

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4282/2017

ATAS/434/2018

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 24 mai 2018

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 _____ 1958, originaire de Bosnie, naturalisé Suisse le 8 septembre 2009, marié, dispose d'une formation de chauffeur de poids lourds. Il a exercé depuis le 13 octobre 1997 une activité de chauffeur-livreur pour B_____ SA (ci-après : l'employeur). L'employeur assure ses employés en perte de gain maladie auprès de MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA jusqu'au 31 décembre 2014 et auprès d'HELSANA ASSURANCE SA (ci-après : HELSANA) dès le 1^{er} janvier 2015.
2. Une échographie des deux épaules du recourant avec infiltration de l'épaule droite a été pratiquée le 27 février 2014 par le docteur C_____ du centre d'imagerie d'Onex et a conclu à une rupture complète du sus-épineux respectant cependant quelques fibres proximales supérieures. Bursite irritative d'accompagnement mais nettement moins prononcée qu'à droite. Il était à noter que les articulations acromio-claviculaires se distinguaient par de petits pincements et une protrusion supérieure de leur ménisque intermédiaire soulignée par un léger épanchement. Ceci correspondait à une arthropathie évolutive de surcharge.
3. L'assuré a été en incapacité de travail depuis le 10 octobre 2014 et a reçu une indemnité journalière versée par HELSANA.
4. Une IRM de la colonne lombaire du 10 octobre 2014 a conclu à une volumineuse extrusion discale L4 – L5 comprimant la racine L5 droite au niveau récessal. Pas d'autre conflit radiculaire franc.
5. Le docteur D_____, FMH neurochirurgie, a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assuré du 3 au 16 novembre 2014.
6. Les 30 octobre et 6 novembre 2014, le Dr D_____ a posé le diagnostic de lomboradiculalgie L5 droite aiguë et discrètement déficitaire sur le plan sensitivo moteur, volumineuse hernie discale L4 - L5 luxée vers le bas à droite (IRM du 10 octobre 2014).

Il y avait, à l'examen clinique, des signes irritatifs importants mais également un discret syndrome déficitaire sur le plan sensitif dans tout le dermatome et sur le plan moteur au niveau du releveur de l'hallux (M4+), avec une imagerie récente confirmant la présence d'une pathologie dégénérative compliquée d'une hernie discale L4 – L5 à droite, expliquant tout à fait les symptômes du patient.

Une infiltration periradiculaire L5 droite radioguidée avait été effectuée le 4 novembre 2014.
7. Le 12 janvier 2015, l'employeur a licencié l'assuré pour le 31 mars 2015.
8. Le 15 janvier 2015, le Dr D_____ a rempli un rapport médical AI attestant de lomboradiculalgie L5 droite aiguë et discrètement déficitaire sur le plan sensitivo moteur, volumineuse hernie discale L4 – L5 luxée vers le bas à droite (confirmé par une IRM du 10 octobre 2014). Il avait suivi l'assuré du 29 octobre 2014 au

4 novembre 2014. Une infiltration avait été effectuée le 4 novembre 2014. L'assuré avait subi un blocage lombaire en mai 2014, puis une douleur lombaire en septembre 2014 avec, vers le 5 octobre 2014, une irradiation dans le membre inférieur droit ; la situation s'était ensuite aggravée, avec un syndrome hyperalgique.

9. Le 6 mars 2015, le docteur E_____, FMH médecine interne, a rempli un rapport médical pour HELSANA, mentionnant un diagnostic de lombalgie non déficitaire MS 4.4 et hernie discale MS 1 – 2. L'incapacité de travail était totale depuis le 10 octobre 2014 ; il avait vu une fois l'assuré en urgence le 10 octobre 2014.
10. Le 1^{er} avril 2015, HELSANA a annoncé le cas à l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) et a communiqué une demande de prestations signée le 25 mars 2015 par l'assuré.
11. Le 27 avril 2015, le Dr F_____ a rempli un rapport médical pour HELSANA mentionnant une activité adaptée possible à 50 %.
12. Le docteur F_____, FHM médecine interne, a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assuré pour maladie du 1^{er} au 30 avril 2015.
13. Le 13 mai 2015, le Dr F_____ a rempli un rapport médical AI attestant de lomboradiculalgies L5 à droite sur volumineuse hernie discale L4 - L5, tendinopathie des deux épaules (rupture sus-épineux bilatérale en novembre 2013). Il suivait l'assuré depuis mars 2012, lequel avait subi un lumbago en août 2013, avec une récurrence en mai 2014 et en octobre 2014 ; les douleurs aux épaules avaient récidivé en novembre 2014 ; l'incapacité de travail était totale depuis le 10 octobre 2014 et de 50 % dans une activité adaptée depuis juin 2015.
14. Le 1^{er} juillet 2015, le docteur G_____, FMH rhumatologie, a rendu un rapport d'expertise.

L'assuré présentait des lombalgies depuis mai 2014, avec une lombosciatique L5 droite hyperalgique en octobre 2014 et une volumineuse hernie discale L4-L5 droite, luxée vers le bas ; l'évolution avait été lentement progressive, avec régression des symptômes estimés à 65-70 % ; il persistait des lombalgies droites ; il était justifié de refaire une IRM pour voir l'évolution de la hernie discale ainsi que des radiographies/échographies de l'épaule droite ; l'assuré présentait ainsi une pathologie bilatérale de la coiffe des rotateurs qui limitait certains mouvements. Il pourrait travailler dans une activité adaptée (manutention légère permettant d'alterner les positions assise et debout, son port de charges, sans activités répétitives les bras au-dessus de l'horizontal au niveau des épaules) mais pas dans l'activité antérieure.

15. Le 13 juillet 2015, le rapport d'évaluation IP a mentionné un entretien avec l'assuré et indiqué qu'il était convenu d'un nouveau point de situation en septembre 2015.
16. Par décision du 22 septembre 2015, HELSANA a informé l'assuré qu'elle cesserait le versement de l'indemnité journalière au 1^{er} février 2016, l'assuré disposant d'un

délai de quatre mois pour trouver une activité adaptée à son état de santé, qu'il était capable d'exercer à 100 % sans perte de salaire et cela selon l'avis du Dr G_____ du 1^{er} septembre 2015 suite au résultat de l'IRM du 3 août 2015.

17. Le 5 octobre 2015, l'OAI a calculé le degré d'invalidité de l'assuré sur la base d'un revenu sans invalidité en 2014 de CHF 55'200.- et un revenu d'invalidité de CHF 56'211.- (selon l'ESS 2012, TA1, homme, total, sur la base d'un horaire hebdomadaire de travail de 41,7 h, avec une déduction de 15 %); le degré d'invalidité était dès lors nul.
18. Par projet de décision du 15 octobre 2015, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré en constatant que son degré d'invalidité était nul.
19. Le 10 novembre 2015, le Dr F_____ a écrit à l'OAI qu'il souhaitait clarifier la situation suite au projet de décision ; l'assuré présentait un problème de lombalgies sur hernie discale bien connu (depuis mai 2014) qui s'était amélioré ces derniers mois, mais qui l'empêchait complètement de travailler dans les mêmes conditions qu'auparavant (chauffeur-livreur), mais avec la possibilité de travailler à 50 % dans un poste adapté à ce handicap.
20. Le 11 novembre 2015, l'assuré a écrit à l'OAI en contestant la suppression de l'indemnité journalière au 1^{er} février 2016 car il était en arrêt accident, avec des douleurs à la colonne cérébrale, aux lombaires, aux épaules et au genou droit.
21. En décembre 2015, le docteur H_____ a attesté de diagnostics actuels de lombalgo-sciatalgies gauches sur hernie discale, périarthrite scapulo-humérale bilatérale (gauche > droite), état de stress post-traumatique différé (ICD10 F42-2).
Il avait suivi l'assuré de juillet 1995 jusqu'en 1998, lors de son arrivée à Genève, pour un état de stress post-traumatique manifestation dû aux violences de guerre subies dans son pays d'origine ; l'assuré était revenu consulter en mai 2015, en raison d'une réactivation des symptômes liés au stress post-traumatique, à la suite de son accident de travail et de ses conséquences professionnelles, sociales et familiales ; une évolution vers des modifications durables de la personnalité était probable ; la « capacité » de travail était actuellement de 100 %.
22. Le 3 décembre 2015, le Dr I_____, du SMR, a estimé qu'il convenait de demander le rapport du Dr G_____ qui ne figurait pas au dossier et des renseignements complémentaires au Dr F_____.
23. Le 19 novembre 2015, HELSANA a maintenu sa décision de supprimer les prestations au 1^{er} février 2016.
24. Une IRM de la colonne lombaire du 3 août 2015 a conclu à une nette diminution de l'herniation L4-L5 droite sans conflit ipsi-latéral visible mais avec persistance d'une discrète protrusion en pré-foraminal gauche possiblement conflictuelle avec la racine de L5 ipsi-latérale et à confronter à la clinique plus spécifique. Pas d'autre changement significatif entre les examens avec persistance des discopathies aux étages L3-L4 et L5-S1 ainsi que les troubles dégénératifs postérieurs.

25. Le 1^{er} septembre 2015, le Dr G_____ a confirmé, au vu de l'IRM du 3 août 2015, que l'assuré pouvait travailler dans une activité adaptée.
26. Le 16 octobre 2015, l'assuré a contesté auprès d'HELSANA la décision de suppression de l'indemnité journalière au 1^{er} février 2016.
27. Le 20 octobre 2015, le Dr F_____ a écrit à HELSANA pour contester la suppression des indemnités journalières au 1^{er} février 2016 ; l'assuré présentait des lombalgies et des douleurs aux épaules handicapantes, une gonalgie droite, laquelle n'était pas connue du Dr G_____ lors de son expertise.
28. Le 4 novembre 2015, le Dr G_____ a confirmé son appréciation ; les lombalgies et l'atteinte dégénérative de la coiffe des rotateurs ne permettaient plus l'exercice de l'ancienne activité mais une activité adaptée était possible ; s'agissant du genou droit, il n'y avait pas d'atteinte lors son examen mais une activité assise sans port de charge, agenouillement ou accroupissement était de toute façon possible ; enfin l'assuré s'estimait incapable de travailler, sans motivation à reprendre une activité professionnelle.
29. Selon un procès-verbal d'entretien de l'assuré avec un inspecteur des sinistres d'HELSANA du 9 septembre 2015, les professions de chauffeur-livreur de marchandises légères, chauffeur de taxi, remplissage des étagères dans un supermarché ou une épicerie ont été envisagées avec l'assuré.
30. Le 11 janvier 2016, le Dr F_____ a répondu à une demande de renseignements de l'OAI.

L'assuré ne pouvait travailler à 100 % car il ne pouvait rester longtemps dans la même position, en raison des douleurs et de la fatigabilité importante suite aux douleurs chroniques (dos + épaules). Dans un poste adapté, il serait capable de travailler maximum quatre heures par jour.
31. Le 21 janvier 2016, le Dr I_____, du SMR, a relevé qu'une expertise rhumatologique et psychiatrique était nécessaire.
32. Le 6 janvier 2016, le Dr H_____ a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assuré en janvier 2016, de mai à juillet 2016, du 22 au 30 septembre 2016, en octobre 2016, mai 2017 et juillet 2017.
33. Le 16 février 2016, le Dr F_____ a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assuré de février à avril 2016 et de juin 2016 à octobre 2017.
34. Le 25 février 2016, le Dr J_____, du département de chirurgie des HUG, a attesté, selon le bilan radiologique de l'épaule gauche, d'une rupture transfixiante du sus-épineux, associée à une tendinopathie distale et à une arthropathie acromio-claviculaire ; une prise en charge chirurgicale avait été discutée avec l'assuré.
35. Le 5 septembre 2017, le SMR (Drs K_____, FMH médecine interne et rhumatologique et L_____, FMH psychiatrie et psychothérapie) a rendu un rapport d'expertise fondé sur un examen de l'assuré du 24 juillet 2017.

Le 15 mai « 2015 », l'assuré avait chuté d'une échelle (3 m) et s'était réceptionné sur les fesses ; il s'était bloqué le dos et avait subi par la suite d'importantes douleurs lombaires, il s'était à nouveau bloqué le dos le 10 octobre « 2015 » ; il avait développé des douleurs à l'épaule droite depuis 2014, puis à l'épaule gauche ainsi que des douleurs au genou droit depuis début 2014 et des cervico-dorsalgies ; du point de vue psychiatrique, il se plaignait de maux de tête et de trouble du sommeil.

Les experts ont posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail de :

- rachialgies diffuses avec surtout lombosciatalgies bilatérales à prédominance droite dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis et de troubles dégénératifs du rachis lombaires
- périarthrite scapulo-humérale bilatérale avec status après désinsertion du versant bursal antérieur du tendon supra-épineux gauche, tendinopathie latérale du sous-scapulaire gauche et status après rupture complète du sus-épineux droit.
- syndrome rotulien droit dans le cadre de troubles dégénératifs du genou droit avec lésion de grade II de la corne postérieure du ménisque interne.

Et sans répercussion sur la capacité de travail : léger excès pondéral avec BMI à 26 ; status après cholécystectomie ; antécédent de colique néphrétique ; majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques.

Du point de vue rhumatologique ; la capacité de travail comme chauffeur-livreur était nulle depuis le 10 octobre 2014 mais totale dans une activité adaptée (nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kilos. Pas de port régulier de charges d'un poids excédant 8 kilos, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations. MS : pas d'élévation ou d'abduction des épaules à plus 70°, pas de lever de charges de plus de 5 kilos avec les membres supérieurs. Pas de mouvements répétitifs des deux épaules au-dessus de l'horizontal. MI : pas de genuflexion répétée. Pas de franchissement régulier d'escabeau, échelle ou escaliers. Pas de marche en terrain irrégulier. Pas de position debout et de marche de plus de trente minutes).

L'assuré présentait de nombreuses incohérences.

Du point de vue psychiatrique, les documents au dossier, l'anamnèse et le status plaident en faveur du diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Il ne s'agissait en aucun cas d'une exagération délibérée de l'assuré mais bien d'un ressenti douloureux supérieur à celui que ne laisserait supposer les lésions organiques. Ce diagnostic imposait d'être examiné selon les indicateurs standards actuels : les éléments recueillis et dans le contexte psychosocial permettaient de constater que les ressources disponibles ou mobilisables étaient conservées et en cohérence avec l'anamnèse de la vie quotidienne. Ce diagnostic ne présentait donc pas de caractère incapacitant. Un état

de stress post-traumatique pouvait être exclu. Si l'assuré présentait encore quelques cauchemars, ces derniers s'étaient nettement espacés et améliorés. De plus, l'assuré ne présentait actuellement ni flashback, ni anesthésie psychique, ni détachement par rapport aux autres, ni d'insensibilité à l'environnement, ni anhédonie ni évitement d'activités ou de situations pouvant évoquer le diagnostic d'état de stress post-traumatique ; ce dernier initialement décrit par le Dr H_____ comme massif dans son document de novembre 2015 avait pratiquement disparu en 1998, permettant de mettre fin à la prise en charge médico-psychologique. La réactivation des symptômes de type stress post-traumatique mentionné en 2015 était secondaire à l'accident de travail et s'était également nettement améliorée. L'examen objectivait finalement une thymie neutre, non abaissée et ne mettait en évidence aucun élément en faveur d'un trouble dépressif ou anxieux. Il n'y avait jamais eu d'incapacité de travail.

36. Le 2 mai 2017, le Dr J_____ a constaté une évolution favorable au niveau de l'épaule gauche de l'assuré.
37. Une IRM du genou droit du 5 octobre 2015 a conclu à des lésions cartilagineuses de grade III en rétro-rotulien, de grade II au niveau du plateau tibial latéral et de grade I au niveau du tibia médial. Multiples kystes sous-chondraux du plateau tibial médial et latéral et lésion de grade 2 du corne postérieur du ménisque médial.
38. Une IRM de la colonne lombaire du 24 mars 2017 a conclu à un status quo par rapport au précédent contrôle IRM du 3 août 2015. Discopathies étagées L3-S1 dominées par :
 - une fissuration de l'anneau fibreux postéro-latéral gauche L3-L4 ;
 - une discopathie pincée avec bombement discal à base d'implantation large centrée sur le neuro-foramen L4-L5 gauche participant à une sténose multi-factorielle ;
 - une discopathie pincée L5-S1 avec débord discal circonférentiel participant à une sténose multi-factorielle neuroneuro-foraminale L5-S1 gauche.
39. Par décision du 27 septembre 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif que celui-ci pouvait dès le 1^{er} septembre 2015 travailler à 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, de sorte que son degré d'invalidité était nul (revenu sans invalidité de CHF 55'200.- et revenu d'invalidé de CHF 56'211.-).
40. Le 14 octobre 2017, le Dr F_____ a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée en faisant valoir qu'il était inquiet pour l'assuré qui semblait complètement incapable de travailler en raison de son ressenti physique et mental ; le Dr M_____ évoquait des symptômes de déréalisation-dépersonnalisation pouvant expliquer en partie l'anxiété et la douleur de l'assuré, malgré un examen clinique et radiologique plutôt

rassurant ; l'aspect psychiatrique n'avait pas été suffisamment approfondi ; l'assuré a co-signé le recours.

41. Le 3 octobre 2017, le Dr H_____ a écrit qu'il avait repris le suivi de l'assuré en juin 2015, que son état physique et psychique s'était dégradé et que la décision de l'AI n'était pas adaptée à la situation actuelle.
42. Le 22 novembre 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours au motif que l'expertise du SMR du 5 septembre 2017 était probante.
43. Le 29 janvier 2018, le Dr F_____ a répliqué en précisant que l'assuré devait pouvoir consulter un psychiatre spécialisé dans le suivi des patients ayant vécu la guerre ; le Dr N_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, avait été sollicité. Cette écriture a été co-signée par le recourant.
44. Le 26 février 2018, le Dr N_____ a écrit à la chambre de céans qu'il avait vu le recourant les 8 et 26 février 2018, que celui-ci avait vécu des violences au Tessin en 1995, alors qu'il tentait de rejoindre son épouse déjà en Suisse, que cet événement avait été un élément traumatique, ajouté à ceux liés au risque de mort pendant la guerre ; l'assuré présentait des cauchemars, des pensées intrusives éveillés, l'évitement de ses amis, il vivait une émergence de symptômes lorsqu'il rencontrait des personnes ayant vécu cette guerre ; son discours était centré sur des épisodes de confrontation pendant la guerre ; il présentait des symptômes psychologiques et psychiques anxieux ; il présentait un trouble du sommeil presque chaque nuit avec des réveils parfois multiples ; il racontait des souvenirs intrusifs sous forme de « flash backs » surtout depuis les événements récents en Syrie ; la vision d'un reportage faisait resurgir ces reviviscences ; des troubles de concentration étaient objectivés pendant les entretiens ; il perdait le fil par moment et insistait pour terminer une histoire pour ne pas perdre le fil ; il n'arrivait pas à suivre une prière. le Dr N_____ a posé le diagnostic d'état de stress post-traumatique (F43.1).
45. Le 23 mars 2018, le Dr O_____, du SMR, a estimé qu'au vu du courrier du Dr N_____, l'état psychique du recourant s'était aggravé depuis l'expertise du SMR du 24 juillet 2017 mais que cela ne pouvait qu'être postérieur à la décision de septembre 2017.
46. Le 27 mars 2018, l'OAI a observé que l'éventuelle aggravation de l'état de santé de l'assuré était postérieure à la décision litigieuse, de sorte qu'il maintenait sa décision.
47. Le 19 avril 2018, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une expertise psychiatrique au docteur P_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, à Chêne-Bourg, et leur a imparti un délai pour faire valoir leurs observations.
48. Le 30 avril 2018, l'OAI a estimé qu'une expertise n'était pas justifiée.
49. Le recourant n'a pas fait d'observations.

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. A 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 la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

5. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

6. 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 consid. 3.1.; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

7. a. 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. En effet, celle-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

A l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, 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).

Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs).

b. Ces indicateurs sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

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

A. Axe « atteinte à la santé »

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

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1).

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

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

3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

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

Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi »

(conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence »

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

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

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

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

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

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de

l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

8. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, 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 et les références).

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).

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).

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).

Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leur les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles psychiques. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales, ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 648/03 du 18 septembre 2004 consid. 5.1.3 et 5.1.4).

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).

Un rapport du SMR 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). Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de

leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont 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).

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).

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

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

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en 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 quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, 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. 4.4.1.3 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).

10. En l'occurrence, l'intimé admet que l'état de santé du recourant s'est passablement aggravé du point de vue psychiatrique depuis l'examen pratiqué par le SMR le 24 juillet 2017 et cela compte tenu des constatations et appréciations du Dr N_____ du 26 février 2018 ; il considère cependant que cette aggravation s'est produite postérieurement à la date de la décision litigieuse le 27 septembre 2017, de sorte que celle-ci, fondée sur le rapport d'expertise du SMR du 5 septembre 2017, jugé probant, ne peut qu'être confirmée.

Cependant, contrairement à l'avis de l'intimé, aucun élément ne permet d'affirmer, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'aggravation de l'état de santé dont a fait état le Dr N_____, se serait produite postérieurement au 27 septembre 2017.

Au contraire, le Dr H_____ a attesté en décembre 2015 déjà de la présence chez le recourant de symptômes similaires à ceux constatés en février 2018 par le Dr N_____ et relevant d'un diagnostic d'état de stress post-traumatique, ce dernier ayant également été retenu par le Dr N_____ ; ces symptômes ont justifié une nouvelle consultation du recourant auprès du Dr H_____ en mai 2015 (un suivi ayant déjà eu lieu de 1995 à 1998 auprès du Dr H_____) et celui-ci craignait une évolution probable vers des modifications durables de la personnalité. En outre, le Dr Q_____ a relevé, dans son recours du 14 octobre 2017, soit une quinzaine de jours seulement après la date de la décision litigieuse, que le Dr H_____ évoquait des symptômes de déréalisation-dépersonnalisation du recourant.

Au vu de ce qui précède, il convient de constater que l'aggravation de l'état de santé du recourant pourrait s'être produite antérieurement à la décision litigieuse.

Par ailleurs, l'expertise psychiatrique du SMR du 5 septembre 2017, sur laquelle se fonde l'intimé pour rejeter la demande de prestations du recourant, n'est pas exempte de toute critique.

En effet, contrairement à l'avis de l'intimé, l'anamnèse psychosociale est très succincte, l'anamnèse psychiatrique est un simple résumé du rapport médical du Dr H_____ de décembre 2015, par ailleurs déjà résumé par l'experte dans le chapitre « motif de l'examen et documents du dossier ». L'appréciation du cas est peu motivée et superficielle, l'experte se bornant à indiquer que « les documents du dossier, l'anamnèse et l'examen » attestent d'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. L'affirmation de l'experte que « la réactivation des symptômes de type stress post-traumatique mentionné en 2015 est secondaire à l'accident de travail et s'est également nettement améliorée » n'est pas claire ; le recourant est considéré comme possédant de bonnes capacités de résilience, sans que cette assertion ne soit expliquée ; enfin, les constatations du Dr H_____ ne sont pas discutées.

Au vu de ce qui précède, la chambre de céans ne peut trancher, en l'état du dossier, la question de la capacité de travail du recourant du point de vue psychiatrique, de sorte qu'une expertise judiciaire est nécessaire. Celle-ci sera confiée au docteur P_____, FMH psychiatrie et psychothérapie.

Enfin, s'agissant de l'aspect rhumatologique, qui n'a pas été spécifiquement contesté par le Dr F_____ et le recourant, la question de la nécessité ou non d'une instruction médicale complémentaire peut, en l'état, rester ouverte.

Statuant préparatoirement

- I. Ordonne une expertise psychiatrique.
- II. Commet à cette fin le docteur P_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Chêne-Bourg.
- III. 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 ;
 - c) examiner et entendre l'assuré, après s'être entourés de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes;
 - d) si nécessaire, ordonner d'autres examens.
- IV. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :
 1. Anamnèse détaillée.
 2. Plaintes et données subjectives de la personne.
 3. Status clinique et constatations objectives.
 4. Diagnostics selon la classification internationale.

Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse).
 5. Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ?
 6. Les plaintes sont-elles objectivées ?
 7. a) Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?
b) Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?
c) Existe-t-il un trouble de la personnalité ou, une altération des capacités inhérentes à la personnalité ?

Quelles sont ses répercussions fonctionnelles (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à travailler et/ou en termes d'adaptation ? Motiver votre position.
 - d) De quelles ressources mobilisables l'assuré dispose-t-il-elle ?
 - e) Quel est le contexte social ? L'intéressé peut-il-elle compter sur le soutien de ses proches ?

- f) Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible : cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de l'assuré à reconnaître sa maladie ?
- g) Dans l'ensemble, le comportement de l'expertisé vous semble-t-il cohérent ? Pourquoi ?
8. Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par l'assuré.
 9. Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?
 10. Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?
 11. Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?
 12. L'assuré a-t-il-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ?
 13. Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?
 14. Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?
 15. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, les limitations fonctionnelles qu'il entraîne,
 - a) dans l'activité habituelle
 - b) dans une activité adaptée.
 16. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assuré en pourcent,
 - a) dans l'activité habituelle
 - b) dans une activité adaptée.
 17. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution.
-

18. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée, indiquer depuis quand une telle activité est exigible et quel est le domaine d'activité adapté.
 19. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
 20. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail.
 21. a) Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr H_____ de décembre 2015 ? Si non pourquoi ?
b) Êtes-vous d'accord avec l'avis de la Doctoresse L_____ du SMR du 5 septembre 2017 ? Si non pourquoi ?
c) Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr O_____ du 26 février 2018 ? Si non pourquoi ?
 22. Formuler un pronostic global.
 23. Toute remarque utile et proposition des experts.
- V. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.
- VI. Réserve le fond.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

Une copie conforme de la présente ordonnance est notifiée aux parties par le greffe le