RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/85/2020 **ATAS/475/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 mai 2021

8ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à Onex, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître RAPPARD William	recourant

contre

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

Siégeant : Raphaël MARTIN, Président suppléant ; Anny FAVRE et Michael RUDERMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), est né le _____ 1974 au Kosovo, pays dont il est originaire et dans lequel il a passé une adolescence marquée par les conflits ethniques et la guerre, circonstances dans lesquelles il a perdu un œil et subi des lésions de l'ouïe à la suite de violences policières et été témoin du meurtre de sa grand-mère. Il a suivi douze années d'école, puis a travaillé dans la ferme familiale, sans acquérir de formation professionnelle. Il s'est installé en Suisse, dans le canton de Genève, en 1999. D'un premier mariage conclu en 1996 avec une compatriote et dissous par divorce en 2004, il a eu trois enfants, nés respectivement en 1997, 2000 et 2001. Il s'est remarié en 2014 avec une autre compatriote, union dont est issue une fille en 2016.

2. Arrivé en Suisse, l'assuré a rencontré des problèmes d'adaptation, pour lesquels un suivi psychiatrique a été mis en place.

3. Sur le plan professionnel, il a assumé des travaux non qualifiés, notamment dans le nettoyage, dans une entreprise installant des extincteurs et comme aide-monteur d'échafaudage.

4. D'après une pièce médicale du 19 juin 2012 de la Permanence Vermont-Grand-Pré, l'assuré a présenté, à la suite d'un accident, une douleur à la palpation L4-L5 et un Lasègue+.

5. Le 9 mai 2018, l'assuré a chuté de sa hauteur sur un échafaudage. Cet accident de travail lui a occasionné des douleurs lombaires intenses, qui l'ont conduit à consulter son médecin traitant, le docteur B_____, médecin généraliste FMH, qui l'a mis en arrêt de travail à 100 %.

6. Une IRM lombaire effectuée le 28 septembre 2018 n'a pas mis en évidence de lésions traumatiques, ni de hernie discale compressive, ni de canal lombaire rétréci de façon significative, mais uniquement des protrusions discales médianes non compressives et étagées de L2 à S1. D'après le médecin d'arrondissement de la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après : la SUVA), le docteur C_____, qui l'a examiné le même jour, l'assuré souffrait de contusion par chute sur des discopathies multi-étagées L2-L3, L3-L4 et L4-L5, sans conflit disco-radiculaire. Il s'agissait d'une pathologie lombaire dégénérative progressive, réveillée par la chute du 9 mai 2018 et dont la stabilisation serait favorisée par une physiothérapie à plus haute dose, une adaptation de la médicamentation et un amaigrissement. L'interruption de travail restait acceptable jusqu'au 15 décembre 2018, après quoi le relai et un suivi en milieu rhumatologique seraient du ressort de l'assurance-maladie.

7. Le 26 novembre 2018, à l'invitation de la SUVA (faite pour préserver les éventuels mais dits peu vraisemblables droits de l'assuré à l'égard de l'assurance-invalidité [ci-après : AI]), l'assuré a saisi l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) d'une demande de prestations de l'AI en raison de lombalgies post-traumatiques.

8. Par décision du 3 décembre 2018, la SUVA a mis fin à ses prestations (indemnités journalières et frais de traitement) au 16 décembre 2018 au soir, l'accident ne jouant plus aucun rôle dans les troubles que l'assuré présentait encore au dos.

9. Dès le 17 décembre 2018, l'assuré a été en arrêt maladie en raison de lombalgies persistantes, sur la base de certificats du Dr B_____, situation pour laquelle Mutuel Assurance Maladie SA (ci-après : l'assureur-maladie) est intervenue.

10. D'après un rapport médical intermédiaire du Dr B_____ à l'OAI du 17 avril 2019, l'assuré avait un état stationnaire depuis le 9 mai 2018, était limité dans le port de charges et le périmètre de marche, et avait une capacité de travail nulle dans son poste de travail de maçon (sic) et dans toute autre activité (étant relevé qu'il n'avait pas de formation "intellectuelle").

11. L'assureur-maladie a mandaté le Centre d'Expertises Médicales (ci-après : le CEMed) aux fins de réalisation d'une expertise rhumatologique de l'assuré. Cette expertise a été effectuée le 16 mai 2019 par la rhumatologue FMH D_____.

12. Le rapport que cette dernière a établi le 11 juin 2019 retenait les diagnostics de lombalgies communes et de syndrome douloureux chroniques, ayant provoqué une incapacité de travail s'étant terminée le jour de l'expertise, date à partir de laquelle une reprise du travail était possible dans l'activité habituelle, en dépit d'un pronostic défavorable lié au fait que l'assuré était convaincu de ne pas pouvoir reprendre son activité.

    Ledit rapport, long de 11 pages, comportait les chapitres suivants, portant sur les points suivants :

    - Données subjectives : histoire médicale actuelle selon l'expertisé, antécédents médicaux personnels (hypertension artérielle, obésité, status après énucléation de l'œil gauche suite à un traumatisme [prothèse oculaire], surdité bilatérale [appareillage], hernie inguinale), plaintes actuelles (douleur lombaire, qui irradiait, pas d'éléments pour une maladie rhumatismale inflammatoire), activités quotidiennes, habitudes, médicaments, médecins (pas d'autre que le Dr B_____, qui, lors de la dernière consultation avant l'expertise, avait conseillé à l'assuré de consulter un psychiatre).

    - Données personnelles, familiales et socioprofessionnelles : origine, nationalité, état civil/enfants, scolarité/formation professionnelle, professions occupées (en dernier lieu, du fait de son hypertension, l'expertisé ne montait plus sur des échafaudages, mais aidait depuis le sol en hissant avec des poulies des objets pouvant peser de 10 à 40 kg, travail impliquant des flexions antérieures du tronc, des rotations, des positions en porte-à-faux).

    - Données objectives : status rhumatologique (rachis cervical, rachis dorsolombaire, hanches, status neurologique) ; présence de 12 points de fibromyalgie sur 18.

- Examens et données complémentaires : étude du dossier radiologique (IRM lombaire du 28 septembre 2018).
- Synthèse et discussion : L'expertisé se plaignait de douleurs permanentes ; l'examen clinique montrait de nombreuses restrictions de mobilité, au niveau cervical et lombaire, mais assorties de phénomènes de contre-pulsion et de contractures musculaires intenses, et il montrait aussi des incohérences. Le tableau clinique évoquait un syndrome douloureux chronique (lié à des lombalgies ayant évolué défavorablement à la suite d'un accident banal, extension des douleurs à d'autres régions) ; il était possible que se greffait un état dépressif larvé ou un autre problème psychologique ; il n'y avait pas de problématique ostéo-articulaire préoccupante ; l'expertisé s'était installé dans un état douloureux chronique dont il ne pouvait plus émerger seul ; une expertise psychiatrique pourrait être intéressante pour appréhender la situation dans sa globalité. Sur le plan rhumatologique strict, l'expertisé était apte à travailler à 100 % dans toute activité. S'il ne reprenait pas son travail à 100 %, il faudrait compléter l'expertise rhumatologique par une expertise psychologique.

13. Au vu de ce rapport d'expertise, Mutuel Assurance Maladie SA a mis fin à ses prestations au 21 juillet 2019, par décision du 17 juillet 2019, à laquelle l'assuré formera opposition le 16 août 2029.

14. Le 5 août 2019, l'assuré ayant tenté mais interrompu une reprise du travail à cause de ses lombalgies et vertiges, le Dr B_____ a écrit à l'assureur-maladie que l'assuré ne pouvait pas reprendre le travail dans le bâtiment. Au niveau somatique, le syndrome douloureux dorso-lombaire était toujours présent, avec des moments de rémission au repos et d'exacerbation à l'effort, sans qu'alors l'antalgie médicamenteuse et la physiothérapie n'apportent d'aide. Par ailleurs, l'assuré avait développé un état anxio-dépressif multifactoriel pour lequel il devait impérativement bénéficier d'un suivi par un psychiatre, dont il s'imposait de solliciter un avis pour une éventuelle reprise de travail dans une autre activité que dans le bâtiment.

15. Dès le 4 septembre 2019, l'assuré a été en arrêt de maladie sur la base de certificats du docteur E_____, psychiatre.

16. Le 3 octobre 2019, la Dre D_____ du CEMed a indiqué à l'assureur-maladie que le syndrome invoqué par le Dr B_____ ne représentait ni un élément nouveau, ni une rechute ; l'examen clinique et l'imagerie n'avaient montré aucune anomalie justifiant une incapacité de travail sur le plan rhumatologique. Elle ne pouvait pas se prononcer quant à une éventuelle pathologie psychiatrique ; cela nécessiterait une expertise psychiatrique.

17. Dans son rapport final, du 11 octobre 2019, le service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a relevé que, d'après le médecin d'arrondissement de la SUVA, l'état de santé de l'assuré prévalant avant l'accident du 9 mai 2018 était rétabli en

décembre 2018, et que l'experte du CEMed retenait que l'assuré présentait des lombalgies communes et évoquait un trouble somatoforme douloureux compte tenu des discordances qu'elle avait constatées (plaintes versus examen clinique et imagerie rassurants). Le médecin traitant (le Dr B_____) ne faisant pas mention, dans ses rapports, d'une atteinte à la santé psychique ni ne prescrivant de traitement psychotrope, la réalisation d'une expertise psychiatrique n'était pas nécessaire. L'état de santé de l'assuré étant resté stable entre les deux examens, respectivement du médecin d'arrondissement de la SUVA et du CEMed, il fallait admettre que la capacité de travail de l'assuré était entière dans toute activité dès décembre 2018.

18. Par un projet de décision du 14 octobre 2019, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité et de mesures professionnelles. Il lui reconnaissait une incapacité de travail de 100 % dans son activité habituelle entre mai et décembre 2018, soit pour une durée de moins d'une année, n'ouvrant pas le droit à une rente d'invalidité ; des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées dans son cas. Un délai de 30 jours était imparti à l'assuré pour faire part de ses éventuelles objections.

19. Par courrier du 31 octobre 2019, l'assuré a indiqué à l'OAI qu'il était encore malade physiquement et qu'il était suivi par un psychiatre, la docteure E_____. Il lui demandait quel métier serait approprié pour lui eu égard à ses différents problèmes de santé.

20. L'OAI lui a répondu le 6 novembre 2019 qu'il ne procéderait à aucune instruction médicale complémentaire, et que c'était à lui de lui apporter les éléments médicaux susceptibles de modifier son point de vue, ce pour quoi il lui impartissait un délai au 25 novembre 2019.

21. Par décision du 25 novembre 2019 reprenant les termes du projet de décision précité, l'OAI a refusé à l'assuré l'octroi d'une rente d'invalidité et de mesures professionnelles.

22. Le 9 janvier 2020, désormais représenté par un avocat et mis au bénéfice de l'assistance juridique, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS) d'une déclaration de recours contre cette décision, en concluant à son annulation, mais préalablement à l'octroi d'un délai pour compléter le recours. Il contestait la durée et le taux de son incapacité de travail retenus par l'OAI ; il souffrait encore d'importants vertiges, de lombalgies et d'un état anxio-dépressif, excluant toute reprise du travail. La décision de l'OAI ne comportait pas de motivation suffisante.

23. L'assuré a complété son recours le 28 février 2020. Il requérait préalablement une expertise pluridisciplinaire. Il apparaissait que l'assuré souffrait d'une atteinte mixte, relevant d'un état dépressif, voire d'un stress post-traumatique (lié aux évènements qu'il avait vécus au Kosovo), et d'une pathologie lombaire chronique et évolutive. Le rapport d'expertise du CEMed était inobjectif, en tant qu'il laissait entendre que l'assuré simulait ou amplifiait ses douleurs et qu'il évoquait un syndrome

douloureux chronique, que la Dre D_____, qui n'était pas psychiatre, n'était pas habilitée à évaluer. Contrairement au rapport du Dr C_____, il niait une pathologie rhumatologique et faisait abstraction de l'antécédent de 2012. L'OAI ne tenait aucun compte des limitations psycho-sociales de l'assuré et, s'étant abstenu d'ordonner une expertise psychiatrique, il n'avait pas appréhendé la situation de l'assuré dans sa globalité (alors que la Dre D_____ en avait évoqué la nécessité). Il n'avait pas non plus tenu compte, dans l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré, de son hypertension artérielle, de sa surdité partielle, de sa cécité de l'œil gauche, de ses faibles capacités intellectuelles et de sa mauvaise maîtrise du français. Sa décision était grossièrement sous-motivée.

24. Par mémoire du 25 mars 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours. En matière d'assurances sociales, la motivation des décisions pouvait se limiter à l'essentiel, ainsi que l'était celle de la décision attaquée par l'indication que l'assuré avait retrouvé une pleine capacité de travail dans son activité habituelle avant l'échéance du délai d'attente, ce qui justifiait le refus tant d'une rente d'invalidité que de mesures professionnelles. Le rapport d'expertise de la Dre D_____ avait une pleine valeur probante. La mission de l'experte comportait le devoir d'apprécier la crédibilité de la description que l'assuré faisait de ses douleurs et d'évaluer leurs effets lors de l'examen et pendant la vie quotidienne, y compris à teneur de la jurisprudence sur les troubles somatoformes douloureux. Le médecin généraliste traitant n'avait pas fait mention d'une atteinte à la santé psychique ni prescrit de traitement psychotrope, et l'assuré, en violation de son devoir de collaborer, n'avait produit aucun rapport médical circonstancié de son psychiatre traitant ; aussi n'y avait-il pas lieu d'ordonner une expertise psychiatrique. Une atteinte psychique ne pouvait ouvrir le droit à une rente d'invalidité que s'il existait une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie, ce qui n'était pas le cas de l'assuré. L'AI n'avait pas à répondre d'une diminution de la capacité de gain due essentiellement à d'autres facteurs qu'à une atteinte à la santé. L'hypertension (traitée), la surdité (appareillée) et la perte de vision totale d'un œil (datant de 1999) n'étaient pas incompatibles avec l'activité habituelle que l'assuré exerçait depuis 2017.

25. L'assuré a présenté une réplique le 29 mai 2020. La décision de l'OAI n'avait pas été suffisamment motivée, notamment sur sa prétendue guérison en décembre 2018 et le refus de mesures professionnelles, et la réponse au recours ne réparait pas ce défaut de motivation. L'expertise de la Dre D_____ ne pouvait avoir de valeur probante en dehors de la sphère de compétence de ce médecin. L'argumentation de l'OAI reposait essentiellement sur des soupçons d'exagération des douleurs, qui n'étaient corroborés ni par un spécialiste de la douleur, ni par un psychiatre. En n'ordonnant pas d'expertise psychiatrique, l'OAI avait failli à son devoir d'instruire sa demande de prestations de l'AI. L'invalidité de l'assuré devait être évaluée au regard de l'ensemble des facteurs y contribuant, y compris de ceux ne relevant pas de pathologies strictement médicales.

26. Le 23 juin 2020, l'OAI a indiqué n'avoir pas de complément à apporter à sa précédente écriture, sinon que la jurisprudence n'admettait qu'exceptionnellement qu'il y ait une appréciation divergente de l'invalidité entre l'assurance accident et l'AI.

27. Le 10 novembre 2020, l'OAI a fait parvenir à la CJCAS, "pour information et suite utile", un courrier et ses annexes que Mutuel Assurance Maladie SA lui avait adressés le 4 novembre 2020, à savoir (en plus du rapport précité du CEMed du 11 juin 2019), les documents suivants concernant l'assuré (résumés ci-après) :

    - un rapport médical, du 29 octobre 2019, de la psychiatre traitante E_____ ;
    - un rapport d'expertise psychiatrique, du 9 mars 2020, du docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin certifié en appréciation de la capacité de travail SIM ;
    - un rapport d'examen de la capacité de travail, du 17 août 2020, du docteur G_____, privat-docent à la Faculté de médecine de l'Université de Genève, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie ;
    - une décision du 4 novembre 2020 par laquelle Mutuel Assurance Maladie SA annulait sa décision précitée du 17 juillet 2019 et indiquait reprendre le versement de ses prestations et l'instruction du droit aux prestations (sous réserve, au-delà du 30 septembre 2019, d'un passage en assurance individuelle).

28. Dans son rapport du 29 octobre 2019, la psychiatre E_____ retenait les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent (épisode alors moyen), trouble panique et état de stress post-traumatique. L'assuré avait développé une symptomatologie anxiodépressive à la suite de l'accident du 9 mai 2018, probablement en raison d'une accumulation d'évènements antérieurs et/ou actuels. Sa capacité de travail était nulle ; une amélioration de son état psychique n'était pas envisageable à court terme.

29. Le rapport du 9 mars 2020 du Dr F_____, de 16 pages, comportait les anamnèses de l'assuré, personnelle, de santé (hypertension artérielle, obésité, status post-énucléation de l'œil gauche, hypoacousie bilatérale, suivi psychiatrique à l'arrivée en Suisse, accident du 9 mai 2018, pas d'antécédent familial psychiatrique, pas de consommation de substances toxiques, traitement psychothérapeutique et médicamenteux), professionnelle, la description par l'expertisé de son activité professionnelle, de ses activités occupationnelles durant son incapacité de travail, de ses plaintes et troubles. Suivaient les constatations objectives recueillies lors de l'examen clinique (tests psychométriques, status psychiatrique, dosage sanguin de la concentration plasmatique des médicaments pris). Les troubles rapportés par l'expertisé étaient concordants avec l'examen clinique, sans incohérence par rapport aux données résultant de l'anamnèse et du dossier médical ; l'expert F_____ n'avait pas noté d'éléments d'autolimitation, d'exagération ou de simulation. Pour la période antérieure à l'expertise du CEMed (16 mai 2019), il était probable que l'incapacité de travail de l'assuré était justifiée pour des raisons psychiques. L'expert

F_____ retenait les diagnostics de trouble dépressif récurrent (épisode alors moyen avec syndrome somatique), de syndrome douloureux somatoforme persistant et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. Les limitations cumulées de ces troubles conduisaient à retenir leur effet incapacitant : dans l'activité habituelle, la capacité de travail de l'expertisé était nulle et le pronostic était mauvais du fait d'une chronicisation de la dimension dépressive (majorée par le trouble de la personnalité), de ressources psychiques minces, de comorbidités somatiques et d'un stress post-traumatique s'étant cristallisé faute d'avoir été traité à temps. Une activité adaptée n'était pas envisageable, du moins en l'état (une prise en charge socio-éducative dans le but d'intégrer une activité occupationnelle pouvant constituer un premier pas vers une reprise d'activité). Le traitement en cours (psychothérapeutique et médicamenteux) était adéquat. La collaboration de l'expertisé était suffisante pour permettre l'établissement d'un rapport ayant valeur probante.

30. Dans son rapport du 17 août 2020, de 22 pages, le Dr G_____ se référait à l'anamnèse relatée dans les expertises du CEMed et du Dr F_____, se limitant à la résumer, de même qu'il résumait ces expertises et le rapport précité de la Dre E_____. Il a relaté les plaintes exprimées et données subjectives (principalement des douleurs, aussi de la tristesse, de l'irritabilité, un sommeil perturbé, des oublis, des tensions familiales, des épisodes périodiques de mal-être, du stress, de l'anxiété), et le déroulement de la vie quotidienne. Il relevait les résultats de l'examen clinique (deux entretiens).

    Le Dr G_____ retenait le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant : l'assuré présentait une symptomatologie algique depuis presque deux ans, dont l'origine organique avait été écartée par l'experte rhumatologue ; les douleurs dont il se plaignait engendraient une détresse significative et avaient un impact significatif sur le fonctionnement de l'assuré dans sa vie quotidienne, en ce qui concernait à la fois l'activité professionnelle et les activités privées ; l'assuré s'impliquait dans la physiothérapie, prenait le traitement antidouleur et anti-inflammatoire ; la problématique algique constituait une préoccupation principale de l'assuré et revenait sans cesse dans ses propos. La symptomatologie algique justifiant de retenir le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant était apparue selon toute vraisemblance dans les semaines ou mois après l'accident ; elle était devenue une limitation fonctionnelle au cours de l'année 2018 (elle était décrite déjà dans l'expertise du CEMed), si bien qu'il fallait admettre que la capacité de travail de l'assuré était nulle dès avant le 16 mai 2019 dans l'activité habituelle.

    Le Dr G_____ retenait aussi le diagnostic de trouble panique, mais sans impact sur la capacité de travail de l'assuré, au vu de la faible fréquence et de la courte durée des attaques de panique.

    Le Dr G_____ écartait :

- le diagnostic d'épisode dépressif et *a fortiori* de trouble dépressif récurrent ; l'assuré présentait une tristesse quotidienne, mais pas une diminution de l'intérêt et du plaisir, ni une baisse de l'énergie entraînant une diminution de l'activité ;
- le diagnostic d'état de stress post-traumatique, non étayé dans le rapport de la psychiatre traitante (*a fortiori* comme ayant un impact sur la capacité de travail, dès lors que, s'agissant des évènements au Kosovo avant son arrivée en Suisse, l'assuré avait travaillé jusqu'à son accident de mai 2018), faute notamment de souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants, de rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse au contenu en lien avec les évènements traumatiques, de réactions dissociatives, de sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices évoquant ces évènements, faute aussi d'évitement des souvenirs, pensées ou sentiments concernant ces évènements et d'évitement des rappels externes réveillant des souvenirs de ces évènements, et faute également d'altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associée à un ou plusieurs évènements traumatiques ;
- le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, faute d'état de stress post-traumatique et faute d'argument que la personnalité de l'assuré ait changé.

Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle, depuis 2018. Par contre, elle était pleine (et l'avait vraisemblablement toujours été) dans les activités ne nécessitant pas de porter des charges, de s'accroupir, de se pencher (ou de faire d'autres mouvements corporels qui engendreraient ou accentueraient des douleurs). L'appréciation de la capacité de travail de l'assuré n'était faite qu'en considération de facteurs médicaux. Concernant le traitement, il serait indiqué que les entretiens psychothérapeutiques se fassent en présence d'un interprète ou, idéalement, avec un psychothérapeute albanophone, et un traitement antidépresseur pourrait avoir un effet bénéfique pour la prise en charge du syndrome douloureux somatoforme persistant.

31. Dans des observations du 17 décembre 2020, l'assuré a indiqué ne pouvoir produire une détermination sur le rapport du Dr G_____ ni de la Dre E_____ (qui ne lui en avait pas fait parvenir), ni du Dr F_____ (qui s'y refusait pour le double motif qu'il avait lui-même rendu son rapport d'expertise sur mandat de l'assureur-maladie et qu'il n'avait pas revu l'assuré depuis le 25 février 2020). Sur la capacité de travail de l'assuré sous l'angle psychique, les conclusions du Dr G_____ étaient diamétralement opposées à celles de la Dre E_____ et du Dr F_____. Ces derniers faisaient état d'un stress post-traumatique lié aux évènements que l'assuré avait vécus au Kosovo, pathologie qui ne pouvait être écartée parce qu'elle n'avait pas empêché l'assuré d'exercer par la suite des emplois non qualifiés. Etonnamment, le Dr G_____ ne déduisait pas un trouble attentionnel ou un déficit de concentration des difficultés qu'avaient eues l'assuré à comprendre les questions qu'il lui avait posées et de se souvenir de l'âge de tous ses frères et sœurs ; il minimisait la faible estime de soi qu'avait l'assuré en niant qu'elle s'accompagnait

d'une culpabilité morbide, alors qu'un risque suicidaire était inhérent à la perte d'emploi l'ayant causée ; il disait n'avoir pas constaté de perte d'intérêt pour les activités habituelles, tout en faisant mention d'une incapacité d'en faire certaines et d'une diminution de plaisir en raison de ses douleurs. Les critiques que le Dr G_____ émettait à l'endroit de constats réalisés par ses confrères E_____ et F_____ procédaient d'une appréciation subjective de sa part. Le fait que l'assuré avait pu exercer des emplois ne suffisait pas à nier que les graves évènements qu'il avait vécus au Kosovo aient causé un état de stress post-traumatique, ni qu'ils aient modifié durablement sa personnalité. Concernant des activités adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assuré, on ne voyait pas quelle activité manuelle ne nécessitait aucun port de charges, ni aucun mouvement corporel susceptible de provoquer les douleurs considérées.

L'assuré persistait à conclure à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi "d'une pleine rente AI assortie de mesures de réadaptation professionnelle". Subsidiairement, il demandait à ce que les expertises versées au dossier soient soumises à une commission d'expertise pluridisciplinaire et neutre, avec la mission d'analyser synthétiquement la capacité de travail de l'assuré au regard de sa situation psychiatrique, rhumatologique et algique, et, plus subsidiairement, à ce que la CJCAS procède à l'audition conjointe des Drs E_____, F_____ et G_____.

32. Dans une écriture du 18 janvier 2021, l'OAI a persisté à conclure au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, en s'appuyant sur un avis du SMR du même jour. L'expertise du Dr F_____ ne pouvait être suivie en raison de lacunes objectivement vérifiables (principalement un défaut d'analyse au regard des indicateurs jurisprudentiels pertinents), alors que celle du Dr G_____ remplissait les réquisits jurisprudentiels justifiant de lui reconnaître pleine valeur probante. L'assuré ne présentait pas d'affection psychiatrique sévère, en particulier pas de trouble de la personnalité. Il était compliant au traitement, mais celui-ci n'avait pas été adapté et il n'y avait pas eu de tentative de réadaptation. L'assuré avait des ressources et n'était pas isolé socialement. Un syndrome de stress post-traumatique ne pouvait être reconnu que s'il apparaissait après une période de latence de quelques semaines à quelques mois, et n'était pas forcément invalidant.

33. Cette écriture a été transmise à l'assuré pour information par courrier du 27 janvier 2021.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la CJCAS 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 ces lois.

Le recours a été interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA), compte tenu de la suspension du délai de recours du 18 décembre (2019) au 2 janvier (2020) inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA).

Il respecte les exigences de forme et de contenu posées par la loi (art. 61 let. b LPGA ; cf. aussi art. 89B de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10 LPA).

Touché par la décision attaquée et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, le recourant a qualité pour recourir (art. 59 LPGA ; art. 60 al. 1 let. a et b et 89A LPA).

Le recours est donc recevable.

2. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Le recours reste cependant soumis à l'ancien droit, dès lors qu'au 1er janvier 2021 il était déjà pendant devant la chambre de céans (cf. art. 83 LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597).

3. a. L'objet du recours est défini par celui de la décision attaquée. Il consiste en l'espèce dans le refus de l'intimé, du 25 novembre 2019, d'octroyer au recourant une rente d'invalidité, de même que des mesures professionnelles, pour le motif que – d'après l'intimé – son incapacité de travail n'avait duré que de mai à décembre 2018, soit pendant moins d'une année, ce qui n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité, des mesures professionnelles n'étant quant à elles pas indiquées du fait que le recourant était reconnu pleinement capable de travailler dans son activité habituelle dès la mi-décembre 2018.

b. L'atteinte à la santé que l'intimé a prise en considération était d'ordre somatique. Elle tenait dans une pathologie lombaire dégénérative progressive qui – selon ce qu'avait retenu le médecin d'arrondissement de la SUVA – avait été réveillée par l'accident du 9 mai 2018 mais s'était stabilisée au plus tard à la mi-décembre 2018 (avis médical que le SMR a également retenu).

Il ne ressort pas de la décision attaquée, mais apparaît à la lumière du dossier (en particulier du rapport final du SMR du 11 octobre 2019) que l'intimé a nié toute atteinte à la santé psychique du recourant. Cette appréciation fait implicitement partie de la décision attaquée, et est dès lors également objet du recours.

c. Il n'en faut pas moins relever que la motivation de la décision attaquée était insuffisante en tant qu'elle n'exprimait pas cette négation de toute atteinte psychique.

C'est le lieu de rappeler que le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101) comprend l'exigence que les décisions que rendent les autorités (y compris les

assureurs sociaux) soient motivées, lorsque – précise l'art. 49 al. 3 phr. 2 *in initio* LPGA – elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Comme le relève la jurisprudence (cf. not. ATF 139 V 496 consid. 5.1 ; ATAS/777/2015 du 15 octobre 2015 consid. 9), le destinataire d'une décision et toute personne intéressée doivent pouvoir la comprendre et l'attaquer utilement en connaissance de cause s'il y a lieu, et l'instance de recours doit pouvoir exercer pleinement son contrôle si elle est saisie. Cela implique que l'autorité y mentionne au moins brièvement les éléments de faits pertinents, les dispositions légales applicables et les motifs qui l'amènent à rendre sa décision ; un renvoi général aux pièces du dossier et à la loi ne satisfait pas à l'obligation de motiver (ATAS/414/2021 du 5 mai 2021 consid. 12e ; ATAS/815/2019 du 10 septembre 2019 consid. 2b ; Valérie DÉFAGO GAUDIN, in Anne-Sylvie DUPONT / Margit MOSER-SZELESS [éd.], Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, ci-après : CR-LPGA, n. 35 ad art. 49).

4. a. Pour l'établissement des faits pertinents pour statuer sur les questions ici litigieuses, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve, non sans rappeler d'emblée que ces mêmes principes devaient être observés par les assureurs sociaux.

   b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD [éd.], Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss). Les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués ; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a ; 117 V 261 consid. 3b et les références).

   c. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA ; *infra* consid. 7b et c ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78).

   d. Quant au degré de preuve requis, 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 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 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 ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss).

5. a. En l'espèce, force est de relever qu'en plus de n'avoir pas motivé suffisamment la décision attaquée (*supra* consid. 3c), l'intimé a rendu cette dernière en violation de son devoir d'établir dûment les faits pertinents, en tant que – se laissant entraîner par le SMR – il n'a pas entrepris d'investigation concernant une éventuelle atteinte à la santé psychique du recourant.

b. La nécessité de le faire devait lui apparaître évidente, au plus tard dès le moment où l'assureur-maladie lui avait communiqué le rapport d'expertise rhumatologique du CEMed.

En effet, bien que s'étant concentrée, conformément à sa mission, sur la pathologie somatique du recourant, l'experte D_____ y avait indiqué que le tableau clinique évoquait un syndrome douloureux chronique, qu'il était possible qu'un état dépressif larvé ou un autre problème psychologique se greffait sur la problématique ostéo-articulaire non préoccupante, et que le recourant s'était installé dans un état douloureux chronique dont il ne pouvait plus émerger seul. Si elle concluait que, sur le plan rhumatologique, le recourant était apte à travailler à 100 % dans toute activité (dès le jour de l'expertise, soit dès le 16 mai 2019), elle n'en indiquait pas moins qu'une expertise psychiatrique serait "intéressante" pour appréhender la situation du recourant dans sa globalité, perspective dont l'intimé ne pouvait ignorer qu'elle devait impérativement être la sienne. En outre, ladite experte rhumatologue avait ajouté, le 3 octobre 2019, qu'elle ne pouvait pas se prononcer quant à une éventuelle pathologie psychiatrique et que cela nécessiterait une expertise psychiatrique. De son côté, comme cela ressortait du rapport d'expertise du CEMed, le médecin traitant généraliste du recourant avait conseillé à ce dernier de consulter un psychiatre ; et le 5 août 2019, il avait écrit à l'assureur-maladie du recourant que ce dernier avait développé un état anxio-dépressif multifonctionnel pour lequel il devait impérativement bénéficier d'un suivi par un psychiatre, dont il s'imposait de solliciter un avis pour une éventuelle reprise de travail dans une autre activité que dans le bâtiment.

A l'éventuelle objection qu'on ne sait pas exactement quand l'intimé a reçu le rapport d'expertise du CEMed et les autres pièces médicales précitées s'oppose d'emblée une double contre-objection. Premièrement, le SMR a eu connaissance d'à tout le moins ledit rapport d'expertise avant de rédiger son rapport final du 11 octobre 2019, puisqu'il y a cité l'avis de ladite experte. Deuxièmement, si déjà il n'ordonnait pas lui-même des expertises mais se contentait de s'appuyer sur celles requises par d'autres assureurs sociaux (ne devant quant à eux pas forcément avoir en vue la situation médicale globale de leurs assurés, contrairement à l'intimé), il incombait à ce dernier de faire en sorte d'obtenir de tels assureurs sociaux l'intégralité des pièces de leur dossier médical, et ce avant d'arrêter sa position.

c. Il n'est pas admissible qu'alors qu'ils avaient connaissance d'à tout le moins le rapport d'expertise précité du CEMed, le SMR et, à sa suite, l'intimé ont nié la nécessité d'une expertise psychiatrique, sous prétexte que le médecin traitant généraliste du recourant n'avait pas fait mention d'une atteinte à la santé psychique (ce qui est d'ailleurs faux), ni n'avait prescrit un traitement psychotrope (ce qui n'était pas du ressort dudit médecin, mais de celui d'un psychiatre).

Le recourant n'avait au demeurant pas manqué, le 31 octobre 2019 à réception du projet de décision de l'intimé, d'indiquer à ce dernier qu'il était suivi par un psychiatre, dont il précisait l'identité. Plutôt que de compléter l'instruction du cas, l'intimé a répondu au recourant qu'il ne procéderait de son côté plus à aucune instruction médicale complémentaire et que c'était à lui d'apporter les éléments médicaux susceptibles de lui faire modifier son point de vue. Or, l'envoi du projet de décision, dit préavis (art. 57a al. 1 LAI), ne met pas fin au devoir de l'intimé d'instruire dûment le cas, ni n'opère un renversement du fardeau de la preuve, quand bien même il appartient à l'assuré de collaborer à l'établissement des faits (*infra* consid. 4b), évidemment aussi à ce stade de la procédure administrative. Il résulte de l'art. 7 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), qui fait suite à l'art. 73ter RAI traitant de la procédure de préavis, que l'instruction ne peut à ce stade être considérée comme déjà achevée. Il revient à l'intimé de procéder à des mesures d'instruction complémentaires au vu des objections transmises par l'assuré dans le cadre de la procédure de préavis, à l'instar des autres assureurs sociaux dans le cadre de la procédure d'opposition (Valérie DÉFAGO GAUDIN, in CR-LPGA, n. 28 ad art. 52). En l'occurrence, jointe aux éléments précités figurant dans le rapport d'expertise du CEMed, la seule mention d'un suivi par un psychiatre nommément désigné devait conduire l'intimé à compléter l'instruction du cas sous l'angle psychiatrique.

d. Comme cela sera repris plus loin (*infra* consid. 11), les expertises psychiatriques produites ultérieurement, bien après que l'intimé avait rendu sa décision, ont démontré l'existence d'une problématique psychiatrique, donc la nécessité d'une instruction relative à une telle atteinte à la santé. Il sied cependant de présenter au préalable le cadre juridique dans lequel s'inscrit le litige au-delà des violations précitées de règles procédurales.

6. a. L'octroi d'une rente d'invalidité suppose que la capacité de l'assuré de réaliser un gain (ou, pour un assuré non actif, d'accomplir ses travaux habituels) ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, que l'assuré ait présenté une incapacité de travail (ou d'accomplir les travaux habituels) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, et qu'au terme de cette année il soit invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). La rente d'invalidité alors allouée est un quart de rente, une demi-rente, un trois-quarts de rente ou une rente entière selon que le taux d'invalidité est, respectivement, de 40 à 49 %, de 50 à 59 %, de 60 à 69 % ou de 70 % ou plus (art. 28 al. 2 LAI).

Quant à lui, l'octroi de mesures de réadaptation (en particulier de mesures professionnelles), destinées aux assurés invalides ou menacés d'invalidité (art. 8 al. 1 *in initio* LAI), suppose qu'elles soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain (ou d'accomplir leurs travaux habituels) – sous réserve, selon l'art. 8 al. 2 LAI, des mesures médicales nécessaires au traitement des maladies congénitales (art. 13 LAI) et des moyens auxiliaires (art. 21 LAI) – et que les conditions propres à chacune de ces mesures soient par ailleurs remplies (art. 8 al. 1 LAI ; Pierre-Yves GREBER, L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, in Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO [éd.], Droit suisse de la sécurité sociale, vol. I, 2010, n. 242 ss, 254 ss, 257 ss).

Les deux types de prestations (rente et mesures de réadaptation) font référence à la notion d'invalidité.

b. 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 art. 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain représente quant à elle 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). 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 (art. 7 al. 2 LPGA). Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l'invalidité, qui substitue la capacité d'accomplir les travaux habituels à la capacité de gain ; est déterminant l'empêchement, causé par l'atteinte à la santé, d'accomplir les travaux habituels, comme la tenue du ménage, l'éducation des enfants, les achats (art. 8 al. 3 LPGA, auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI).

7. a. Si, au sens du droit des assurances sociales, l'invalidité est ainsi une notion juridique mettant l'accent sur les conséquences économiques d'une atteinte à la santé (ATF 110 V 273 consid. 4a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1 ; Pierre-Yves GREBER, op. cit., vol. I, n. 156 ss, 160 ss), elle n'en comprend pas moins un aspect médical important, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Aussi est-il indispensable, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, que l'administration ou le juge, sur recours, disposent 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. Les données médicales constituent aussi un élément utile pour déterminer quels travaux on peut

encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA ; *supra* consid. 4c), 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 du médecin 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, la jurisprudence fédérale a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

c/aa. 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. 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).

c/cc. 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. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins

traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

c/dd. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) 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). Ces rapports 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

8. a. En l'espèce, l'atteinte à la santé alléguée à l'appui de la demande de prestations de l'AI était d'ordre somatique. En plus d'être suivie par le médecin traitant du recourant, elle a été examinée par le médecin d'arrondissement de la SUVA, dans une perspective propre à l'assurance accident, et elle a fait l'objet d'une expertise rhumatologique, sur mandat de l'assureur-maladie.

b. Le rapport de la rhumatologue D_____ comporte les différents points devant être abordés dans le cadre d'une telle expertise (*infra* ch. 12 de la partie En fait), et il les traite de façon fouillée, sur la base d'examens complets (IRM et examen clinique) et d'une anamnèse apparaissant suffisante (même s'il aurait été souhaitable que l'antécédent de juin 2012 soit mieux documenté). L'experte a pris en considération les plaintes du recourant ; elle ne saurait être critiquée, dans ce contexte, d'avoir relevé des incohérences et émis des appréciations sur la crédibilité de certaines des douleurs dont le recourant se plaignait. Elle a eu l'objectivité d'attirer l'attention de l'intimé sur une dimension psychiatrique de la problématique du recourant ; cela n'a pas tenu à elle que l'intimé n'a pas donné à ce point la suite qu'il appelait impérativement (*supra* consid. 5). Les conclusions du rapport d'expertise du CEMed, limitées à la problématique somatique, apparaissent claires et convaincantes. Il se justifie de lui accorder force probante.

c. Il s'ensuit que la décision attaquée ne saurait être confirmée dans la mesure où elle se distancie des conclusions de l'experte rhumatologique, sans motif pertinent.

Il n'est pas contesté que le recourant a présenté une totale incapacité de travail dès le jour même de l'accident qu'il a eu, donc dès le 9 mai 2018, pour des raisons somatiques (autrement dit sur le plan rhumatologique). Mais il n'y a pas de raison de retenir – ainsi que le fait l'intimé (à la suite du médecin d'arrondissement de la SUVA) – que cette incapacité de travail a cessé dès la mi-décembre 2018. La question peut rester ouverte de savoir si, à ce moment-là, l'accident considéré avait cessé de produire ses effets délétères, c'est-à-dire si, depuis sa survenance, il y avait eu stabilisation de la situation, retour au *statu quo ante vel sine*. En effet, d'après le rapport d'expertise du CEMed, établi sur mandat de l'assureur-maladie, dont le point de vue à cet égard ne se limitait pas à l'évaluation des conséquences de ce seul accident mais à celle des pathologies somatiques, la capacité de travail du recourant n'avait été recouvrée, sur le plan rhumatologique, qu'à partir du jour de l'expertise, soit dès le 16 mai 2019.

Ainsi, déjà sous le seul angle somatique, la décision attaquée retient à tort que l'incapacité de travail du recourant (admise à 100 %) a duré moins d'une année, pour en tirer la conclusion que le droit à une rente d'invalidité n'était pas ouvert.

9. a. La problématique du recourant n'était pas que somatique. Comme cela a déjà été relevé, elle comportait une dimension psychiatrique, à propos de laquelle il n'y a pas eu d'instruction faite à temps. Un rapport du psychiatre traitant ainsi que deux rapports d'expertise psychiatrique ont en revanche été établis ultérieurement, à l'initiative du recourant s'agissant du rapport du psychiatre traitant, et de l'assureur-maladie s'agissant des deux rapports d'expertise. Il n'a été établi aucune expertise à l'initiative de l'intimé, pourtant en charge de l'instruction de la demande de prestations de l'AI.

b. Il ne résulte pas du dossier si la mise en œuvre des deux expertises psychiatriques, réalisées respectivement par le Dr F_____ et le Dr G_____, s'est faite conformément aux prescriptions légales, à savoir selon la procédure prévue par l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 254 consid. 3.2 p. 257 ; Michel VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, 2018, n. 10 ss ad art. 57 ; Jacques Olivier PIGUET, in CR-LPGA, n. 1 ss ad art. 44). Le recourant ne formule cependant aucun grief à ce propos. La question de savoir si la procédure en la matière a pleinement été respectée peut rester ouverte, d'autant plus eu égard à l'issue qu'il y a lieu de donner au recours et en considération du fait que c'était une expertise bi-disciplinaire qu'il aurait été pour le moins opportun d'ordonner (rhumatologique et psychiatrique), et non une expertise pluridisciplinaire, hypothèse dans laquelle des règles spécifiques doivent être observées (ATAS/745/2020 du 7 septembre 2020 consid. 4 ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 16 ss ad art. 57).

La chambre de céans rappelle cependant au passage que le devoir que l'art. 43 al. 1 LPGA impose à un assureur social de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires à l'appréciation du cas ne comprend pas pour lui – ni d'ailleurs pour l'assuré – le droit de faire réaliser une seconde expertise médicale sur des faits déjà

établis par une expertise parce que celle-ci ne lui convient pas (arrêt du Tribunal fédéral 9C_499/2013 du 20 février 2014 consid. 6.4.2.1 ; ATAS/444/2019 du 21 mai 2019 consid. 4).

c. Il importe d'examiner si l'une des deux expertises psychiatriques considérées emporte conviction, le cas échéant laquelle, et/ou quelles conséquences doivent en l'état être tirées tant de leurs convergences que de leurs divergences.

10. a. Dès lors qu'il est question d'atteinte à la santé psychique, il faut rappeler que le Tribunal fédéral a étendu à toutes les affections psychiques (ATF 143 V 409 consid. 4.5) l'applicabilité de la procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini qu'il avait établie pour les troubles somatoformes douloureux et les affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281), lorsqu'il a abandonné la présomption que de telles pathologies pouvaient en règle générale être surmontées par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 130 V 352).

b. Cette procédure met en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part. Il s'agit d'une grille d'analyse s'appuyant sur des indicateurs relevant de deux catégories, respectivement du degré de gravité fonctionnelle et de la cohérence.

Les indicateurs relevant de la « gravité fonctionnelle » représentent l'instrument de base de l'analyse. Il faut s'attacher en premier lieu aux atteintes à la santé. Il s'agit d'examiner les éléments pertinents pour le diagnostic et voir si leur degré de gravité est rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante. Le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers sont des indicateurs importants pour apprécier le degré de gravité de la pathologie. La comorbidité psychiatrique ne joue plus un rôle prépondérant. Il faut ensuite accorder une importance accrue au complexe de la personnalité de l'assuré, au développement et à la structure de sa personnalité, à ses fonctions psychiques fondamentales. Il y a lieu également de recenser et évaluer les ressources mobilisables de l'assuré.

Les déductions tirées des indicateurs précités doivent ensuite être soumises à un examen de cohérence au regard des indicateurs liés au comportement de l'assuré. Il s'agit d'examiner si l'assuré est limité de manière semblable par sa pathologie dans les divers domaines de sa vie, en particulier dans son activité professionnelle, l'exécution de ses travaux habituels et les autres activités (par exemple les loisirs), si possible en comparant le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé. Il faut aussi s'intéresser à la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou négligés, pour déterminer le poids effectif de la souffrance, en veillant cependant à discerner le cas échéant si un refus ou une mauvaise acceptation d'un traitement recommandé est ou non une conséquence inévitable d'une anosognosie.

11. a. En l'espèce, il n'apparaît pas que, du Dr F_____ et du Dr G_____, l'un de ces deux experts n'aurait pas appliqué la procédure d'établissement des faits établie par la jurisprudence précitée, ni que l'un d'eux l'aurait significativement mieux appliquée que l'autre.

Leurs rapports comportent l'un et l'autre une analyse fouillée du dossier, sont fondés sur des examens complets (sous réserve des points évoqués plus loin), prennent en considération les plaintes exprimées, ont été établis en connaissance de l'anamnèse, et sont sérieusement motivés.

Ils ne parviennent pas pour autant pleinement aux mêmes conclusions

b. Il y a divergence sur les diagnostics posés, toutefois en partie seulement.

Le Dr G_____ ne retient pas le diagnostic d'épisode dépressif, à tout le moins au moment où il a examiné le recourant (soit les 4 juin et 7 août 2020), et *a fortiori* celui de trouble dépressif récurrent, contrairement au Dr F_____ (et aussi à la Dre E_____). Ses arguments apparaissent convaincants, à savoir faute, de façon suffisamment significative, d'une diminution de l'intérêt et du plaisir, d'une part, et d'une baisse de l'énergie entraînant une diminution de l'activité, d'autre part.

Le Dr G_____ écarte aussi le diagnostic d'état de stress post-traumatique, posé par la Dre E_____, de même que celui – vu comme une séquelle d'un tel syndrome – de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, retenu par le Dr F_____. Il ne s'agit pas de sous-estimer la gravité des évènements auxquels le recourant a été confronté durant les troubles ethniques et la guerre au Kosovo avant sa venue en Suisse en 1999, ni de nier qu'ils ont pu lui faire subir un traumatisme psychique. Cependant, ainsi que le démontre le Dr G_____, les critères établis par la science médicale permettant de retenir les diagnostics précités ne sont pas remplis ; faute notamment de souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants, de rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse au contenu en lien avec les évènements traumatiques, de réactions dissociatives, de sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices évoquant ces évènements, faute aussi d'évitement des souvenirs, pensées ou sentiments concernant ces évènements et d'évitement des rappels externes réveillant des souvenirs de ces évènements, et faute également d'altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associée à un ou plusieurs évènements traumatiques. Le dossier ne permet pas d'admettre que le suivi psychiatrique dont le recourant a eu besoin peu après son arrivée en Suisse était en réalité justifié par un état de stress post-traumatique, et non par des problèmes d'adaptation. La période de latence entre les évènements traumatiques considérés et l'apparition des troubles psychiques du recourant en 2018 apparaît dès lors avoir été beaucoup trop longue pour que les diagnostics précités puissent être retenus (arrêt du Tribunal fédéral 9C_671/2012 du 15 novembre 2012 consid. 4.3).

c. Entre les deux experts considérés, il y a en revanche convergence – et cela a en l'occurrence toute son importance et emporte la conviction de la chambre de

céans – sur le fait que le recourant souffre d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Comme le résume le Dr G_____, le recourant présentait, en été 2020, depuis quelque deux ans une symptomatologie algique dont l'origine organique avait été écartée par l'experte rhumatologue ; les douleurs dont il se plaignait engendraient une détresse significative et avaient un impact significatif sur le fonctionnement du recourant dans sa vie quotidienne, concernant à la fois l'activité professionnelle et les activités privées ; le recourant s'impliquait dans la physiothérapie, prenait le traitement antidouleur et anti-inflammatoire ; la problématique algique constituait une préoccupation principale du recourant, revenant sans cesse dans ses propos.

Au niveau des diagnostics, il sied encore de noter qu'à l'instar de la Dre E_____, le Dr G_____ pose encore celui de trouble panique.

d. Il y a divergence sur l'effet incapacitant des pathologies diagnostiquées ici pertinentes.

Alors que, pour le Dr F_____, la capacité de travail du recourant était nulle (encore au moment de son expertise, en mars 2020), pour le Dr G_____, elle n'était nulle que dans l'activité habituelle mais ne l'était plus, voire ne l'avait jamais été dans une activité adaptée.

La question se pose à vrai dire pour le syndrome douloureux somatique persistant. Quant au trouble panique, il se justifie de ne pas lui reconnaître d'effet incapacitant, au vu – ainsi que le Dr G_____ le relève – de la faible fréquence et de la courte durée des attaques de panique présentées par le recourant.

12. a. Contrairement à ce que retient implicitement la décision attaquée, la capacité de travail du recourant a donc été nulle aussi pour des raisons psychiques, sinon dès le jour de l'accident du moins dans les semaines voire les mois qui ont suivi ledit accident, au cours de l'année 2018. Tel est l'avis du Dr F_____ (en plus du psychiatre traitant), mais aussi du Dr G_____, d'après ce dernier du moins dans l'activité habituelle mais vraisemblablement pas dans une activité adaptée.

Il n'y a cependant pas lieu de se référer à une possibilité de changer de profession ou de type d'activités pour juger de la question de savoir si un assuré remplit la condition à laquelle l'art. 28 al. 1 let. b LAI subordonne le droit à une rente d'invalidité, c'est-à-dire s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable. C'est dans le long terme qu'un assuré peut se voir opposer la possibilité d'exercer une activité dite adaptée, en vertu de son obligation de réduire le dommage, dont découle l'exigence d'une réadaptation par soi-même. A ce stade (et dans la disposition légale précitée), il est question non d'incapacité de gain, mais d'incapacité de travail, soit d'une perte fonctionnelle, due à une atteinte à la santé, de la capacité de rendement de l'assuré dans sa profession ou dans son champ d'activité habituel (ATF 130 V 97 consid. 3.2 p. 98 ; Michel VALTERIO, op. cit. n. 9 ad art. 28 ; Margrit MOSER-SZELESS, in CR-LPGA, n. 18 ad art. 7). Cette

b. Or, cette totale incapacité de travail du recourant perdurait au jour où ont été établis les rapports d'expertise tant du Dr F_____, en mars 2020, dans toute activité selon ledit médecin, que du Dr G_____, en août 2020, pour ce dernier dans l'activité habituelle.

Aussi est-ce doublement à tort (*supra* consid. 8c) – soit des points de vue tant somatique que psychiatrique – que l'intimé a nié que le recourant remplissait la condition précitée de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, de ce fait sans même poursuivre l'examen des autres conditions mises par cet art. 28 LAI au droit à une rente d'invalidité.

13. a. Au nombre de ces autres conditions figure celle de savoir si la capacité de gain du recourant ne pouvait et ne pourrait pas être rétablie ou du moins améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (art. 28 al. 1 let. a LAI).

Dans la décision attaquée et en cours de procédure, l'intimé a nié, d'un trait de plume, que des mesures professionnelles étaient indiquées dans le cas du recourant. Selon lui, la capacité de travail du recourant était pleine dans une activité adaptée ; autrement dit, ce dernier n'avait qu'à changer de métier, de lui-même, sans le soutien de l'AI. Et, dans son avis médical du 13 janvier 2021 (sur lequel l'intimé a fondé sa dernière écriture), le SMR a en quelque sorte reproché au recourant de n'avoir pas fait de tentative de réadaptation.

b. La chambre de céans n'affirme pas ici que le recourant avait et a droit à des mesures professionnelles, mais force est de retenir que, de la part de l'intimé, il n'y a pas eu d'examen sérieux du point de savoir si le recourant remplissait ou non les conditions notamment de mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (art. 8 al. 3 let. a^{bis} et art. 14a LAI) ou de mesures d'ordre professionnel comme l'orientation professionnelle, le reclassement ou le placement (art. 8 al. 3 let. b et art. 15, 17, 18 et 18a LAI). Ces questions restent actuelles.

Rien n'indique que le recourant ne serait pas désireux de travailler. Les experts ont même signalé qu'il vit douloureusement de ne pas pourvoir aux besoins de sa famille et que cela participe de sa pathologie psychiatrique. Sans exclure qu'à terme une reprise du travail dans une activité adaptée puisse être envisagée, le Dr F_____ a indiqué, précisément dans ce contexte, qu'une intégration dans une activité occupationnelle pourrait constituer un premier pas vers une reprise d'activité. A réception du projet de décision de l'intimé, le recourant a d'ailleurs immédiatement demandé à ce dernier de lui préciser quel métier serait approprié pour lui eu égard à ses problèmes de santé, sans jamais obtenir de réponse à ce sujet.

On ne pourrait admettre que le recourant peut exercer une activité adaptée sans l'octroi préalable de mesures professionnelles que s'il apparaissait clairement qu'une réadaptation par soi-même était et serait exigible de sa part. Or, il résulte des rapports d'expertise des Drs D_____, F_____ et G_____ qu'en présence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, une réadaptation par soi-même

représente un défi. Il n'est pas exclu – mais en l'état pas non plus établi – qu'un défaut de perspective de mesures professionnelles signifierait qu'une réadaptation par soi-même n'est pas exigible.

c. En tout état, l'intimé devait définir de façon précise et concrète quelles activités le recourant pourrait exercer. Il incombe en effet à l'administration d'indiquer les possibilités de travail de l'assuré compte tenu des indications médicales et de ses aptitudes, sans émettre des exigences excessives (Michel VALTERIO, op. cit. n. 63 ad art. 28a). Elle doit pouvoir s'appuyer à cette fin sur l'avis de médecins, du moins pour des assurés atteints de pathologies particulières, dont certaines atteintes à la santé psychique (*infra* consid. 7a).

La chambre de céans a déjà indiqué que s'il peut sans conteste être attendu d'un assuré qu'il change d'activité professionnelle, il n'en faut pas moins veiller, lors de l'examen de sa capacité (résiduelle) de travail et de gain, à ne pas simplement quitter le terrain concret de l'activité habituelle, connu tant par les possibilités et les difficultés de l'assuré d'y exercer ses compétences et son expérience, pour préférer placer le débat sur le terrain devenant vite théorique et abstrait d'activités dites adaptées aux limitations fonctionnelles et se réfugier trop facilement derrière l'argument que si la personne concernée ne trouve pas d'emploi cela tient au fait, non pertinent pour l'AI, que le marché du travail ne serait pas équilibré dans le domaine considéré des activités entrant théoriquement en considération. Une sous-estimation des limitations fonctionnelles ne doit pas être couverte par l'esquive que risque de constituer le fait que, presque par définition, une capacité de travail pourrait généralement être admise « dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles » si l'on n'est pas suffisamment réaliste dans l'appréciation des capacités de travail et de gain que celles-ci laissent subsister (ATAS/1090/2018 du 27 novembre 2018 consid. 6c).

d. En l'espèce, l'intimé n'a pas satisfait à son devoir de définir de façon concrète et réaliste quelles activités seraient adaptées pour le recourant.

Compte tenu du syndrome douloureux somatoforme persistant du recourant, homme manuel sans formation professionnelle, n'ayant pas d'autres perspectives réalistes que d'exercer un métier manuel supposant mouvements du corps et emploi de la force physique, il ne pouvait et ne saurait suffire de le renvoyer, de surcroit sans appui, à travailler dans un métier ne nécessitant pas de porter des charges, de s'accroupir, de se pencher ou de faire d'autres mouvements corporels qui engendreraient ou accentueraient des douleurs, sans autres précisions.

L'insuffisance de la décision attaquée, en tant qu'elle s'appuie sur cette appréciation, se trouve soulignée par le fait que l'expert G_____ lui-même a indiqué qu'une analyse précise des mouvements à proscrire dépassait le champ de ses compétences.

14. C'est dire aussi que la décision attaquée ne repose pas non plus sur un examen susceptible d'être confirmé, du moins en l'état, du point de savoir si, dans quelle mesure et à partir de quand le recourant avait le cas échéant recouvré une capacité

de gain au-delà de l'année d'attente et le cas échéant à quel(s) pourcentage(s) et à partir de quelle(s) date(s), faute d'un examen un tant soit peu sérieux des questions de savoir – qui sont en lien l'une avec l'autre et toujours d'actualité – si des mesures de réadaptation n'étaient pas indiquées et quelles activités précises, concrètes et réalistes le recourant pouvait le cas échéant exercer et depuis quand.

15. a. En conclusion, le recours doit être admis partiellement, au sens des considérants, la décision attaquée être annulée et la cause être renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire puis nouvelle décision.

    Il ne peut être en l'état ni affirmé ni nié que le recourant remplissait et/ou remplit le cas échéant encore, ne serait-ce que temporairement, toutes les conditions d'un droit à une rente d'invalidité (art. 28 LAI).

    b. La décision attaquée devant être annulée, il appartiendra à l'intimé, après avoir procédé aux compléments d'instruction requis, d'en rendre une nouvelle qui soit actuelle au moment où il la rendra, et non en se replaçant à la date à laquelle il avait rendu la décision attaquée.

    Il lui faudra donc, à cette fin, aussi s'enquérir de l'évolution qu'a connue l'état de santé du recourant depuis que les expertises des Drs D_____, F_____ et G_____ ont été réalisées. Il reviendra au recourant, avec le concours de ses médecins traitants (voire, pour le volet rhumatologique, en produisant des examens radiologiques), de collaborer activement à l'établissement de l'évolution et actualisation de ses données médicales.

    Il sera aussi opportun que l'intimé s'enquiert de la suite que l'assureur-maladie a donnée à la reprise en charge du cas annoncée par son courrier du 4 novembre 2020.

16. a. La procédure n'est pas gratuite en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances (art. 69 al. 1bis LAI), en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (dans sa version ici applicable). Aussi un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé.

    b. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, et étant représenté par un avocat (peu importe que ce soit au bénéfice de l'assistance juridique), il doit lui être alloué une indemnité de procédure, qui sera arrêtée à CHF 1'500.- (art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA - E 5 10.03) et mise à la charge de l'intimé.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement, au sens des considérations.
3. Annule la décision de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève du 25 novembre 2019 et renvoie la cause à cet office pour instruction complémentaire puis nouvelle décision.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'office précité.
5. Alloue à Monsieur A_____ une indemnité de procédure de CHF 1'500.-, à la charge de l'office précité.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	Le président suppléant
Adriana MALANGA	Raphaël MARTIN

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