur irradiée dans le membre inférieur droit également, que la situation s'était décompensée durant l'été 2013, suite à une chute survenue le 22 août 2013, qui avait conduit à une fracture de côtes à gauche ainsi qu'à une accentuation des symptômes cervicaux dans un premier temps, puis lombaires dans un deuxième temps, que fin 2013, l'assuré avait développé des céphalées de plus en plus importantes, qui avaient conduit à la découverte d'une hypertension artérielle pour laquelle un traitement avait été introduit ; l'assuré avait par la suite été victime d'un nouvel accident de scooter le 9 septembre 2014, dont les suites avaient été marquées par une contusion du genou gauche avec, à l'IRM du 10 septembre 2014, une contusion à l'insertion fémorale du ligament collatéral externe et interne, une rupture du ligament croisé postérieur et une lésion du ménisque interne à gauche ; l'IRM pratiquée le 11 mars 2015 montrait la persistance de la rupture du ligament croisé postérieur - décrite comme importante avec une subluxation lésionnelle du ménisque interne ainsi qu'un épanchement articulaire lié à une érosion cartilagineuse de grade trois - ; la boiterie induite par cette lésion du genou gauche avait conduit à l'accentuation des lombalgies et de la sciatique droite ; ces différentes atteintes entraînaient par ailleurs un syndrome dépressif réactionnel pour lequel l'assuré était suivi ; dans l'ensemble, on assistait donc à une dégradation progressive de la situation depuis le 12 décembre 2012 ; la capacité de travail de l'assuré était nulle dans toute activité, même adaptée ; il lui était impossible de conserver une quelconque position de façon prolongée, que ce soit assis ou debout ; la marche - sur quelque distance que ce fût - était impossible, tout comme la position agenouillée et le port de charges ; la capacité de concentration était très diminuée, ceci d'autant plus que la médication interférait avec les fonctions supérieures ;
- l'avis émis le 2 mai 2016 par le docteur K\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (SMR), estimant que la lésion du ligament croisé postérieur du genou gauche n'était que partielle et ne revêtait pas de caractère durablement incapacitant ; une prise en charge physiothérapeutique adéquate améliorerait normalement la symptomatologie et permettait secondairement aux dorsalgies évoquées de s'amender ; les

atteintes du coude et du poignet gauches, elles étaient bénignes et résolutive sans séquelles ; quant au diagnostic de syndrome dépressif réactionnel, il n'était vraisemblablement pas durable ; le SMR relevait, s'agissant du rapport du Dr C\_\_\_\_\_, qu'aucun status ne venait appuyer les constatations de ce médecin relatives à une fracture de côtes à gauche et à une accentuation des symptômes cervicaux et lombaires ; quoi qu'il en soit, ces atteintes n'étaient vraisemblablement pas incapacitantes ; quant aux gonalgies, elles avaient été mentionnées dans l'expertise orthopédique de janvier 2009 et prises en compte précédemment.

9. Le 19 janvier 2017, l'assuré a saisi la Cour de céans d'un recours concluant préalablement à la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire et, quant au fond, à l'octroi d'une rente entière à compter de juin 2014.

Ont alors été versés à la procédure :

- un rapport du 14 mars 2017 de la docteure L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, concluant à un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2) et à une modification durable de la personnalité sur syndrome algique chronique (F62.8) ; selon ce médecin, l'exercice d'une activité adaptée n'est pas envisageable en raison de la sévérité de la symptomatologie dépressive ; l'état psychique, qui s'est aggravé, est marqué par de la tristesse, une absence de projets, une anhédonie, une fatigabilité accrue, des troubles de la concentration et de la mémoire, des problèmes de sommeil, une irritabilité, une perte de confiance en soi ainsi qu'un sentiment de dévalorisation, de culpabilité et de détresse ; vu la gravité du tableau psychique et la chronicisation des troubles, le pronostic est incertain ;
- un rapport du 27 mars 2017 du Dr C\_\_\_\_\_, rappelant que l'assuré a subi plusieurs accidents et chutes avec perte de connaissance, traumatisme crânien, entorses cervicales et lombaire et lésions du genou ; il conclut à un syndrome cervical avec brachialgies droites, un status post fracture du crâne avec des acouphènes, une lombosciatalgie droite ainsi que des lésions du genou gauche (ligament croisé postérieur et ménisque interne) ; il explique que, suite à la fracture cérébrale, l'assuré a beaucoup de peine à se concentrer et se plaint d'une gêne marquée à l'environnement lorsque celui-ci est bruyant ; l'évolution tend vers une lente dégradation et entraîne, entre autres, un syndrome dépressif sévère ; la capacité de travail dans une activité adaptée est nulle, sans espoir de retour à une quelconque capacité de travail ;
- un courrier rédigé le 20 mai 2017, dans lequel la Dre L\_\_\_\_\_ indiquait suivre l'assuré depuis le 17 décembre 2014 ; selon le dossier médical, le trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2) était présent depuis 1999 ; en revanche, la

modification durable de la personnalité sur syndrome algique chronique remontait à 2005 ; ces deux diagnostics revêtaient un degré de gravité important ; les limitations fonctionnelles en découlant se manifestaient par des difficultés d'attention et de mémoire, de la fatigabilité, des difficultés à gérer le stress, à maintenir un rythme de travail élevé, ainsi qu'un absentéisme lors de graves décompensations ; chacun des diagnostics retenus entraînait une incapacité de travail totale dans une activité adaptée et ce, depuis le 17 décembre 2014, date de la première consultation ; pour les incapacités de travail antérieures, il convenait de se référer aux attestations des médecins précédents (doctoresse M\_\_\_\_\_, psychiatre, et Dr C\_\_\_\_\_) ; la péjoration de l'état de santé psychique était plutôt progressive 2014, l'incapacité de travail toujours totale ; à la question de savoir si l'aggravation de l'état de santé de son patient était « réactionnelle », la Dresse L\_\_\_\_\_ disait préférer à ce terme celui de « chronicisation des troubles » ;

- l'audition, en date du 8 juin 2017, du Dr C\_\_\_\_\_, qui a indiqué qu'il suivait l'assuré depuis une vingtaine d'années et qu'il avait pu constater la dégradation de son état de santé au fil du temps et d'une série d'accidents de la voie publique certes relativement banals, mais dont les conséquences fonctionnelles avaient été importantes (entorse cervicale post-traumatique, status post fracture du crâne avec fracture du rocher, acouphènes et lombosciatiques droites aggravées par les accidents) ; concernant ce dernier diagnostic, le médecin a précisé qu'il était courant que les problèmes de cervicales se répercutent au niveau des lombaires ; l'aggravation de l'état de santé de l'assuré remontait au dernier accident, survenu en durant l'automne 2014 ; de façon générale, le Dr C\_\_\_\_\_ estimait qu'il était réducteur de se baser sur la seule imagerie, le décalage entre les examens objectifs et les plaintes du patient ne s'expliquant pas forcément par une amplification de celles-ci ; une étude scandinave sur des patients décédés après des traumas avait montré l'existence de lésions ligamentaires, musculaires et articulaires qui n'étaient pas visibles aux examens ; de son point de vue, il convenait plutôt d'examiner la bonne adéquation entre le type de traumatisme subi (soit l'énergie libérée à cette occasion) et les plaintes du patient ; or, dans le cas particulier, le Dr C\_\_\_\_\_ se souvenait que le premier accident de l'assuré consistait en une collision ayant entraîné un vol plané sur une dizaine de mètres ; en l'occurrence, cette adéquation semblait réalisée ;
- l'avis émis, le 6 juillet 2017, par le SMR, relevant que le rapport de la Dresse L\_\_\_\_\_ laissait entendre que ce n'était que lors de graves décompensations que l'assuré rencontrait des difficultés à maintenir un rythme de travail élevé et qu'il était dès lors impossible de déterminer la sévérité des troubles psychiques et leur évolution ; quant au Dr C\_\_\_\_\_, il n'avait fourni aucune information médicale nouvelle et son évaluation

reposait sur des facteurs non objectifs, en particulier les plaintes de l'assuré ; le SMR préconisait de reprendre l'instruction, en particulier sur le plan psychiatrique.

Par arrêt ATAS/704/2017 du 17 août 2017, la Cour de céans a annulé la décision du 5 décembre 2016 et renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

10. L'OAI alors confié un mandat d'expertise bidisciplinaire aux docteurs N\_\_\_\_\_, rhumatologue, et O\_\_\_\_\_, psychiatre.

11. Dans son rapport du 26 juillet 2018, le Dr N\_\_\_\_\_ – après un examen de l'assuré réalisé le 6 juillet 2018 – a retenu les diagnostics invalidants suivants :

- syndrome cervico-brachial récurrent, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire
  - o minime discopathie C4-C5, C5-C6 (C4-C5 peu significative)
  - o status post-contusion cervicale en 1999
- omalgies bilatérales actuellement sans signe de conflit ou de tendinopathie
  - o minime tendinopathie du sus-épineux non significative
  - o status post-acromioplastie et réparation tendineuse en janvier 2007
- gonalgies bilatérales actuellement sans signe méniscal ou tendineux
  - o status post-chondrite du condyle fémoral interne et du genou droit et tendinopathie du tenseur du fascia lata du genou gauche en 2009
  - o status post-entorse du genou gauche en 1993
  - o status post-entorse du genou gauche en 1998
  - o status post-arthroscopie du genou gauche et droit en 1999
  - o status post-contusion de l'insertion fémorale du ligament collatéral externe et interne post-traumatique en 2014
- rupture interstitielle du ligament croisé postérieur non significative
- douleurs des chevilles avec arthrose tibio-tarsienne antérieure et péronée
  - o status post-fracture de la cheville en 1980

Au chapitre des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, le Dr N\_\_\_\_\_ a mentionné :

- un syndrome lombovertébral chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire
  - o minime discopathie L5-S1
- un status post-hypoacousie droite post-traumatique et un acouphène persistant depuis 2005

- une hypertension artérielle stable sous traitement
- un status post-fracture de côtes gauches post-chute en 2013
- des douleurs du coude gauche sans signe de tendinopathie ou ligamentaire
- une suspicion de lésion partielle de l'insertion proximale du ligament collatéral radial en mai 2017
- un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent de type fibromyalgique
  - o diminution du seuil de déclenchement à la douleur

Dans l'évaluation consécutive du cas, le Dr N\_\_\_\_\_ a indiqué que sur le plan de l'évolution personnelle, professionnelle et de la santé de l'assuré, on assistait, depuis 1999 (dernière année d'activité professionnelle en tant que carreleur), à une paupérisation de la situation socioprofessionnelle avec cristallisation de la symptomatologie douloureuse tant au niveau des épaules, des genoux que du rachis cervical. On observait également un repli de l'assuré sur lui-même, doublé d'une quasi-dépendance, pour toute activité de la vie quotidienne, envers son épouse et ses enfants.

En ce qui concernait l'aspect rhumatologique et médical, il n'y avait pas de péjoration significative à long terme par rapport aux expertises de 2009 et 2010. On notait en effet un accident de scooter en 2014 ayant entraîné une contusion du genou droit et, en 2016, une activation des douleurs lombaires suivie d'une infiltration lombaire. On assistait cependant à une chronicisation et cristallisation de la symptomatologie douloureuse.

Invité à se prononcer sur la cohérence et la plausibilité, le Dr N\_\_\_\_\_ a indiqué que, d'un point de vue rhumatologique, il n'y avait ni amyotrophie, ni trouble sensitivomoteur. L'assuré se mouvait, s'habillait et se déshabillait de manière autonome et fluide, était capable de rester assis sans opter de position antalgique (même s'il s'était levé à plusieurs reprises en début d'entretien). Anamnestiquement, il était capable de conduire un véhicule. Dès lors, d'un point de vue rhumatologique, on notait une certaine discordance entre les plaintes et l'impotence fonctionnelle décrite par l'assuré dans les activités de sa vie quotidienne et professionnelle d'une part, et les examens cliniques et paracliniques effectués jusqu'à ce jour d'autre part. Le socle somatique ne permettait pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse ni, surtout, l'impotence fonctionnelle que l'assuré décrivait dans sa vie quotidienne ou son activité professionnelle. Si les résultats de l'examen étaient « valides et compréhensibles », ils ne permettaient pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie et de l'impotence fonctionnelle qui en découlait.

Invité à apprécier les capacités, ressources et difficultés de l'assuré, le Dr N\_\_\_\_\_ a indiqué que les limitations fonctionnelles concernaient le port de charges en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5-10 kg de manière répétitive, les mouvements des épaules au-dessus de l'horizontale de manière répétitive et les

appuis au sol, sur les genoux, et les mouvements de génuflexion. Les ressources disponibles paraissaient très restreintes. L'assuré n'avait plus repris d'activité professionnelle depuis 1999, n'avait plus d'activité bénévole ni en dehors de son appartement. Il s'était installé dans une attitude d'invalidé et de dépendance quasi-totale, selon ses dires, pour toute activité. Même s'il présentait une bonne disposition à coopérer, il ne pouvait résister au stress au vu de sa longue inactivité professionnelle.

Compte tenu de la nécessité d'éviter la position agenouillée prolongée, la capacité à exercer l'ancienne activité de carreleur était nulle. Il était cependant difficile de se prononcer sur l'évolution de cette incapacité dans le temps, l'assuré n'ayant plus travaillé de longue date. En revanche, dans une activité n'impliquant ni ports de charges répétitifs en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5-10 kg, ni mouvements répétitifs au-dessus de l'horizontale avec le membre supérieur, ni mouvements de génuflexion, ni appuis genoux sur le sol, la capacité de travail était estimée à 70% d'un point de vue purement rhumatologique, avec une diminution de performance ne dépassant pas 20% (en se référant à l'activité professionnelle antérieure).

  noter que d'un point de vue bidisciplinaire, après discussion avec le Dr O\_\_\_\_\_, en tentant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée était également de 70%. En effet, en l'absence d'atteinte à la santé handicapante du point de vue psychiatrique, l'assuré était capable de travailler à 100% (cf. l'expertise du Dr O\_\_\_\_\_).

Invité à indiquer comment la capacité de travail dans une activité adaptée avait évolué dans le temps, le Dr N\_\_\_\_\_ a indiqué, là aussi, qu'il lui était difficile de répondre à cette question, l'assuré n'ayant plus travaillé de longue date. Il a cependant ajouté que, d'un point de vue somatique, cette capacité devrait normalement bien évoluer.

12. Le 13 août 2018, le Dr O\_\_\_\_\_ a rendu son rapport relatif au volet psychiatrique de l'expertise.

Après avoir retracé l'anamnèse de l'assuré, recueilli ses plaintes et l'avoir examiné, l'expert, qui a également interrogé la Dresse L\_\_\_\_\_ - qui, sur question, a confirmé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) et de modification durable de la personnalité et syndrome algique chronique (F62.8) -, a indiqué qu'il ne partageait pas l'avis de cette dernière.

Selon lui, les signes et symptômes décrits au sujet du premier diagnostic ne correspondent pas aux critères de gravité de la CIM-10 et il n'a pu les objectiver ni pendant l'entretien, ni du point de vue anamnestique. Quant au diagnostic de modification durable de la personnalité et syndrome algique chronique, il n'était pas étayé ; la Dresse L\_\_\_\_\_ n'avançait aucun signe ni symptôme, ni même une explication à l'appui de son appréciation.

En revanche, ce qui ressortait clairement de l'entretien d'expertise ainsi que du point de vue anamnestique, c'était la présence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) dont les critères de gravité n'étaient cependant pas remplis. En effet, une forte détresse concernant les douleurs n'était pas présente chez l'assuré. En revanche, il y avait de fortes revendications concernant les assurances et un désir d'obtenir une rente (entière) d'invalidité. Dans ce sens-là, l'expert pouvait retenir le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0 ; symptômes physiques compatibles avec - et initialement dus à - un trouble, une maladie ou un handicap physique, mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique du patient qui adoptait une attitude histrionique dans le sens d'une recherche de l'attention d'autrui, celle-ci comprenant parfois des plaintes surajoutées sans substrat somatique). Il existait, chez l'assuré, une motivation claire (la recherche d'une compensation financière), mais aucun critère de trouble de la personnalité selon la CIM-10. Il était intelligent, bien adapté, présentait des capacités adaptatives, mais avec de fortes revendications du point de vue social pour que les assurances reconnaissent ses douleurs.

Enfin, il présentait une profonde blessure narcissique secondaire aux accidents et au fait qu'il ne pouvait plus avoir les mêmes activités qu'auparavant. Il convenait toutefois de signaler que les différentes mesures d'aide et d'évaluation de la capacité de travail au sein du « COMAI » (recte : « COPAI ») n'avait pas pu se faire en raison de l'attitude fort démonstrative de l'assuré. En outre, son attitude par rapport à la douleur (qu'il estimait handicapante au point de l'empêcher d'exercer une activité professionnelle) conduirait vraisemblablement à l'échec d'éventuelles mesures de réadaptation futures.

En ce qui concernait le traitement, les dosages plasmatiques de Trittico® (antidépresseur) et de l'Imovane® (sédatif/hypnotique) étaient très élevés, ce qui expliquait sûrement la fatigue de l'assuré.

Selon le Dr O\_\_\_\_\_, il n'y avait ni cohérence, ni plausibilité concernant les plaintes. Celles-ci n'étaient pas présentes dans tous les domaines de la vie. En ce qui concernait les activités journalières, l'expert ne constatait pas les troubles cognitifs retenus par la Dresse L\_\_\_\_\_. En effet, l'assuré était capable de se promener et de regarder la télévision. Il avait le désir de suivre des matchs de football, était capable de partir en voyage. Il avait également été en mesure de se rendre seul à Colombier et d'y trouver son chemin jusqu'au cabinet de l'expert.

Il n'y avait donc pas de limitation fonctionnelle du point de vue psychiatrique, ni pendant l'entretien, ni du point de vue anamnestique. L'environnement psychosocial était présent chez l'assuré, qui pouvait s'appuyer sur sa famille.

Il y avait également une discordance entre les douleurs qu'il décrivait et son comportement.

D'un point de vue psychiatrique, la capacité de travail était entière dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée.

13. Le 7 septembre 2018, la doctoresse P\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a estimé qu'au vu de l'expertise des Drs O\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_, il n'y avait, sur le plan psychiatrique, pas de diagnostic invalidant.

D'un point de vue somatique, l'assuré présentait les mêmes atteintes - avec une amélioration de certaines d'entre elles - que lors de l'expertise du CEMed de 2009. On notait, en effet, une résolution, non seulement de la capsulite rétractile à droite, mais aussi de la chondrite du genou droit. En effet, les limitations fonctionnelles retenues par le Dr N\_\_\_\_\_ étaient moins restrictives que celles retenues dans l'expertise du CEMed de 2009, mais l'expert retenait une capacité de travail de 70% avec une baisse de rendement de 20% alors qu'il indiquait qu'il n'y avait pas d'aggravation significative par rapport aux expertises de 2009 et 2010. L'expert N\_\_\_\_\_ faisait ainsi une évaluation différente d'un même état de fait.

En conclusion, la Dresse P\_\_\_\_\_ a estimé que l'assuré ne présentait pas d'aggravation notable et durable de son état de santé depuis la décision du 22 avril 2010.

14. Le 2 novembre 2018, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de rejeter sa demande au motif que son état de santé était globalement resté le même que celui qui prévalait lors de la décision du 22 avril 2010.
15. Le 4 décembre 2018, l'assuré a contesté ce projet, en particulier les avis des experts N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ qui, selon lui, ne constituaient pas une expertise bidisciplinaire, mais deux avis distincts sans synthèse. Au surplus, le Dr N\_\_\_\_\_ attestait bien d'une aggravation, puisque l'exigibilité mentionnée était inférieure à celle retenue dans la précédente expertise.
16. Par décision du 12 décembre 2018, l'OAI a rejeté la nouvelle demande, faute d'aggravation.
17. Par acte du 1<sup>er</sup> février 2019, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans.

Il produit un rapport de la Dresse L\_\_\_\_\_ daté du 17 décembre 2018, confirmant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2) et de modification durable de la personnalité sur syndrome algique chronique (F62.8).

Le recourant soutient que les rapports successivement rendus par les Drs N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_, contradictoires entre eux et dépourvus de véritable synthèse, ne peuvent se voir reconnaître la moindre valeur probante.

Il conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 2014 après audition de ses médecins et nouvelle expertise.

18. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 1<sup>er</sup> avril 2019, a conclu au rejet du recours.

Il produit un avis SMR du 29 mars 2019 dans lequel la Dresse P\_\_\_\_\_ estime que le rapport du 17 décembre 2018 de la Dresse L\_\_\_\_\_ se borne à mentionner des atteintes identiques à celles qui ressortent de ses rapports antérieurs déjà soumis à l'expert psychiatre, alors même que celui-ci a expliqué précisément pourquoi il les écartait.

19. Dans sa réplique du 29 avril 2019, le recourant a persisté dans ses conclusions.
20. A la demande de l'assuré, la Cour de céans a interrogé ses médecins, après avoir donné la possibilité aux parties de formuler leurs questions par écrit.
21. Le 12 août 2019, la Dresse L\_\_\_\_\_ a répondu qu'elle ne partageait pas l'avis du Dr O\_\_\_\_\_, notamment concernant le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), la présence de fortes revendications et d'une attitude histrionique.

De son point de vue, le recourant présente les trois symptômes cardinaux indiqués dans la CIM-10 à propos du diagnostic de trouble dépressif récurrent, sans symptômes psychotiques, à savoir : une humeur dépressive à un degré nettement anormal, présent pratiquement toute la journée et presque tous les jours, une augmentation de la fatigabilité, ainsi qu'une diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour des activités habituellement agréables. S'y ajoutent cinq autres symptômes dépressifs : une perte de confiance en soi, des idées de dévalorisation, une perturbation du sommeil, une diminution de l'attention et de la concentration et une attitude pessimiste face à l'avenir.

Son patient présente également une modification durable de la personnalité sur syndrome algique chronique (F62.8), diagnostic qui se justifie notamment au vu de la réalisation des critères suivants : une attitude exigeante envers autrui, la conviction d'avoir été marqué par la maladie au point de s'isoler socialement, une réduction des intérêts et un moindre engagement dans les activités de loisirs auxquelles il se livrait précédemment, des plaintes relatives à la santé et une altération significative du fonctionnement social et professionnel.

Pour le reste, la Dresse L\_\_\_\_\_ dit ne pas avoir constaté d'attitude démonstrative chez son patient, tout au plus un mode de fonctionnement rigide et parfois inadapté, conduisant à des difficultés interpersonnelles, intrafamiliales et sociales.

Elle ne partage pas non plus l'avis du Dr O\_\_\_\_\_ quant à l'absence de cohérence et de plausibilité ; dans le contexte de succession d'événements de vie traumatiques (plusieurs accidents de scooter, contexte d'immigration, décès récent de sa sœur et de sa mère), le recourant a développé une symptomatologie dépressive sévère qui concorde avec les plaintes subjectives. Lors de leurs entretiens, le recourant a toujours été authentique et sa souffrance psychique palpable. Alors que le Dr O\_\_\_\_\_ estime qu'il dispose de bonnes ressources et capacités et rencontre peu de

difficultés, elle estime pour sa part que la symptomatologie dépressive sévère associée « au problème de personnalité » diminue fortement les ressources et capacités de son patient, dont elle souligne qu'il rencontre des difficultés interpersonnelles, intrafamiliales et sociales.

Enfin, compte tenu des limitations fonctionnelles qui sont les siennes (difficultés d'attention et de mémoire, fatigabilité, tristesse, anxiété, troubles du sommeil, difficulté à gérer le stress et à maintenir un rythme de travail élevé, absentéisme lors de graves décompensations), elle estime que sa capacité de travail est nulle, non seulement dans l'activité habituelle, mais aussi dans une activité adaptée.

22. Le 9 septembre 2019, le recourant a versé au dossier un rapport du 3 septembre 2019 de la doctoresse Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie.

Ce médecin conclut, suite à une électroneuromyographie (ENMG) du membre supérieur gauche réalisée le 30 août 2019, à une atteinte compressive du nerf cubital gauche au coude (atteinte sensitive axonale et motrice d'allure chronique, de sorte que les accoudelements sont à éviter). Le médecin note également la présence de signes en faveur d'une atteinte compressive du nerf médian gauche au canal carpien, d'allure chronique, avec indication à la décompression.

Le recourant argue que ses plaintes en relation avec cette atteinte neurologique du coude gauche ont certes été mentionnées dans le rapport du Dr N\_\_\_\_\_, mais qu'elles ont été rangées dans la catégorie des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail comme de simples « douleurs du coude G sans signe de tendinopathie ou ligamentaire ». Or, non seulement le substrat organique de cette atteinte est objectivé, mais une indication opératoire est même posée.

23. Le 2 octobre 2019, le Dr C\_\_\_\_\_ a pris position au sujet des diagnostics posés par le Dr N\_\_\_\_\_ (syndrome cervicobrachial récurrent, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, minime discopathie C4-C5, C5-C6 peu significative et status post-contusion cervicale en 1999 ; syndrome lombo-vertébral avec minime discopathie L5-S1).

En premier lieu, le Dr C\_\_\_\_\_ revient à l'étude suédoise déjà évoquée en juin 2017 ; il argue qu'il n'y a pas forcément de bonne corrélation entre les douleurs ressenties par un patient et les anomalies visualisées à l'IRM.

En second lieu, il rappelle que le recourant a eu été victime de trois contusions cervicales au cours de trois accidents successifs : le premier en 1999, le deuxième en 2005 - dont la violence a été suffisamment importante pour provoquer une fracture du crâne -, le troisième en 2014.

L'hypoacousie droite avec acouphènes, elle est, selon le Dr C\_\_\_\_\_, la conséquence d'une atteinte de la 8<sup>ème</sup> paire crânienne en relation avec une fracture du crâne.

Le médecin relève que l'expert a évoqué une douleur du coude gauche sans signe de tendinopathie ou ligamentaire, alors que la Dresse Q\_\_\_\_\_ a observé une atteinte compressive du nerf cubital au coude posant l'indication à une décompression.

Selon le Dr C\_\_\_\_\_, ces trois éléments ont clairement une répercussion sur la capacité de travail du recourant.

Questionné quant à l'absence de péjoration significative à long terme par rapport à 2009-2010, le Dr C\_\_\_\_\_ conteste ce point de vue. Selon lui, la situation du recourant se détériore clairement sur le plan rhumatologique (que ce soit au niveau cervical et lombaire ou pour ce qui concerne les épaules et les genoux), neurologique (cf. le rapport du 9 septembre 2019 de la Dresse Q\_\_\_\_\_) et les céphalées. Ces atteintes entraînent des douleurs invalidantes, mais également des difficultés à se concentrer, majorées encore par l'effet des médicaments antalgiques et antidépresseurs.

En outre, selon le Dr C\_\_\_\_\_, les limitations fonctionnelles retenues par le Dr N\_\_\_\_\_ sont très en-deçà de la réalité. Il en va de même (dans le sens d'une surestimation) de l'exigibilité de 70% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles d'un point de vue strictement somatique. Selon le Dr C\_\_\_\_\_, la capacité de travail du recourant est au maximum de 40% et la réduction de rendement de l'ordre de 80%. À ceci s'ajoutent d'autres limitations médicales, en particulier neurologiques et psychiatriques, de sorte que la capacité de travail du recourant est nulle une fois tous les éléments considérés.

Enfin, contrairement à ce qu'affirme le Dr N\_\_\_\_\_, la capacité de travail n'évolue pas favorablement mais se dégrade d'un point de vue somatique.

24. Le 7 octobre 2019, la Dresse P\_\_\_\_\_, du SMR, s'est déterminée en ces termes :

Le rapport de la psychiatre est identique à celui adressé à l'expert O\_\_\_\_\_ ; or ce dernier n'a noté aucun trouble de l'attention, de la concentration, de la compréhension ou de la mémoire, qu'il s'agisse de faits récents ou de souvenirs anciens. Concernant la lignée dépressive, l'expert a noté une tristesse fluctuante, une humeur non dépressive, l'absence de ralentissement psychomoteur ou de sentiment d'infériorité, de dévalorisation, de découragement, d'inutilité ou de ruine. L'expert O\_\_\_\_\_ n'a pu objectiver les signes et symptômes parlant en faveur des deux diagnostics posés par la Dresse L\_\_\_\_\_.

Quant au rapport du 9 septembre 2019 de la Dresse Q\_\_\_\_\_, il met en évidence des atteintes postérieures à la décision litigieuse. Quoi qu'il en soit, une éventuelle intervention au niveau du nerf médian gauche entrainerait, le cas échéant, une incapacité de travail d'un à deux mois qui ne pourrait par conséquent pas être qualifiée de durable.

25. Le 18 octobre 2019, le Professeur R\_\_\_\_\_ a indiqué partager l'avis du Dr N\_\_\_\_\_, non seulement quant aux diagnostics posés, particulièrement ceux

indiqués comme n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail, mais aussi quant aux limitations fonctionnelles retenues sur le plan somatique quant à leur étendue et leur importance.

Sa première consultation remontant au 18 février 2015, il ne pouvait en revanche commenter l'avis du Dr N\_\_\_\_\_ sur l'absence de péjoration significative à long terme par rapport à la situation prévalant en 2009 et 2010.

Il ne partageait pas l'avis du Dr N\_\_\_\_\_ en ce qui concernait l'exigibilité retenue de 70% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, du point de vue somatique. Selon lui, les caractéristiques auxquelles devait répondre une activité adaptée étaient « mal présentées » par le Dr N\_\_\_\_\_ ; les ports de charges répétitifs en porte-à-faux avec longs bras de levier ne devaient pas excéder 5 à 10 kg, les mouvements répétitifs au-dessus de l'horizontale avec le membre supérieur devaient être évités, de même que les mouvements de genuflexion et les appuis genoux au sol. En respectant ces caractéristiques, il lui paraissait exclu d'exiger une activité à 70%.

S'agissant du point de vue du Dr N\_\_\_\_\_ selon lequel « normalement du point de vue somatique, la capacité de travail devrait bien évoluer », le Prof. R\_\_\_\_\_ a relevé que le médecin avait utilisé le conditionnel, faisant ainsi preuve de prudence, ce qu'il approuvait.

26. Le 6 novembre 2019, le Professeur S\_\_\_\_\_ a répondu à son tour aux questions posées par les parties (identiques à celles soumises au Prof. R\_\_\_\_\_).

Le recourant l'avait consulté pour la première fois le 27 février 1995 puis à 16 autres reprises entre 1995 et 2010, aux HUG et, enfin, à 13 reprises du 22 mai 2017 au 9 septembre 2019, à la Clinique des Grangettes. Comme toutes ces consultations étaient liées aux membres supérieurs, il lui était difficile de se prononcer sur les diagnostics du Dr N\_\_\_\_\_ concernant les genoux, les chevilles ou le rachis.

En ce qui concernait les membres supérieurs, il a énuméré, à titre de diagnostics ayant selon lui une répercussion sur la capacité de travail du recourant :

- une tendinopathie du sus-épineux gauche (radiographie et IRM de l'épaule gauche le 14 décembre 2018) ;
- une arthrose acromio-claviculaire gauche (radiographie et IRM de l'épaule gauche le 14 décembre 2018, radiographie le 11 janvier 2019) ;
- une rupture partielle du ligament collatéral latéral du coude gauche (IRM du 23 mai 2017) ;
- une instabilité en varus de grade II du coude gauche (radiographie 8 juin 2018) ;
- une atteinte compressive du nerf cubital gauche (électroneuromyographie du 3 septembre 2019 de la Dresse Q\_\_\_\_\_) ;

- 
- une tendinopathie du sus-épineux de l'épaule droite (arthro-IRM de l'épaule droite le 25 janvier 2019) ;
  - une ébauche d'omarthrose droite (arthro-IRM de l'épaule droite le 25 janvier 2019) ;
  - une arthrose acromio-claviculaire droite (arthro-IRM de l'épaule droit le 25 janvier 2019) ;
  - un status post-acromioplastie et réparation du sus-épineux (29 mars 1995, épaule droite) ;
  - et un status post « re-réparation » tendineuse (17 janvier 2007, épaule droite).

En se basant sur l'expertise du Dr N\_\_\_\_\_, il a estimé qu'au niveau des membres inférieurs et du rachis, les diagnostics affectant la capacité de travail étaient les suivants :

- arthrose de la cheville à gauche (radiographies des 20 avril 1999 et du 11 mars 2015) ;
- dégénérescence du ligament croisé « rupture interstitielle G » (IRM du 10 septembre 2014) ;
- status post entorse du genou droit, contusion insertion fémorale, rupture interstitielle du ligament croisé postérieur IRM du genou droit (14 mai 1999, 14 mai 2008, 4 juin 2008) ;
- colonne cervicale : minime protrusion discale C3-C4, C4-C5, C6-C7 (radiographies des 9 avril 1999, 20 avril 1999, 10 septembre 1999 ; IRM des 5 septembre 2001, 11 décembre 2002, 28 octobre 2008) ;
- colonne lombaire : minime discopathie L5-S1 et arthrose facettaire postérieure L4-L5 et L5-S1 (radiographie du 12 novembre 2010 ; IRM des 11 décembre 2002, 12 novembre 2010 et 16 décembre 2015).

A la question de savoir s'il partageait l'avis du Dr N\_\_\_\_\_ quant à l'absence de péjoration significative à long terme par rapport à la situation prévalant en 2009-2010, le Prof. S\_\_\_\_\_ a répondu qu'en ce qui concernait son membre supérieur gauche, le recourant présentait une instabilité de grade II du coude (qui n'était pas présente en 2009-2010). S'y ajoutaient, des deux côtés, une aggravation de la tendinopathie du sus-épineux et de l'arthrose acromio-claviculaire. On notait également l'apparition d'une « omarthrose G » (recte : droite) selon l'arthro-IRM de l'épaule droite du 15 janvier 2019. La neuropathie du coude gauche s'était également aggravée, devenant symptomatique et nécessitant une décompression selon la Dresse Q\_\_\_\_\_ (EMG du 3 septembre 2019).

Au niveau des membres inférieurs, l'arthrose de la cheville gauche tendait à s'aggraver. Il en allait de même de l'état du ligament croisé postérieur du genou gauche, qui s'était aggravé suite à l'accident de 2014 par rapport à l'état antérieur.

---

En résumé, le Prof. S\_\_\_\_\_ pensait qu'il y avait eu une aggravation de l'état de santé du recourant depuis 2009-2010.

S'agissant des limitations fonctionnelles retenues sur le plan somatique, le Prof. S\_\_\_\_\_ a indiqué qu'au vu des pathologies touchant les membres supérieurs (soit les deux épaules et le coude gauche), le recourant présentait des limitations fonctionnelles importantes, rendant impossibles le mouvement des épaules au-dessus de l'horizontale, le port de charges en porte-à-faux avec de longs bras de levier de plus de 5 à 10 kg, et même tout port de charges de plus de 5 kg, surtout de manière répétitive. Pour ce qui était des membres inférieurs, au vu de l'historique, le port de charges ou les genuflexions étaient exclues.

Au vu des pathologies des deux membres supérieurs - dont les deux épaules et le coude gauche -, des deux membres inférieurs - dont les deux genoux et la cheville gauche - et du rachis cervical, il ne voyait pas comment le recourant pourrait exercer à 70%. Qui plus est, compte tenu de la multiplicité des atteintes articulaires et de l'âge de l'intéressé (60 ans), le pronostic paraissait plutôt sombre quant à l'évolution de sa capacité de travail. Lui estimait que, d'un point de vue orthopédique, l'exigibilité d'une activité adaptée, sans port de charges, ni mouvements répétitifs, était au maximum de 40%.

S'agissant enfin de l'évolution future du cas décrite par le Dr N\_\_\_\_\_ d'un point de vue somatique, le Prof. S\_\_\_\_\_ a souligné l'existence de lésions de type post-traumatiques et dégénératives multiples évoluant de longue date avec, au niveau des épaules, des tendinopathies du sus-épineux bilatérales, une ébauche d'omarthrose à droite ainsi qu'une arthrose acromio-claviculaire bilatérale. Au niveau du coude gauche, il y avait une déchirure partielle du ligament collatéral radial avec un degré d'instabilité et une neuropathie compressive du nerf cubital. Au niveau des genoux, le ligament croisé postérieur était compromis des deux côtés. Quant à la cheville gauche, elle présentait une arthrose tibio-astragalienne. Finalement, le rachis présentait des discopathies multi-étagées tant au niveau cervical que lombaire. L'évolution de ces lésions était uniformément défavorable à long terme, même s'il était éventuellement possible de la ralentir par les mesures de physiothérapie préconisées par le Dr N\_\_\_\_\_.

27. Par écriture du 13 décembre 2019, l'intimé s'est référé à un avis émis par le SMR en date du 12 décembre 2019.

Selon la doctoresse T\_\_\_\_\_, le Prof. R\_\_\_\_\_ s'était simplement livré à une appréciation différente d'un même état de fait, tout comme le Dr C\_\_\_\_\_, dont l'opinion se caractérisait par l'absence de description clinique étayant les aggravations qui seraient survenues depuis 2009 concernant les cervicales, les épaules, les genoux, les lombaires ainsi que l'atteinte du nerf cubital gauche.

Quant au rapport du Prof. S\_\_\_\_\_, il évoquait des diagnostics différents de ceux du volet rhumatologique de l'expertise au niveau des épaules, qui reposaient sur des examens radiologiques effectués après l'expertise du Dr N\_\_\_\_\_, principalement

en janvier 2019. La radiographie du coude gauche, était connue de l'expert N\_\_\_\_\_, qui n'avait pas retenu d'instabilité à l'examen clinique. Toujours en lien avec le coude, l'ENMG de la Dresse Q\_\_\_\_\_ du 3 septembre 2019 était postérieure à l'expertise, lors de laquelle aucun signe d'atteinte neurologique n'avait été mis en évidence.

S'agissant du genou gauche, l'atteinte du ligament croisé dans les suites de l'accident était connue de l'expert et le status clinique ne relevait ni limitations, ni signes d'instabilité.

En définitive, le SMR ne pouvait s'écarter ni des diagnostics, ni des conclusions de l'expert N\_\_\_\_\_.

28. Par écriture du 17 décembre 2019, le recourant a campé sur sa position.

Il tire de l'opinion du Dr C\_\_\_\_\_ la conclusion que, tant du point de vue des diagnostics retenus que de leur incidence sur sa capacité de travail, l'avis du Dr N\_\_\_\_\_ est manifestement lacunaire ; il a sous-estimé la gravité des atteintes, leur aggravation dans le temps et leurs répercussions sur sa capacité de travail.

Le même constat prévaut à la lumière des avis des Prof. R\_\_\_\_\_ et S\_\_\_\_\_.

29. Après étude du dossier, la Cour de céans, par courrier du 2 septembre 2020, a informé les parties qu'elle envisageait la mise sur pied d'une expertise qui serait confiée au docteur U\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et leur a soumis les questions qu'elle entendait lui poser avec un délai pour se déterminer.

30. Par écriture du 21 septembre 2020, l'intimé a émis l'avis qu'une nouvelle expertise était inutile, indiquant que si la Cour persistait dans ses intentions, il n'avait ni motif de récusation à faire valoir, ni question supplémentaire à poser.

31. Le 21 septembre 2020, le recourant s'est exprimé dans le même sens, sans toutefois contester quant à lui l'utilité d'une expertise.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ – E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA – RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI – RS 831.20).

La 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. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA – E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA), le recours est recevable (art. 56ss LPGA et 62ss LPA).
4. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à rejeter la nouvelle demande de prestations du recourant, singulièrement si une aggravation de son état de santé s'est produite entre le 22 avril 2010 - date de la première décision lui octroyant une demi-rente d'invalidité dès le 9 avril 2000 - et le 12 décembre 2018, date de la décision litigieuse.
5. a. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RAI – RS 831.201). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b et les références citées). Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).  
b. Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques - et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA et comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) pour déterminer si une modification notable du taux d'invalidité justifiant la révision du droit en question est intervenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_412/2010 du 22 février 2011 consid. 3).

6. a. L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1).

b. Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1). Si l'administration constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a et 109 V 114 consid. 2a et b; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_721/2014 du 16 juin 2015 consid. 3.1).

7. 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 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

8. a. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la 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, les 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 psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle

appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail.

b. Dans un arrêt 9C\_492/2014 du 3 juin 2015, publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'alors, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65; ATF 131 V 49; ATF 130 V 352). Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais 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).

c. Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée.

d. Le diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la 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, les 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 psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

9. 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. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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.

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

c/bb. 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).

c/cc. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

10. 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 et les références). Il n'existe 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, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004

---

consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible notamment lorsqu'il apparaît nécessaire d'élucider une question demeurée non instruite jusque-là ou qu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

11. En l'espèce, il convient de comparer la situation telle qu'elle se présentait lors de la décision du 22 avril 2010 avec celle existant au moment de la décision du 12 décembre 2018 pour apprécier le bien-fondé d'une éventuelle révision opérée en application de l'art. 17 LPGA.

La décision du 22 avril 2010 se fondait sur le rapport d'expertise interdisciplinaire du 30 janvier 2009 du CEMed, aux termes duquel la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de carreleur, mais de six heures par jour, avec une diminution de rendement de 20% dans une activité sédentaire, ne nécessitant pas de gestes répétitifs ou de force du membre supérieur droit, permettant l'alternance des positions assis/debout, ne sollicitant pas le rachis avec des positions penchées en avant. Sur la base de ces éléments, l'intimé avait considéré que l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites était exigible à 75% et que le degré d'invalidité s'élevait à 56% en 2000.

Suite à la nouvelle demande déposée le 22 juin 2015, plus précisément à l'arrêt ATAS/704/2017 du 17 août 2017 annulant la décision du 5 décembre 2016 et renvoyant le dossier pour instruction complémentaire à l'intimé, ce dernier a ordonné une expertise rhumato-psychiatrique. Les experts ont estimé qu'en l'absence de diagnostic psychiatrique autre que la majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) - sans effet sur la capacité de travail -, il n'y avait pas, d'un point de vue somatique, de péjoration significative à long terme par rapport à la situation ayant fait l'objet de l'expertise du CEMED du 30 janvier 2009.

Si, d'un point de vue psychiatrique, les conclusions de l'expert O\_\_\_\_\_ apparaissent claires, motivées et convaincantes, notamment quant aux raisons d'écarter les diagnostics retenus par la Dresse L\_\_\_\_\_ (trouble dépressif récurrent, épisode sévère, et modification durable de la personnalité sur syndrome algique chronique), faute d'en remplir les critères pertinents et/ou de gravité, et de pouvoir résister, de surcroît, à l'examen de leur cohérence et plausibilité, il n'en va pas de même du volet rhumatologique de l'expertise.

Les diagnostics ont certes été posés par le Dr N\_\_\_\_\_. Toutefois, le rapport de cet expert demeure lacunaire, peu motivé, imprécis, voire contradictoire, faiblesse qui

s'explique notamment par les documents d'imagerie - moins exhaustifs que ceux sur lesquels s'appuie le Prof. S\_\_\_\_\_ dans ses observations du 6 novembre 2019 - et/ou les conclusions que l'expert en tire, relativisant par ce biais notamment la portée de l'accident de scooter du 9 septembre 2014, événement qui, selon les constatations faites le jour-même par le Dr I\_\_\_\_\_, avait occasionné un impact au niveau du coude, du genou et de la cheville gauches. Ainsi, alors que l'IRM du coude gauche du 23 mai 2017 refléterait, aux dires du Dr N\_\_\_\_\_, une « minime lésion de l'insertion proximale des ligaments collatéraux » (vs « rupture partielle du ligament collatéral latéral du coude gauche » selon l'analyse de la même IRM rapportée le 6 novembre 2019 par le Prof. S\_\_\_\_\_), cette appréciation voit sa portée encore réduite par l'expert en étant restreinte, de manière contradictoire, à une simple « suspicion d'une lésion partielle de l'insertion proximale du ligament collatéral radial en mai 2017 », atteinte que le Dr N\_\_\_\_\_ classe parmi les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Concernant toujours le coude gauche, la radiographie du 8 juin 2018 révélerait, aux dires du Dr N\_\_\_\_\_, un « espace articulaire huméro-radial et radio-cubital [sans particularité] » et « une absence de trouble dégénératif significatif » (vs « instabilité en varus de grade II du coude gauche » selon l'analyse de la même radiographie faite le 6 novembre 2019 par le Prof. S\_\_\_\_\_), lui permettant de retenir le diagnostic, sans répercussion sur la capacité de travail, de « douleurs du coude G sans signe de tendinopathie ou ligamentaire ». S'il est vrai que d'autres examens documentant une péjoration de l'état du coude gauche ne sont en principe pas pertinents car postérieurs à la décision litigieuse (cf. ATF 121 V 366 consid. 1b), telle l'ENMG du 30 août 2019 révélant une atteinte compressive du nerf cubital gauche au coude, il n'en demeure pas moins qu'en tant que le Prof. S\_\_\_\_\_ donne plus de poids que l'expert N\_\_\_\_\_ à la radiographie du 8 juin 2018 précitée, en y discernant une instabilité en varus de grade II du coude gauche, non présente en 2009-2010, qu'il juge incapacitante, il existe à tout le moins un doute sérieux, à la lumière de la péjoration évoquée, au sujet de l'« espace articulaire huméro-radial et radio-cubital [sans particularité] » et de l'« absence de trouble dégénératif significatif » rapportés par le Dr N\_\_\_\_\_, au moment de la décision litigieuse.

Il ressort également de l'expertise du Dr N\_\_\_\_\_ qu'une ultrasonographie des épaules droite et gauche, réalisée le 6 juillet 2018, permettrait « une bonne visualisation des muscles sus-épineux, sous-épineux et sous-scapulaire : absence de signe de rupture, même partielle, absence de tendinopathie, intégrité tendineuse conservée ». Toutefois, des analyses plus poussées, citées par le Prof. S\_\_\_\_\_ dans ses observations du 6 novembre 2019, effectuées deux jours, respectivement six semaines après la décision litigieuse (radiographie et IRM de l'épaule gauche du 14 décembre 2018 ; arthro-IRM de l'épaule droite du 25 janvier 2019), révèlent au contraire, par rapport à 2009-2010, une aggravation de la tendinopathie du sus-épineux gauche et de l'arthrose acromio-claviculaire bilatérale, ainsi que l'apparition d'une omarthrose gauche, de sorte qu'il existe à encore un doute

sérieux au sujet des déductions que l'expert N\_\_\_\_\_ tire de l'ultrasonographie du 6 juillet 2018, au moment de la décision litigieuse.

12. Il résulte de ce qui précède que le volet rhumatologique de l'expertise bidisciplinaire ordonnée par l'intimé est impropre à établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'entre la décision du 22 avril 2010 et celle du 12 décembre 2018, l'état de santé du recourant ne se serait pas modifié de manière à influencer ses droits.

La Cour de céans ordonnera en conséquence une expertise rhumatologique qu'elle confiera au docteur U\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie.

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

- I. Ordonne une expertise rhumatologique de Monsieur A\_\_\_\_\_.

Commet à ces fins le docteur U\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

- A. Prendre connaissance du dossier de la cause,
- B. Si nécessaire, prendre tous les renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, en particulier les Drs C\_\_\_\_\_, R\_\_\_\_\_ et S\_\_\_\_\_.
- C. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres examens.

D. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

**1. Anamnèse détaillée.**

**2. Plaintes de la personne expertisée,**

**3. Status clinique et constatations objectives.**

**4. Diagnostics** (selon un système de classification reconnu).

4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.1 Dates d'apparition

4.3 L'état de santé s'est-il aggravé depuis le 22 avril 2010, date de la dernière décision de l'OAI entrée en force, et dans quelle mesure ?

**5. Limitations fonctionnelles**

5.1 Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic.

5.1.1 Dates d'apparition

5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

**6. Cohérence**

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

6.2 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution, en particulier depuis le 22 avril 2010, correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

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

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

## **7. Capacité de travail**

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

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

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

7.1.3 Veuillez préciser si dans l'ancienne activité de carreleur, le taux d'incapacité de travail et/ou le rendement se sont modifiés depuis le 22 avril 2010, date de la dernière décision de l'OAI entrée en force et dans quelle mesure, en précisant sur quels éléments se fonde votre réponse.

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

7.2.1 Si non ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

7.2.2 Si oui, quelle activité lucrative ? À quel taux ? Avec quelle diminution de rendement ? Depuis quelle date ?

7.2.3 Veuillez préciser si le taux d'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée et/ou le rendement dans une telle activité se sont modifiés depuis le 22 avril 2010, date de la dernière décision de l'OAI entrée en force et dans quelle mesure, en précisant sur quels éléments se fonde votre réponse.

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

## **8. Traitement**

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

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

8.3 Quelle est la compliance de la personne expertisée au traitement médical et médicamenteux ? Confirmer la compliance médicamenteuse avec un dosage sanguin.

## **9. Appréciation d'avis médicaux du dossier**

- 9.1 Êtes-vous d'accord avec le rapport d'expertise du Dr N\_\_\_\_\_ (volet rhumatologique du 26 juillet 2018) ? En particulier avec les diagnostics posés et l'estimation d'une capacité de travail nulle dans l'activité de carreleur et de 70% dans toute activité adaptée ? Si non pourquoi ?
- 9.2 Êtes-vous d'accord avec les avis des médecins traitants (Drs C\_\_\_\_\_, R\_\_\_\_\_ et S\_\_\_\_\_) ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail inférieure à celle retenue par le Dr N\_\_\_\_\_ ? Si non, pourquoi ?
- 9.3 S'agissant en particulier des observations du 6 novembre 2019 du Prof. S\_\_\_\_\_, êtes-vous d'accord avec les aggravations (apparition de nouveaux troubles et/ou aggravation de troubles préexistants) qu'il décrit par rapport à 2009-2010 et à la suite de l'accident de 2014 ? Si non, pourquoi ?
10. Quel est le pronostic ?
11. Des mesures de réadaptation professionnelles sont-elles envisageables ?
12. Faire toutes autre observations ou suggestions utiles.

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

La greffière  
Marie-Catherine SECHAUD

La présidente  
Karine STECK

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