RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4437/2019 **ATAS/274/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 29 mars 2021

10ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à GENÈVE, représenté par APAS-Association pour la permanence de défense des patients et des assurés	recourant

contre

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

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré, le patient ou le recourant), né le 8 octobre 1959, agent de propreté/nettoyeur, célibataire, ressortissant espagnol, titulaire d'un permis C UE/AELE, a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) le 24 octobre 2018. Il était suivi, depuis mars 2012, par la doctoresse B_____(ci-après : la généraliste traitante), spécialiste FMH en médecine interne générale, et depuis 2017 par le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, privat docent, médecin adjoint agrégé au service de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). Il était en incapacité totale (100 %) de travail depuis 2012. L'atteinte à la santé relevait de la maladie, soit des lombalgies chroniques (Modic I et syndrome lombovertébral), et récidive de fibrillation auriculaire (ci-après : FA), existant depuis 2012. Il était assisté par l'Hospice général (ci-après : l'hospice).

2. La Dresse B_____a répondu à un questionnaire médical de l'OAI le 8 novembre 2018. Le début de la longue maladie remontait à 2016, la capacité de travail (ci-après : CT) exigible était de 0 % dans son activité habituelle, de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (lombalgies). L'évolution de l'incapacité de travail médicalement attestée était de 100 % dès le 1er août 2018, en cours. Médicalement, le patient était atteint de lombalgies chroniques et de FA; symptômes actuels : lombalgies quotidiennes avec irradiation des membres inférieurs (MI). Il était en traitement médicamenteux. Diagnostics incapacitants : lombalgies sur Modic I et syndrome lombovertébral; et sans incidence sur la capacité de travail: FA dès 2012. Le pronostic était très réservé au vu de l'âge et des lombalgies. Les prochaines mesures envisagées étaient de la physiothérapie à sec et en piscine et une activité sportive. Professionnellement, le patient avait exercé la profession de bagagiste jusqu'en 2010; toutefois, il n'avait plus d'activité depuis 2005. Quant aux limitations fonctionnelles, le patient ne pouvait pas rester dans la même position pendant longtemps, ni porter des charges lourdes. L'activité habituelle (bagagiste) n'était pas exigible, mais dans une activité adaptée, l'exigibilité était de 4 heures par jour. À la question de savoir quel était le potentiel de réadaptation du patient, elle a répondu : « maladie chronique »; aucun facteur ne faisait obstacle à une réadaptation. Elle ne s'est pas prononcée sur les limitations (éventuelles) de son patient par rapport à l'accomplissement des tâches ménagères.

   Elle produisait également des rapports que lui avait adressés le rhumatologue des HUG :

   - un rapport de consultation spécialisée du rachis, daté du 12 avril 2017, par le Dr C_____ (HUG) le 11 avril 2017. Diagnostic : lombalgies chroniques sur syndrome lombovertébral et sur Modic I L4-L5. Anamnestiquement, le patient

présentait depuis plusieurs années des épisodes de lombalgies mécaniques qui passaient en quelques jours; depuis un an, il présentait des lombalgies progressives constantes; il n'était pas limité dans la distance de marche, mais lorsqu'il marchait longtemps, les douleurs irradiaient dans les jambes (mollet, cuisse devant et derrière, sans caractéristiques neurogènes); douleurs pendant la nuit, difficultés à dormir, pas de dérouillage matinal; les AINS diminuaient les douleurs de 7 à 5/10, mais il avait dû les stopper en raison d'une pangastrite. Le moral n'allait pas trop mal. Le patient occupait ses journées en marchant. Il faisait de la physiothérapie à sec (passive et active) et en piscine à raison de 18 séances l'année précédente, mais il avait dû stopper en raison de la pangastrite. Il avait eu deux infiltrations épidurales en janvier puis en février (2017), avec peu d'effets. Quant aux antécédents et comorbidités, il retenait FA à réponse ventriculaire rapide symptomatique diagnostiquée en février 2012 avec deux cardioversions électriques électives en 2012 et 2014, et ablation par radiofréquence (RF) le 16 avril 2014 et en mai 2016. Socialement, le patient avait travaillé comme bagagiste jusqu'en 2010 pendant 15 ans. Il était à l'hospice depuis 2010; il avait accompli des « petits boulots », mais pas récemment. Il vivait seul, sans enfants, originaire d'Espagne. Il présentait un risque de chronicité (test Start Back) modéré, 4/10 avec sous-score à 2/5. Au test d'autoévaluation, la douleur du dos était forte et se situait à 7/10; la douleur aux membres était modérée (5/10), sans neuropathie; le handicap fonctionnel (ODI) était de 32 %, modéré; la qualité de vie liée à la santé (EQ 5D) était de 60 %, modérée; les indices d'anxiété [HADS] (5), et de dépression [HADS] (3) étaient négatifs. À l'examen clinique ciblé, il retenait une obésité abdominale; mouvements volontaires brusques; raideur lombaire importante avec douleurs à l'inclinaison, flexion, extension et rotation; modification du rythme lombopelvien; douleurs à la palpation L4-L5 vertébrales et paravertébrales et sacrum; hanches libres et indolores; pas de douleurs à la palpation du grand trochanter; pas de douleurs au Faber ou au test des sacro-iliaques; rétraction importante des chaînes postérieures et psoas; Lasègue et Léri négatifs; sensibilité superficielle normale, force 5/5, ROT vifs et symétriques mais non obtenus en achilléen gauche. Examens complémentaires : IRM lombaire : Modic I L4-L5 dans le cadre d'une hernie de Schmorl, sinon sans particularités (sp); radiographies lombaires du 11 avril 2017 : absence de listhésis. Discussion : le patient présentait des lombalgies chroniques à risque modéré de chronicisation dans le cadre d'une part d'un Modic I inflammatoire, et d'autre part d'un syndrome lombovertébral. Il n'y avait pas d'éléments pour une sciatique. Par rapport aux troubles dégénératifs décrits sur l'IRM, la corrélation entre les troubles dégénératifs et les rachialgies n'était pas claire, la littérature actuelle ne rapportant pas vraiment plus de hernie discale ou d'arthrose dans les

populations avec et sans lombalgies, rendant peu probable leur implication étiologique. Il semblait que l'étiologie soit multifactorielle avec l'implication d'une désorganisation du fonctionnement musculaire, d'une dysbalance musculaire et d'un circuit de la douleur altéré. Il a également noté ses recommandations sur le plan des traitements utiles;

- un courrier du Dr C_____ du 22 février 2018 indiquant au médecin traitant que le patient avait participé au programme multidisciplinaire de prise en charge pour les maux de dos, du 11 novembre 2017 au 9 février 2018. Diagnostic : lombalgies communes chroniques dans un contexte de Modic I; l'objectif était d'améliorer le confort et la durée en position assise; le traitement reçu avait été une physiothérapie à raison de 31 séances : 11 piscines, 14 machines, 3 mobilisations, 4 DEM/SEM; psychiatrie : groupe de parole hebdomadaire (8 séances au total). Selon le patient, l'évolution avait été très favorable; il disait avoir un meilleur sommeil, dormait des nuits complètes; il aurait également augmenté son périmètre de marche et se sentait plus mobile, plus endurant et moins algique lors de la marche; selon lui, les douleurs avaient diminué significativement; tous les tests physiques étaient en amélioration, même si certains étaient limités par la douleur ou la fatigue musculaire. Quant à l'évolution de sa vie quotidienne et professionnelle, il avait bien reçu les messages et appliquait les conseils; sur le plan psychique, malgré la difficulté à élaborer ce qui lui arrivait autour de la douleur, le groupe de parole lui avait permis de mieux comprendre comment appréhender la douleur au travers des échanges avec les autres participants. En conclusion, le médecin, observant que pour des raisons d'organisation, le patient n'avait été revu en consultation de clôture que deux semaines après la fin du programme, il n'avait pas continué d'activité sportive régulière, et notait une réapparition des douleurs dans les jours précédents (la consultation); le médecin l'encourageait à reprendre rapidement une activité physique régulière pendant plusieurs mois encore; vu les résultats, il préconisait une activité en piscine (pratique autonome dans un lieu proche de son domicile) et une activité en salle de fitness;
- un bilan des capacités fonctionnelles effectué le 8 février 2018, pendant 1h30, en fin de matinée, par une ergothérapeute des HUG.

3. Le 26 novembre 2018, le Dr C_____ a répondu à un questionnaire de l'OAI : l'anamnèse et l'examen clinique effectués lors des différentes consultations en rhumatologie (par plusieurs médecins différents) depuis 2017 mettaient en évidence un syndrome lombovertébral un peu fluctuant, mais qui pouvait être extrêmement sévère avec une limitation de mobilité dans tous les plans de l'espace et d'importantes difficultés à tenir assis. Lors de certaines consultations, le patient s'était levé et avait bougé à plusieurs reprises, n'arrivant pas à tenir plus de

10 minutes assis. À chaque fois, le lever de chaise était accompagné d'une courte phase de dérouillage qui pouvait être très intense et très douloureuse, et dont l'importance avait augmenté en fonction de la durée de la position assise; l'assuré souffrait d'un syndrome lombovertébral chronique décompensé depuis 2 ans, dans un contexte de Modic I L4-L5. Il visait également le bilan des capacités fonctionnelles réalisé en février 2018. La CT était de 0 % dans l'activité habituelle. S'agissant des limitations fonctionnelles, selon les observations effectuées à répétition par les divers thérapeutes (physio, ergothérapeute, psychiatre, psychologue et rhumatologue) durant les 2 mois de traitement régulier dans le contexte d'un programme multidisciplinaire, les limitations fonctionnelles étaient importantes, se répercutant dans toutes les activités de la vie sociale. L'intensité de ces répercussions était particulièrement bien décrite dans le bilan des capacités fonctionnelles. Néanmoins, une certaine amélioration avait été constatée pendant ce traitement intensif, avec en fin de programme une CT exigible de 50 % dans un travail adapté, à savoir sans port de charges, sans porte-à-faux, avec possibilité de pouvoir changer régulièrement de position. On aurait alors pu penser qu'une prise en charge conjointe, avec suivi pendant la réinsertion professionnelle, aurait pu avoir une chance de réussir; malheureusement, lorsqu'il avait été vu en contrôle, l'on avait assisté à une exacerbation importante des symptômes, avec à nouveau un syndrome lombovertébral important ne permettant plus de prescrire de reprise professionnelle. L'assuré n'étant pas suivi depuis lors, il n'était pas possible de connaître son évolution; on pourrait être en face d'une petite récidive sans répercussion ou d'une exacerbation plus importante avec des répercussions fonctionnelles majeures y compris professionnelles ramenant en phase avec ce qui avait été observé le jour du bilan des capacités fonctionnelles et dont les conclusions étaient : pas de CT exigible sur un poste rémunéré.

4. Le 13 février 2019, le service médical régional de l'AI (ci-après : SMR [docteur F_____]) a conclu qu'au vu des documents versés au dossier, il n'était pas en mesure de conclure, car l'état de l'assuré n'était pas stabilisé; on apprenait par ailleurs que l'assuré était suivi sur le plan cardiologique et aurait été opéré du cœur entre 2012 et 2016 selon ses dires. Le SMR invitait le gestionnaire à interpeller le cardiologue traitant, et le médecin traitant pour obtenir un rapport intermédiaire, d'ici à juin 2019.

5. La Dresse B_____a adressé un rapport intermédiaire à l'OAI le 21 juin 2019 : l'état de santé était resté stationnaire depuis l'automne 2018, sans changements de diagnostics depuis 2016, au quotidien. Le dernier examen médical remontait au 12 avril, et la précédente consultation au 21 mars 2019. Limitations fonctionnelles observées : impossibilité de rester dans une même position, et le port de charges. CT : la généraliste traitante observait que le patient n'avait plus d'activité

professionnelle depuis 2005. La compliance était optimale et il y avait une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. Traitements en cours : physiothérapie et antalgie. À la question de savoir, si une reprise de travail n'était pas possible actuellement, l'on pouvait envisager un retour au travail ultérieurement (dans le même métier ou dans un autre), elle a répondu : « tout de suite dans un travail adapté ». Elle estimait pour le surplus qu'un examen médical complémentaire serait nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la CT.

6. La doctoresse D_____, cardiologue FMH, a répondu à un questionnaire de l'OAI par courrier du 16 août 2019 : patient de 59 ans connu et traité pour une fibrillation auriculaire récidivante depuis 2012; les antécédents révélaient une cardioversion électrique avec récupération du rythme sinusal en février 2012, une nouvelle cardioversion électrique à la clinique des Grangettes le 25 octobre 2012, une ablation par RF d'une FA les 16 avril et 20 mai 2016. Lors de son dernier contrôle, du 22 mai 2018 (*recte : 2019*), le patient était asymptomatique et un enregistrement électrocardiographique de longue durée n'avait pas montré de récidive de FA. Il n'y avait pas d'affection cardiologique avec répercussion sur la CT. Le pronostic de la FA était toujours réservé, la possibilité d'une récidive existait, malgré le traitement par ablation par RF. Il était néanmoins probable que le rythme reste toujours normal.

7. Le SMR s'est à nouveau prononcé par avis du 5 septembre 2019, après retour des documents médicaux susmentionnés. Au vu des rapports du médecin traitant du 21 juin 2019 (reçus le 26 juin 2019), il n'y avait pas d'aggravation, l'état de santé étant stationnaire depuis l'automne 2018; la généraliste traitante estimait la CT totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de port de charges, alternance des positions, « tout de suite » selon son expression); sur le plan cardiologique, l'atteinte n'était pas durablement incapacitante, selon le rapport de la cardiologue traitante. En conclusion, le SMR se déclarait « d'accord avec les médecins traitants » sur une CT définitivement nulle dans l'activité habituelle de bagagiste nettoyeur depuis le 1er août 2018 et sur une CT progressive dans une activité adaptée, à 50 % dès le 8 novembre 2018 et à 100 % dès juin 2019.

8. Par courrier du 24 septembre 2019, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision lui refusant le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles. Le statut d'assuré retenu était celui d'une personne active à temps complet; l'OAI reconnaissait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle dès le 1er août 2018 (début du délai d'attente d'un an), considérant que, dans une activité adaptée à l'état de santé, la CT était de 100 % dès le 1er juin 2019. Par comparaison des revenus avec et sans invalidité, le taux d'invalidité s'élevait à 15 %, et n'ouvrait dès lors pas de droit à la rente. Quant au droit à d'éventuelles mesures professionnelles,

il était nié tant pour une orientation professionnelle (en raison de l'existence d'un nombre significatif d'activités non qualifiées dans les secteurs de la production et des services, accessibles sans intervention nécessaire de l'OAI) que pour un reclassement professionnel (vu le taux d'invalidité inférieur à 20 %); quant à l'aide au placement, cette prestation était ouverte lorsque le handicap posait des problèmes dans la recherche d'un emploi ou qu'un accompagnement était requis pour se présenter auprès d'un employeur, ce qui n'était pas son cas.

9. Ce projet de décision a été confirmé par décision formelle du 6 novembre 2019.

10. Le 2 décembre 2019, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre cette décision. Il concluait implicitement et principalement à l'annulation de la décision entreprise, à l'octroi d'une rente-invalidité, et subsidiairement à l'octroi des mesures d'ordre professionnel indiquées dans sa situation. Il contestait l'appréciation de l'intimé selon laquelle il serait apte à travailler à 100 % dans une activité adaptée dès le 1er juin 2019. Contrairement à ce que prétendait le SMR, la Dresse B_____ne disait pas, dans son rapport du 21 juin 2019, qu'il pouvait travailler à 100 % dans une telle activité, et cela ne correspondait pas aux discussions qu'il avait eues avec elle et au contenu de son rapport du 8 novembre 2018 qui précisait bien qu'il ne pouvait pas travailler plus de 4 heures par jour. Par ailleurs, le Dr C_____ attestait également le 26 novembre 2018 d'une CT de 50 % dans une activité adaptée aux lombalgies. Il notait également une exacerbation importante de ses symptômes au dernier contrôle, ne permettant pas la reprise d'une activité professionnelle. L'OAI retenait dès lors une pleine capacité de travail, de manière arbitraire. Il sollicitait l'audition de son médecin traitant.

11. L'intimé a répondu au recours par courrier du 7 janvier 2020 : il conclut à son rejet. Il ressortait de l'instruction menée par l'office que le recourant présentait une CT nulle dans son activité habituelle dès le 1er août 2018, mais de 50 % dès le 8 novembre 2018 et ensuite de 100 % dès juin 2019 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir : pas de port de charges, pas de porte-à-faux et alternance des positions (avis du SMR du 5/9/2019). Dans son rapport du 8 novembre 2018, la généraliste traitante faisait état d'une CT de 50 % dans une activité adaptée, tout en indiquant dans ses constats médicaux « lombalgies non déficitaires », que le pronostic était très réservé compte tenu de l'âge (facteur extra médical) et des lombalgies. Selon le rhumatologue traitant, le recourant présentait une CT de 50 % dans une activité adaptée. Il indiquait également que lors du contrôle (sans indication de date), ils (les médecins du service de rhumatologie des HUG) avaient constaté une exacerbation importante des symptômes ce qui ne leur avait pas permis de prescrire une reprise professionnelle. Dans son rapport du 21 juin 2019, la généraliste traitante indiquait que l'état de santé de l'assuré était

stationnaire et qu'il pouvait reprendre tout de suite une activité dans un travail adapté. Sur le plan cardiologique, il n'existait pas d'atteinte incapacitante selon le rapport de la cardiologue traitante. Au vu de ces éléments, l'intimé estimait que c'était à juste titre que le SMR avait retenu que le recourant présentait une CT de 100 % dans une activité adaptée. L'intimé précisait encore que ni les diagnostics, ni les limitations fonctionnelles (qui constituent des mesures classiques d'épargne lombaire) ne justifiaient une CT résiduelle réduite. Quant aux mesures d'ordre professionnel sollicitées, il convenait d'admettre que le marché du travail offrait un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on devait convenir qu'un nombre significatif d'entre elles étaient adaptées aux limitations du recourant, accessibles sans aucune formation particulière. Le recourant n'établissait pas de manière convaincante en quoi des activités simples ne seraient pas exigibles au regard des limitations retenues. Enfin, l'instruction du dossier permettait de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé et la CT du recourant, de sorte que la mise en œuvre de mesures d'investigations complémentaires était superflue.

12. Désormais assisté d'un conseil, le recourant a répliqué par courrier du 20 avril 2020. Il persistait dans les conclusions principales de son recours et subsidiairement à l'octroi de mesures de réadaptation, le tout avec suite de frais et dépens. Il produisait à l'appui de ses écritures les réponses de sa généraliste traitante à un questionnaire que lui avait adressé son conseil : en substance, elle suivait son patient pour ses problèmes de lombalgies depuis mars 2012; les diagnostics précis étaient des lombalgies chroniques en raison d'un Modic I et un syndrome lombovertébral; le patient se plaignait actuellement de lombalgies invalidantes et insomniantes; la CT dans l'activité habituelle était de 0 % dès 2012; dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (peu de port de charges, peu de travail en porte-à-faux, possibilité de changer régulièrement de position, pas de travail en position basse), la CT était de 50 %. Cette CT résiduelle serait encore réduite par une diminution de rendement, en raison des atteintes à la santé. Après avoir énuméré et commenté brièvement les divers documents médicaux versés au dossier de l'intimé, et pour l'essentiel évoqués ci-dessus (*ch. 2 à 7, en Fait*), le recourant reprochait à l'OAI d'avoir mal évalué le début de son incapacité de travail : selon sa généraliste traitante, il souffrait de lombalgies depuis 2012 (début de la prise en charge) à tout le moins; lorsqu'avait débuté le suivi du rhumatologue des HUG, ce spécialiste rapportait déjà qu'il souffrait depuis plusieurs années d'épisodes de lombalgies mécaniques et que depuis un an, soit depuis 2016 à tout le moins, il présentait des lombalgies progressives constantes avec des douleurs importantes (7/10). Il ressortait du courrier du rhumatologue traitant du 26 novembre 2018 (*ci-dessus ad ch. 3 en Fait*) que tout au long du programme multidisciplinaire auquel il avait participé pendant deux mois dès novembre 2017, les limitations fonctionnelles importantes constatées par les divers thérapeutes se

répercutaient dans toutes les activités de sa vie sociale. Si une amélioration avait pu être constatée en fin de traitement intensif, le rhumatologue traitant avait pu constater une exacerbation importante des symptômes en février 2018, ce spécialiste craignant qu'une telle exacerbation avec répercussions fonctionnelles majeures y compris professionnelles ne les ramène en phase avec ce qui avait été observé le jour où le bilan des capacités fonctionnelles avait été établi, où l'incapacité de travail était totale. Ainsi, une lecture attentive de l'ensemble du dossier permettait aisément de retenir que l'incapacité de travail durablement invalidante avait débuté bien avant le 1er août 2018 et semblait remonter à 2016 à tout le moins. En raison du dépôt tardif de la demande de prestations AI le 24 octobre 2018, le début du délai d'attente d'un an devait être fixé à 6 mois avant le dépôt de cette demande et l'échéance de ce délai à 6 mois après. Dans un 2ème grief, le recourant contestait l'évaluation de son état, et par voie de conséquence le calcul de son degré d'invalidité. C'était à tort que l'OAI avait considéré que la CT du recourant dans une activité adaptée était de 100 % dès le 1er juin 2019 : cette appréciation était uniquement fondée sur le rapport de la généraliste traitante du 26 juin 2019, le SMR considérant, dans son rapport du 5 septembre 2019, que la généraliste aurait estimé une CT totale dans une activité adaptée, dès cette date; or, dans son rapport, la généraliste traitante, qui écrivait effectivement qu'une reprise de travail dans une activité adaptée était immédiatement envisageable, n'avait toutefois jamais évoqué un taux de 100 %. À lecture de ses précédents rapports, le taux exigible n'était que de 50 % ou 4 heures par jour, ce qu'elle confirmait encore dans le questionnaire auquel elle avait répondu le 31 mars 2020. Ainsi, aucun médecin ne s'était jamais prononcé en faveur d'une CT complète dans une activité adaptée, bien au contraire. Si l'appréciation de l'OAI s'était à juste titre reposée sur l'avis des médecins de l'assuré, l'intimé n'en avait toutefois pas fait une bonne lecture, et son interprétation était erronée, d'autant que l'intimé n'avait procédé à aucune constatation médicale propre. Outre le fait que c'était un taux d'incapacité de travail raisonnablement exigible de 50 % qui aurait dû être pris en considération dans la détermination du degré d'invalidité, l'abattement de 15 % opéré par l'OAI était insuffisant, dès lors qu'il ne tenait pas compte des limitations fonctionnelles de l'assuré. À cela s'ajoutent encore le fait que l'assuré était âgé de 60 ans, de nationalité espagnole, titulaire d'un permis C, que seule une activité légère était exigible à un taux d'occupation réduit. C'était ainsi un abattement de 25 % qui aurait dû être admis par l'intimé, éventuellement encore augmenté d'une baisse de rendement. Il contestait enfin qu'une éventuelle CT résiduelle dans une activité adaptée soit en l'occurrence concrètement exigible de sa part sur le marché équilibré du travail (art. 16 LPGA).

13. L'intimé a dupliqué par courrier du 2 juin 2020, après avoir soumis la dernière prise de position de la généraliste traitante au SMR, lequel s'était prononcé par avis du

29 mai 2020, annexé à la duplique. Selon l'avis de son service médical, auquel l'intimé se ralliait, la généraliste traitante ne décrivait pas, dans ses réponses aux questions du conseil du recourant, d'aggravation de l'état de santé de l'assuré, ni de nouvel examen clinique ou radiologique. Le SMR avait retenu une CT de 100 % dans une activité adaptée, car en l'absence de déficit neurologique et de signes irritatifs, on pouvait s'attendre à ce que l'assuré puisse avoir une CT médicothéorique entière dans une activité entièrement adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne du rachis lombaire. Après la prise en charge multidisciplinaire du rachis aux HUG, en 2018, l'assuré avait montré une amélioration tant sur le plan des douleurs que sur la mobilisation. Il pouvait tenir une position assise durant 45 minutes et marcher deux heures sans douleurs au rachis. Il décrivait se promener deux heures par jour au minimum et jouer régulièrement aux cartes avec ses amis, ce qui impliquait le maintien d'une position assise. De plus, lors de la consultation de contrôle après la prise en charge multidisciplinaire, l'assuré avait déclaré ne pas avoir continué ses exercices de rééducation, entraînant une réapparition des douleurs. Ainsi, d'un point de vue médicothéorique, une CT entière était tout à fait exigible, ainsi que la poursuite du traitement de rééducation, un déconditionnement musculaire n'étant pas du ressort de l'AI. Ainsi, ce dernier rapport de la généraliste traitante n'apportait aucun élément médical objectif susceptible de modifier l'appréciation précédente du SMR.

Quant à l'abattement contesté par le recourant (par rapport au salaire statistique), selon la jurisprudence, la mesure dans laquelle les salaires statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation), et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. En l'occurrence, l'abattement de 15 % admis par l'office était conforme au droit, de sorte que l'OAI n'avait pas abusé de son pouvoir d'appréciation. Cet abattement tenait largement compte de l'âge et des limitations fonctionnelles du recourant. Pour ce qui est du détail de l'argumentation de l'intimé sur cette question, la chambre de céans y reviendra en temps opportun, vu l'objet de la présente ordonnance.

14. Le recourant s'est encore exprimé par courrier du 16 juin 2020. Le dernier avis du SMR du 29 mai 2020, visé à l'appui de la duplique de l'intimé, ne convainc pas : il rappelle qu'il avait retenu une CT de 100 % dans une activité adaptée en se fondant notamment sur les rapports de prise en charge multidisciplinaire du rachis aux HUG en 2018. Or, dans son avis du 13 février 2019, le SMR, qui disposait alors déjà de l'intégralité des rapports qu'il évoque dans son dernier avis, disait ne pas être en mesure de conclure sur la CT, l'état de l'assuré n'étant pas stabilisé. Ce n'était qu'en septembre 2019, à réception du dernier rapport de la généraliste traitante daté du

26 juin 2019, que le SMR s'était prononcé sur la CT du recourant, en indiquant expressément se fonder sur les conclusions des médecins traitants, dont il s'est avéré que celles de la généraliste traitante étaient incomplètes, puisqu'elles ont été précisées dans son questionnaire du 31 mars 2020. Malgré l'amélioration constatée lors du suivi d'un traitement intensif, à laquelle se raccroche aujourd'hui le SMR, la capacité professionnelle exigible dans un travail adapté, à savoir sans port de charges, sans porte-à-faux, avec la possibilité de pouvoir changer régulièrement de position, était évaluée par le Dr C_____ à 50 % uniquement. Au vu des divergences dans les conclusions du SMR et des médecins traitants et des contradictions relevées dans les conclusions successives du SMR, le recourant sollicitait la mise en œuvre d'une expertise judiciaire rhumatologique.

15. Par courrier du 11 mars 2021, la chambre de céans a interpellé les parties pour leur indiquer qu'elle entendait ordonner une expertise judiciaire rhumatologique du recourant et commettre à ces fins le docteur E_____, spécialiste FMH en rhumatologie. Elle leur a transmis la liste des questions qu'elle entendait poser à l'expert selon projet de dispositif de l'ordonnance d'expertise, et leur a fixé un délai au 22 mars 2021 pour faire valoir d'éventuels motifs de récusation à l'encontre de l'expert pressenti et communiquer les questions complémentaires éventuelles à lui poser.

16. L'intimé a répondu par courrier du 22 mars 2021. Il estime préalablement que l'instruction du dossier permet de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé et la CT du recourant, de sorte que la mise en œuvre d'une expertise judiciaire s'avère inutile; en l'absence de motif justifiant la mise en place d'une telle expertise, il n'est pas en mesure de se prononcer sur la légitimité d'un tel acte d'instruction, raison pour laquelle il s'y oppose. Néanmoins, si la chambre de céans persistait dans son intention d'ordonner cette mesure, il n'avait pas de motif de récusation à l'encontre de l'expert pressenti. Le projet de mission ayant été soumis au SMR, ce dernier souhaiterait y rajouter une question : « - évaluer la compliance au traitement, ainsi que l'exigibilité de traitement ».

17. Le conseil du recourant a répondu par courrier du 22 mars 2021. Son mandant déclare n'avoir aucun motif de récusation à faire valoir à l'encontre de l'expert pressenti. Il souhaiterait toutefois lui poser les questions complémentaires suivantes :

    - sous l'angle de la capacité de travail, il suggère une formulation plus précise des questions 6.1.4 et 6.2.3 : « en cas de capacité de travail totale ou partielle, l'assuré présente-t-il une baisse de rendement additionnelle, en raison de ses diverses limitations fonctionnelles ? De quel taux ? » ;

- Sous l'angle du traitement : « - les médicaments pris régulièrement par l'assuré induisent-ils des effets secondaires ? Si oui, lesquels ? - Ces effets ont-ils un impact sur les capacités fonctionnelles de l'assuré ? Si oui, dans quelle mesure ? ».

EN DROIT

1. a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie, la décision attaquée ayant été rendue en application de la LAI.

   b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI; cf. notamment art. 69 LAI).

2. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 LPA).

   Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

3. Le litige concerne le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente, voire à des mesures professionnelles.

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

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

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

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

d. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

5. 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 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201]; 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).

6. 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).

7. En l'espèce, la décision entreprise se fonde sur des éléments incomplets qui ne permettent pas à la chambre de céans - contrairement à ce que soutient l'intimé -, de rendre une décision en pleine connaissance de cause.

   La Dresse B_____, dans son avis du 8 novembre 2018, relevait notamment que l'activité habituelle (bagagiste) n'était pas exigible, mais dans une activité adaptée, l'exigibilité était de 4 heures par jour. À la question de savoir quel était le potentiel

de réadaptation du patient, elle avait répondu : « maladie chronique »; aucun facteur ne faisait obstacle à une réadaptation.

Le 26 novembre 2018, le Dr C_____ a notamment indiqué que la CT était de 0 % dans l'activité habituelle. Il notait une certaine amélioration au terme de deux mois de traitement régulier dans le contexte d'un programme multidisciplinaire, bien que les limitations fonctionnelles fussent importantes, se répercutant dans toutes les activités de la vie sociale, l'intensité de ces répercussions étant particulièrement bien décrite dans le bilan des capacités fonctionnelles. En fin de programme, une CT de 50 % était exigible dans un travail adapté. On aurait alors pu penser qu'une prise en charge conjointe, avec suivi pendant la réinsertion professionnelle, aurait pu avoir une chance de réussir; malheureusement, lorsqu'il avait été vu en contrôle, on avait assisté à une exacerbation importante des symptômes avec à nouveau un syndrome lombovertébral important ne permettant plus de prescrire de reprise professionnelle. On pouvait craindre que cette reprise des symptômes puisse conduire à la conclusion qu'une CT ne serait pas exigible sur un poste rémunéré.

Or, à ce stade, le SMR (avis du 13 février 2019) avait conclu qu'au vu des documents versés au dossier, il n'était pas en mesure de conclure, car l'état de l'assuré n'était pas stabilisé.

Les compléments d'instruction médicale avaient certes permis d'exclure une comorbidité incapacitante sur le plan cardiologique; mais la Dresse B_____(rapport du 21 juin 2019) relevait que l'état de santé était resté stationnaire depuis l'automne 2018, sans changements de diagnostics depuis 2016; à la question de savoir, si une reprise de travail n'était pas possible actuellement, l'on pouvait envisager un retour au travail ultérieurement (dans le même métier ou dans un autre), elle a répondu : « tout de suite dans un travail adapté ». Mais elle ne s'était pas prononcée sur la CT dans une telle activité : elle estimait au contraire qu'un examen médical complémentaire serait nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la CT. Or le SMR, dans son avis du 5 septembre 2019, considérait que selon le dernier rapport du médecin traitant du 21 juin 2019 (reçu le 26 juin 2019), la généraliste traitante estimait la CT totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de port de charges, alternance des positions, « tout de suite » selon son expression); il se déclarait « d'accord avec les médecins traitants » sur une CT définitivement nulle dans l'activité habituelle de bagagiste nettoyeur depuis le 1er août 2018 et sur une CT progressive dans une activité adaptée, à 50 % dès le 8 novembre 2018 et à 100 % dès juin 2019. Il ne pouvait pas raisonnablement arriver à une telle conclusion (accord avec les médecins traitants) s'agissant de la CT dans une activité adaptée (50 % dès le 8 novembre 2018 et 100 % dès juin 2019), ni au vu du dernier rapport de la généraliste traitante, ni au vu du rapport du rhumatologue qui avait notamment relevé le 26 novembre 2018 qu'après

l'amélioration de l'état de santé en février 2018 on pouvait espérer une CT à 50 % dans une activité adaptée, à suivre dans le cadre de mesures professionnelles, mais que malheureusement une exacerbation importante des symptômes avec à nouveau un syndrome lombovertébral important était survenue par la suite, ne permettant plus de prescrire de reprise professionnelle, et laissant craindre – sans certitude – le retour à une CT nulle dans une activité adaptée dans le marché ordinaire du travail. Ainsi, contrairement à l'avis du SMR et de l'intimé, aucun médecin ne s'est réellement prononcé de manière probante à ce jour sur une CT dans une activité adaptée. Le seul point sur lequel tous les médecins (SMR inclus) s'accordent à ce jour, est le fait que la CT était nulle dans la dernière activité exercée par le recourant, la question de la date de début d'incapacité n'étant pas fixée sur une date concordante entre tous.

Ainsi est-il nécessaire d'ordonner une expertise rhumatologique, laquelle sera confiée au docteur E_____, spécialiste FMH en rhumatologie, à 1232 CONFIGNON.

8. Les coûts de l'expertise peuvent être mis à la charge de l'assureur social (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2).

9. Enfin, il a été tenu compte dans la mesure utile et pertinente des suggestions proposées par les parties par rapport à la mission confiée à l'expert.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise médicale rhumatologique. La confie au docteur E_____, spécialiste FMH en rhumatologie, F_____ – GMO, Route _____, 1232 CONFIGNON, ayant pour mission d'examiner et d'entendre Monsieur A_____.

Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

A. Prendre connaissance du dossier de la cause.

B. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assuré, notamment les docteurs B_____et C_____.

C. Examiner l'assuré et, si nécessaire, ordonner d'autres examens.

D. Etablir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

1. **Anamnèse détaillée**

2. **Plaintes de l'assuré**

3. **Status et constatations objectives**

4. **Diagnostics**

4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.2 Dates d'apparition

5**. Limitations fonctionnelles**

5.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic

5.1.2 Dates d'apparition.

6. **Capacité de travail**

6.1 L'assuré est-il capable d'exercer une activité d'agent de propreté/nettoyeur, ou de bagagiste ?

6.1.2 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? Depuis quelle date sont-elles présentes ?

6.1.3 Si oui, à quel taux de travail l'assuré peut-il exercer comme agent de propreté/nettoyeur, ou de bagagiste? Depuis quelle date ?

6.1.4 L'assuré présente-t-il une diminution de rendement, en cas de capacité de travail totale, respectivement partielle? De quel taux ?

6.2 L'assuré est-il capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?

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

6.2.2 Si oui, quelle activité lucrative ? A quel taux ? Depuis quelle date ?

6.2.3 L'assuré présente-t-il une diminution de rendement ? De quel taux ?

6.3 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à l'exercice d'une activité lucrative? Si oui, lesquelles ?

6.4 Comment la capacité de travail de l'assuré a-t-elle évolué depuis 2016 ?

6.5 Quel est votre pronostic quant à l'exercice d'une activité lucrative à un taux supérieur à 50 % ?

7. **Traitement**

7.1 Examen du traitement suivi par l'assuré, et analyse de son adéquation, en précisant notamment si les médicaments prescrits à l'assuré induisent des effets secondaires, et dans l'affirmative lesquels ?

7.2 Evaluer la compliance de l'assuré au traitement.

7.3 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de l'assuré.

7.4. Dire si un traitement répondant à ces propositions thérapeutiques est exigible.

8. **Appréciation d'avis médicaux du dossier**

8.1 Etes-vous d'accord avec les avis de la Dresse B_____des 8 novembre 2018, 21 juin 2019 et 31 mars 2020 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée ? Si non, pourquoi ?

8.2 Etes-vous d'accord avec les avis du Dr C_____ des 12 avril 2017, 22 février et 26 novembre 2018 et 15 août 2018 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée? Si non, pourquoi ?

8.3. Etes-vous d'accord avec les avis du SMR des 13 février et 5 septembre 2019, ainsi que 25 mai 2020 ? En particulier avec les diagnostics retenus, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de l'assuré dans l'activité habituelle dès le 1er août

2018, et dans une activité adaptée à 50 % dès le 8 novembre 2018 et à 100 % dès juin 2019? Si non, pourquoi ?

9. Quel est le **pronostic** ?

10. Des **mesures de réadaptation professionnelle** sont-elles envisageables ?

11. Faire toutes autres **observations ou suggestions** utiles.

2. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.

3. Réserve le fond.

La greffière	Le président
Véronique SERAIN	Mario-Dominique TORELLO

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