

GE_GERICHTE ATAS/913/2021 vom 1. September 2021

GE Cour de justice, 2021-09-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_913_2021

FR: GE_GERICHTE ATAS/913/2021 du 1 septembre 2021

IT: GE_GERICHTE ATAS/913/2021 del 1 settembre 2021

Erwägungen

E. 36

a. Le rapport établi le 2 novembre 2020 par le Dr M_____ contient un résumé du dossier médical du recourant, une anamnèse et les constatations faites lors d'un examen clinique. L'expert a posé les diagnostics rhumatologiques de syndrome douloureux chronique, brachialgies multifactorielles et syndrome lombo-vertébral. L'expert a conclu qu'il y avait, dans le cas du recourant, des tendances à la douleur chronique qui existaient déjà avant ses deux accidents. Aucun de ces derniers n'expliquait à lui seul les plaintes actuelles. Le premier accident, mais surtout le second, avaient finalement déclenché un syndrome douloureux chronique. Il existait un déficit fonctionnel au niveau cervical modéré a priori provoqué par les douleurs musculaires. Le déficit fonctionnel à l'épaule, notamment l'abduction de plus de 90° gauche retrouvé à l'examen clinique, était partiellement expliqué par la tendinopathie calcifiante et une bursite, mais n'était pas en lien avec la manière dont le recourant avait retiré son pull à l'examen clinique. Il n'y avait pas d'évidence pour une épaule gelée. En ce qui concernait la colonne lombaire, l'expert n'avait détecté aucun déficit fonctionnel. Au niveau du syndrome de douleurs chroniques, l'expert ne pouvait que constater une légère diminution des ressources physiques, avec quelques discordances. Il en résultait une capacité de travail légèrement limitée de 75% dans l'activité exercée depuis le deuxième traumatisme cervical en 2014, sous réserve de porter des objets de plus de 15 kg. Le travail de brocanteur permettait des changements de positions et des pauses régulières. La capacité de travail était totale pour les travaux légers et moyennement lourds.

b. Dans un complément d'expertise du 18 décembre 2020, le Dr M_____ a précisé qu'il posait le diagnostic de syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie, ce qui signifiait que la source des douleurs était au niveau du système nerveux central avec des symptômes diffus et une hypersensibilité aux douleurs. Classiquement, il y avait une association des symptômes avec des troubles du sommeil et de la concentration et un manque de réponse au traitement habituel. Il a également mentionné les diagnostics de cervico-brachialgies multifactorielle et de syndrome lombo-vertébral. Les cervicobrachialgies étaient multifactorielles déclenchées par une discopathie modérée au niveau cervical et à son avis indépendant des accidents « whiplash ». La cervicobrachialgie était objectivée avec les discopathie vue à l'IRM, les épicondylites modérées et la tendinopathie calcifiante vue à l'échographie. Le syndrome douloureux chronique par définition était difficile à objectiver. Le syndrome douloureux chronique était d'un degré de gravité moyen, les autres diagnostics posés d'un degré de gravité faible. Le syndrome douloureux chronique avait déjà commencé en 2003 avec des rachialgies persistantes, plusieurs mois après une chute modérée dans les escaliers. Après 2012, il y avait eu plusieurs infiltrations par les antalgiques de Genève avec des douleurs persistantes au niveau abdominal et inguinal, sans explication. Les cervicobrachialgies étaient multifactorielles, déclenchées par une discopathie modérée au niveau cervical, et ne dépendaient pas des accidents « whiplash ».

Les

A/1409/2019 - 18/35 - anthésopathies des coudes et la tendinopathie aux épaules existaient depuis environ 2016. L'assuré était limité par les cervicobrachialgies dans la fonction des bras, notamment pour porter des objets de plus de 15 kg ou les porter au-dessus de la tête. Le syndrome douloureux chronique était défini par les ressources qui étaient modérément réduites dans le cas du recourant. La distorsion cervicale lors du 2ème accident en 2014 avait eu pour conséquence une limitation fonctionnelle maximale de 3 à 4 semaines, car aucun trouble structurel n'avait été décrit à l'imagerie et l'impact de l'accident était faible. Le syndrome douloureux chronique menait par contre à une réduction des ressources physiques des fonctions nécessaires de 25% à partir du 15 septembre 2014. S'agissant de l'expertise de la PMU, il a indiqué qu'une incapacité de travail totale pendant quelques semaines après le deuxième accident était compréhensible. De son point de vue, il restait une incapacité de travail de 25% due au syndrome de la douleur chronique. Il ne pouvait pas comprendre les restrictions jusqu'au 15 juin 2015. S'agissant de l'appréciation du Dr C_____, il a indiqué que l'arrêt de travail permanent de 80% au-delà de novembre 2014, en raison de la distorsion cervicale n'était pas compréhensible pour lui. c. L'expert a encore précisé suite à des critiques du recourant que d'après sa documentation, l'expertise avait duré 1 heure, y compris l'anamnèse détaillée l'examen clinique. Les appels téléphoniques qu'il avait pu recevoir pendant l'entretien avec l'expertisé étaient restés courts et n'avaient pas limité sa capacité de jugement. L'étude du dossier au préalable avait duré 1 heure 30.

E. 37

L'expertise établie par le Dr L_____ contient un résumé détaillé du dossier, complété par des renseignements obtenus par l'expert auprès des Dresses F_____ et E_____. Elle contient également une anamnèse, les plaintes actuelles et les constatations objectives de l'expert. Celui-ci a retenu un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), trouble de gravité modérée, en motivant cette conclusion et en constatant que le diagnostic correspondait au tableau de la réaction mixte anxieuse et dépressive du diagnostic retenu par la médecin traitante le 23 novembre 2015 et l'expert psychiatre de la PMU le 28 novembre 2017, précisant pour quelle raison il s'était éloigné de l'appréciation de ces médecins. Pour ce qui était des plaintes douloureuses, l'expert n'avait pas constaté de comportement douloureux lors de son examen et la consommation de médicaments antidouleur restait contrôlée, puisque ceux-ci étaient pris à la demande. Par ailleurs, concernant le caractère éventuellement psychogène des douleurs, rien ne permettait d'affirmer que la cause des douleurs apparues après l'accident du 15 septembre 2014 ait été un conflit émotionnel ou des problèmes psychosociaux, comme l'exigeait la CIM-10 pour retenir le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Ce diagnostic était évoqué une seule fois dans le dossier, tardivement et de manière fugace dans le rapport du 28 février 2019 de la Dresse E_____. Lors d'un téléphone avec l'expert psychiatre du 7 décembre 2020, cette dernière avait déclaré

A/1409/2019 - 19/35 - que c'était le diagnostic de fibromyalgie qu'elle aurait dû utiliser pour signaler le caractère cérébral et donc somatique et non psychiatrique du phénomène de sensibilisation centrale de la douleur. L'expert relevait que le diagnostic retenu pouvait diminuer légèrement la confiance en soi et l'énergie disponible, mais qu'il s'agissait de répercussions fonctionnelles légères, généralement surmontables et ne générant pas d'incapacité de travail durable. À l'heure actuelle, il n'y avait pas d'incapacité de travail durable pour un motif psychiatrique. L'expert réservait une éventuelle interaction avec

l'atteinte somatique, qui serait abordé dans la discussion consensuelle avec l'expert rhumatologue. Pour ce qui était du passé, il n'y avait pas d'évidence documentée d'une atteinte psychiatrique plus sévère que celle actuellement présente. Les plaintes douloureuses et anxiodépressives étaient devenues chroniques. Elles pourraient le rester sauf si l'expertisé utilisait au mieux ses capacités d'adaptation et de résilience. Celles-ci étaient remarquables au vu de la capacité qu'il avait démontrée dans le passé pour surmonter un handicap de départ relativement lourd (carence affective et matérielle, violences dans le couple parental et scolarité erratique) pour trouver son chemin, s'épanouir professionnellement et socialement et fonder une famille. L'expert a examiné ensuite les indicateurs juridiques de gravité selon la jurisprudence relative aux troubles somatoformes et assimilés, étendue ensuite à toutes les atteintes psychiques, concluant que les limitations fonctionnelles constatées en relation avec les troubles psychiques étaient objectivement peu importantes et devaient être surmontables sans limiter la capacité de travail.

E. 38

Selon l'appréciation consensuelle des experts, l'atteinte fonctionnelle de 25% d'origine somatique était légèrement renforcée par le cumul avec les limitations modérées d'origine psychiatrique. Globalement, l'incapacité de travail était de 30% dans toute activité depuis le 15 septembre 2014, date de l'accident. Tenant compte de l'activité actuelle du recourant de brocanteur indépendant, bien investie et effectuée avec ses deux enfants, il n'apparaissait pas réaliste aux experts de proposer une réorientation professionnelle. Cette voie ne devrait être envisagée que si l'activité non exigible (port de charges >15 kg) était à la fois indispensable et ne pouvait absolument pas être assumée par l'ensemble de l'équipe familiale composant l'entreprise.

E. 39

L'intimé a fait valoir que l'expertise du Dr M_____ ne pouvait être suivie, mais que celle du Dr L_____ était convaincante, en se fondant sur un avis du SMR du 18 février 2021.

E. 40

Le recourant a contesté les conclusions des deux experts.

E. 41

Le 20 mai 2021, le recourant a informé la chambre des assurances sociales du fait qu'au début du mois d'avril, il avait subi une crise de douleurs persistantes d'une douzaine de jours et que ses médecins traitants avaient été stupéfaits par les conclusions des experts. Il a renouvelé sa demande d'audition de ces médecins. EN DROIT

A/1409/2019 - 20/35 - 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 3. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité. 4. 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 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. 28a al. 1 LAI). 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. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

5. 5.1. L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, telle la fibromyalgie, ne fait pas l'objet d'un consensus

A/1409/2019 - 21/35 - médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). Pour ces motifs, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de ce genre de syndromes. Le diagnostic de fibromyalgie, qui est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, doit s'appuyer *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 132 V 65 consid. 3.4 et 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_430/2009 du 27 novembre 2009 consid. 3.4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 134/05 du 13 mars 2006 consid. 3.2.1.3 et 3.2.2.3). Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie pour se déterminer sur l'incapacité de travail que ce diagnostic est susceptible d'entraîner, ce d'autant plus que des facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants (consid. 4.2.2 supra) - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (voir aussi P. HENNINGSEN, *Zur Begutachtung somatoformer Störungen* in: *Praxis* 94/2005, p. 2007 ss). On peut réserver les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 3). Dans un arrêt du 3 juin 2015 (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a jugé que la capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d'une symptomatologie

douloureuse sans substrat organique doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. L'évaluation doit être effectuée sur la base d'un catalogue d'indicateurs de gravité et de cohérence. Il faut examiner, en premier lieu, le degré de gravité inhérent au diagnostic, dont la plainte essentielle doit concerner une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé. Dans ce contexte, il faut tenir compte des critères d'exclusion, à savoir des limitations liées à l'exercice d'une activité résultant d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, telle qu'une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demandes de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que les plaintes très démonstratives laissent insensibles l'expert,

A/1409/2019 - 22/35 - ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact. La gravité de l'évolution de la maladie doit aussi être rendue plausible par les éléments ressortant de l'étiologie et de la pathogenèse déterminantes pour le diagnostic, comme par exemple la présence de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux. Un deuxième indicateur est l'échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art, en dépit d'une coopération optimale. Il n'y a chronicisation qu'après plusieurs années et après avoir épuisé toutes les possibilités de traitement, ainsi que les mesures de réadaptation et d'intégration. Le refus de l'assuré de participer à de telles mesures constitue un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. Pour déterminer les ressources de l'assuré, il convient d'établir s'il y a des comorbidités psychiatriques et somatiques. Un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme (ou à la fibromyalgie) peut être considéré comme une comorbidité psychiatrique. La structure de la personnalité de l'assuré constitue un indicateur pour évaluer ses ressources. Il faut tenir compte non seulement des formes classiques des diagnostics de la personnalité, mais également des capacités inhérentes à la personnalité, qui permettent de tirer des conclusions sur la capacité de travail (notamment la conscience de soi et de l'autre, l'examen de la réalité et la formation du jugement, le contrôle des affects et des impulsions ainsi que l'intentionnalité. Il faut prendre en compte les effets de l'environnement social. L'incapacité de travail ne doit pas être essentiellement le résultat de facteurs socio-culturels. Pour l'évaluation des ressources de l'assuré, il faut tenir compte de celles qu'il peut tirer de son environnement, notamment du soutien dont il bénéficie éventuellement dans son réseau social. Il convient encore d'examiner si les limitations sont uniformes dans tous les domaines de la vie et d'effectuer une comparaison des activités sociales avant et après la survenance de l'atteinte à la santé. La souffrance doit se traduire par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Il ne faut toutefois pas conclure à l'absence de lourdes souffrances, lorsque le refus ou la mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et exigible doivent être attribués à une incapacité de l'assuré de reconnaître sa maladie. Le comportement de la personne assurée dans le cadre de la réadaptation professionnelle, notamment ses propres efforts de réadaptation, doivent également être pris en compte. 5.2. Lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques, il y a également lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée à l'aide des indicateurs précités (ATF 141 V 281; ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), car les maladies psychiques ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées que de manière limitée sur la

A/1409/2019 - 23/35 - base de critères objectifs. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. 5.3. S'il appartient aux médecins de poser un diagnostic en fonction de critères médicaux et de se prononcer sur l'incidence d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail, il revient à l'organe d'application du droit d'évaluer le caractère invalidant d'une telle atteinte, au regard des indicateurs développés par la jurisprudence quand il s'agit de troubles psychiques (ATF 141 V 285 consid. 2.1.1 et ATF 144 V 50 consid. 4.3). Il peut ainsi arriver que les organes d'application du droit se distancent de l'évaluation médicale de la capacité de travail lorsque celle-ci s'écarte du cadre fixé par les indicateurs évoqués. 6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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). 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.

A/1409/2019 - 24/35 - Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). Le but d'une expertise pluridisciplinaire est

d'apprécier toutes les atteintes à la santé et leurs conséquences sur la capacité de travail (ATF 137 V 210). Toutefois, il est parfois difficile de distinguer les atteintes à la santé des facteurs étrangers à l'invalidité. Dans ce cadre, l'appréciation globale et consensuelle des experts ayant participé à l'expertise est souhaitable, sans être obligatoire. De même, le fait qu'une partie de l'expertise pluridisciplinaire ne soit pas convaincante ne signifie pas nécessairement que toute l'expertise ait perdu toute valeur probante. Une expertise pluridisciplinaire peut avoir une pleine valeur probante malgré l'absence de rapport consensuel final des experts (arrêt du Tribunal fédéral 8C_747/2016 du 21 mars 2017). Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). 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

A/1409/2019 - 25/35 - consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. 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).

7. 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). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 8. 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

A/1409/2019 - 26/35 - considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). 9. En l'espèce, il convient de déterminer en premier lieu la valeur probante de l'expertise du Dr M_____, qui a fait l'objet de plusieurs critiques. 9.1. Le SMR estime que l'expert a effectué un status clinique trop restreint pour en retirer une analyse objective et que de ce fait, aucune comparaison ne pouvait être effectuée avec l'examen clinique rhumatologique de 2017. Les amplitudes articulaires n'étaient pas détaillées, par exemple pour la colonne cervicale, les épaules, les coudes, entre autres. De plus, la palpation du tendon d'Achille n'était pas décrite alors que l'expert retenait le diagnostic de tendinopathie achilléenne. La chambre de céans constate qu'il ressort de son rapport que l'expert a procédé à un examen clinique du recourant et qu'il a examiné en particulier la mobilité des jambes, des cervicales, des mains, coudes, genoux, chevilles et des épaules. Il a ainsi procédé à un examen suffisant pour en retirer une analyse objective, quand bien même son rapport est moins détaillé que celui des experts de la PMU de 2017. Le fait que l'expert n'ait pas décrit dans son examen clinique avoir constaté la tendinopathie achilléenne à droite qu'il a retenu dans les diagnostics ne suffit pas à considérer que son examen clinique n'était pas suffisant, le rapport d'expertise devant être apprécié dans son ensemble. Il ressort en l'occurrence de l'anamnèse, que le recourant avait indiqué à l'expert souffrir actuellement d'une tendinopathie de l'Achille droit avec un gonflement à ce niveau, ce qui suffit à fonder le diagnostic posé. 9.2. Selon le SMR, l'expert n'a pas suffisamment motivé les diagnostics posés, en particulier celui de fibromyalgie, pour lequel il n'avait discuté les critères habituels recommandés par la société internationale de rhumatologie. L'expert rhumatologue a retenu dans son premier rapport le diagnostic de syndrome douloureux chronique. Dans son rapport complémentaire, il a précisé qu'il s'agissait d'un diagnostic de syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie, de gravité moyenne. L'expert n'a ainsi effectivement pas suffisamment motivé ce diagnostic, qui doit, selon la jurisprudence,

s'appuyer lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu. 9.3. Selon le SMR, l'expert a retenu le diagnostic de tendinopathie calcifiante des deux épaules alors qu'il n'y avait pas d'examens radiologiques décrits pour l'épaule droite et qu'aucun examen radiologique pour l'épaule gauche ne décrivait des calcifications.

A/1409/2019 - 27/35 - L'expert M_____ a indiqué dans son rapport du 13 janvier 2021 que la tendinopathie calcifiante était objectivée par une échographie, sans plus de précision. Cette appréciation apparaît se fonder sur l'échographie de l'épaule gauche du recourant effectuée à fin septembre 2016, qui selon le résumé fait par les experts de la PMU, mettait en évidence une petite zone d'enthésopathie chronique à l'union des tendons supra et intra-épineux avec une petite calcification linéaire. On ne peut dès lors soutenir comme l'a fait l'intimé qu'aucun examen radiologique ne décrit des calcifications pour l'épaule gauche, même si l'on peut regretter que le Dr M_____ n'ait pas été plus précis. Il faut admettre une erreur dans les diagnostics retenus, dès lors que l'expert a mentionné une tendinopathie aux épaules, alors qu'il ressort de sa discussion, et du dossier, que ce diagnostic ne concernait qu'une seule épaule. Cette erreur ne suffit pas à ôter toute valeur probante à l'expertise, puisqu'il ressort de sa motivation (sous discussion) que l'expert a correctement retenu qu'il existait un déficit fonctionnel à une seule épaule. 9.4. Le SMR a relevé que les amplitudes articulaires des deux épaules n'étaient pas suffisamment décrites pour en déduire des limitations fonctionnelles. L'expert a indiqué, sous discussion, que le déficit fonctionnel à l'épaule, notamment à l'abduction de plus de 90° à gauche retrouvé à l'examen clinique était partiellement expliqué par la tendinopathie et la bursite et qu'il n'y avait pas d'évidence pour une épaule gelée. Il ressort de l'examen clinique qu'il a examiné en particulier l'épaule gauche, précisant à ce sujet avoir constaté une « pseudo- parésie. Abduction 80 à 90%. Rotation passive faisable, sans signe pour une épaule gelée ». Ses conclusions sur les amplitudes articulaires sont ainsi fondées sur un examen clinique suffisant et apparaissent convaincantes, quand bien même l'expert aurait pu être plus détaillé dans son rapport. 9.5. Le SMR a fait valoir que l'expert rhumatologue décrivait que sur l'IRM cervicale du 14 octobre 2015, il existait des discrets signes de discopathie étagée C2-C3 et C6-C7, alors que la radiographie était décrite comme normale lors de l'expertise de 2017, sans motiver ces différences d'appréciations. Il faut relever à cet égard que l'expert rhumatologue de la PMU a indiqué, s'agissant des cervicalgies chroniques, que la relecture des documents radiologiques mettait en évidence des troubles dégénératifs modérés, ce qui confirme l'appréciation du Dr M_____. Il apparaît dès lors que les deux experts n'ont pas eu de divergences sur ce point. 9.6. Le SMR a relevé que le Dr M_____ avait retenu le diagnostic de cervicobrachialgies alors qu'habituellement ce diagnostic était réservé aux radicualgies liées à un problème cervical. Or, le recourant ne présentait pas de radicualgies dans les membres supérieurs, en se fondant sur l'absence de description de douleurs sur un territoire spécifique et de signes de contraintes

A/1409/2019 - 28/35 - radicualgies radiologique et neurologique. Ainsi le diagnostic de cervicobrachialgies ne pouvait être retenu pour le SMR. Il s'agit là d'une appréciation différente du SMR qui ne suffit pas à remettre en cause celle de l'expert, dont le rapport repose notamment sur une anamnèse et un examen clinique du recourant. 9.7. Le recourant a également critiqué le rapport de l'expert rhumatologue. Il ne comprenait notamment pas sur quelle base celui-ci avait retenu qu'il présentait un syndrome douloureux déjà avant les accidents de 2012 et 2014, car avant l'accident de 2012, il était en pleine forme. Cette question était révélatrice d'un étrange parti pris et approximations de cet expert qui

affectaient l'ensemble de son appréciation. Le Dr M_____ a effectivement indiqué, dans son complément d'expertise, que le syndrome douloureux chronique avait déjà commencé en 2003 avec des rachialgies persistantes plusieurs mois après une chute modérée dans les escaliers. Dans son premier rapport, il avait indiqué que le recourant avait des tendances à la douleur chronique qui existaient avant ses deux accidents, précisant toutefois, sous « Discussion », que c'était le premier accident, mais surtout le second qui avaient déclenché le syndrome douloureux chronique. L'on doit admettre que ses deux rapports apparaissent contradictoires, ce qui peut toutefois s'expliquer par la difficulté de fixer la date exacte de l'apparition du diagnostic. Si ce dernier pouvait peut-être déjà être posé avant les accidents de 2014 et 2015, il n'est pas contestable que son intensité s'est accrue après ces derniers.

9.8. Le recourant a estimé qu'il était étrange, au vu du dossier dans son ensemble, que les cervicobrachialgies et le syndrome lombo-vertébral soient qualifiés de gravité faible, une telle appréciation étant rigoureusement incompatible avec son ressenti du recourant et l'impact gravement invalidant de ses douleurs. Le diagnostic posé de syndrome douloureux chronique de degré moyen de type fibromyalgie a précisément été posé en raison du fait que les douleurs ressenties par le recourant n'étaient pas explicables sur le plan objectif. Le ressenti du recourant ne suffit donc pas à remettre en cause la gravité des diagnostics somatiques (autres que celui de syndrome douloureux chronique de degré moyen de type fibromyalgie) définie comme faible par le Dr M_____.

9.9. Le recourant a fait valoir que l'expert rhumatologue avait relevé une discordance importante dans la mesure où il avait continué à travailler sur les marchés aux puces en dormant dans sa caravane pendant plusieurs mois par an. Or, il travaillait nettement moins qu'avant, soit 20% environ, en raison de son atteinte à la santé et que la literie d'une caravane n'était pas moins confortable au moins adaptée aux douleurs qu'une literie ordinaire. Il vivait en caravane plusieurs mois par an en raison de son appartenance à la communauté des gens du voyage et pas spécifiquement pour pouvoir travailler, ce que précisément il faisait beaucoup moins en raison de ses problèmes de santé. Sa présence au marché de Plainpalais où il avait un stand était malheureusement loin d'être assidue. Le recourant devait

A/1409/2019 - 29/35 - régulièrement adresser à l'autorité responsable de l'organisation du marché ces certificats médicaux justifiant ses absences, sous peine de perdre son stand puisque l'obtention d'un tel stand impliquait en principe un nombre minimum de présence par année. L'appréciation de l'expert rhumatologue, faite dans le cadre de l'analyse des indicateurs développés par le Tribunal fédéral, n'apparaît pas contraire à la réalité ni critiquable, dans la mesure où il faut bien admettre que le recourant, bien que souffrant de douleurs, est resté relativement actif puisqu'à teneur de l'anamnèse, il a continué à travailler comme brocanteur au marché aux puces et à voyager dans une caravane, même s'il est aidé par ses enfants. L'expert pouvait légitimement retenir ces faits, qui laissaient supposer que le recourant avait des ressources disponibles.

9.10. Le recourant encore fait valoir que l'expert rhumatologue ne retenait aucune incapacité dans une activité adaptée, sans expliquer qu'elle pourrait être une activité qui respecterait le mode de vie traditionnel de la communauté des gens du voyage dont il faisait partie. L'expert a relevé que le travail de brocanteur était assez flexible et qu'il permettait des adaptations permettant au recourant de travailler avec un syndrome douloureux chronique, de sorte qu'il a manifestement retenu que cette activité habituelle pouvait être conservée avec des adaptations. Il n'est pas contestable que cette activité respecte le mode de vie traditionnel de la communauté des

gens du voyage, puisqu'elle était déjà exercée par le recourant avant ses accidents. 9.11. Le recourant a encore fait valoir que la consultation avec l'expert rhumatologue s'était mal passée. Il n'avait été entendu qu'à une reprise pendant 35 minutes au total, lors desquelles l'expert avait répondu plusieurs fois au téléphone. Manifestement, ce dernier n'avait pas lu le dossier qu'il ne connaissait pas. Lorsque le recourant lui avait dit qu'il faisait partie de la communauté des gens du voyage, l'expert n'avait manifestement aucune idée de quoi il parlait et lui avait demandé si lors des voyages, il séjournait à l'hôtel. Au terme de la séance, l'expert avait indiqué péremptoirement que son état physique était certainement lié à une forme de maladie héréditaire sans lien avec l'accident, puisque cela relevait plutôt du domaine psychique et que lui-même ne pouvait rien y faire. La critique du recourant quant à la durée de l'expertise est contestée par l'expert, qui s'est référé à sa documentation. Par ailleurs, la durée nécessaire de la rencontre entre un expert et un expertisé dépend du cas d'espèce, de sorte que l'on ne peut en tirer de conclusion quant à la force probante des conclusions de l'expert, d'autant plus dans le cas du recourant, qui n'apparaît pas fortement atteint sur le plan purement somatique. Le fait que l'expert ne connaisse pas bien le mode de vie des gens du voyage n'est pas critiquable en soi, car ce sujet n'entre pas dans son domaine de compétence et l'expert a précisément posé des questions à l'expertisé pour se renseigner à ce sujet, ce qui atteste qu'il a pris les renseignements

A/1409/2019 - 30/35 - nécessaires pour mieux comprendre sa situation. Le fait qu'il y ait eu des téléphones pendant l'entretien ne suffit pas non plus à tirer des conclusions sur la validité de ses conclusions. Enfin, l'expert a posé le diagnostic de syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie qui doit également faire l'objet d'une appréciation par un psychiatre, de sorte que ce qu'il a pu dire au recourant à la fin de la séance – qui ne correspond pas forcément aux propos rapportés par ce dernier – n'apparaît pas contraire à la réalité, étant relevé que ce diagnostic n'est pas facile à appréhender, ni à accepter pour un assuré. 9.12. La chambre de céans constate encore qu'il y a une incohérence dans l'expertise, du fait que l'expert a retenu dans son premier rapport une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles alors qu'il est mentionné dans l'appréciation consensuelle que le syndrome douloureux chronique avait pour conséquence une atteinte fonctionnelle de 25% dans toute activité. 9.13. En conclusion, il apparaît que le rapport du Dr M_____ manque de précision et qu'il peut être critiqué sur certains points, en particulier sur la façon dont il a posé le diagnostic de syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie et fixé la capacité de travail résiduelle. Il n'est ainsi pas totalement convaincant. Cela étant, son rapport n'est pas dénué de toute valeur probante, en particulier en ce qui concerne les limitations fonctionnelles liées aux atteintes somatiques (sous réserve de la fibromyalgie), comme cela sera développé ci-après. 10. S'agissant de l'expertise psychiatrique, elle répond formellement à tous les réquisits exigés par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Elle n'est pas contestée par l'intimé, mais l'est par le recourant. 10.1. Ce dernier s'est étonné du fait que l'expert avait pris contact avec la Dresse F_____, mais pas avec le Dr C_____, qui le suivait également régulièrement. La mission d'expertise invitait l'expert à prendre, si nécessaire, tous renseignements auprès des médecins ayant traité le recourant. Ce n'est pas parce que l'expert a estimé nécessaire d'entendre le médecin psychiatre traitant du recourant qu'il devait forcément prendre contact avec son médecin généraliste, dont les rapports figuraient au dossier. De plus, le Dr C_____ n'étant pas psychiatre, on peut penser que son appréciation était moins pertinente pour l'expert que celle de la psychiatre traitante du recourant. On ne peut donc reprocher au Dr L_____ de ne pas avoir contacté le

Dr C_____. 10.2. Le recourant a fait valoir qu'il était exact qu'il mettait en location la maison qu'il tenait de ses parents mais qu'il n'en tirait aucun revenu net dans la mesure où les charges (hypothèques, entretiens etc.) absorbaient les loyers. L'expert a indiqué dans l'anamnèse que la famille du recourant avait notamment comme revenu le produit de la location de la maison parentale de ce dernier. Cette phrase n'apparaît pas contraire à la réalité, car le produit de la location de la maison

A/1409/2019 - 31/35 - constitue un revenu qui a permis au recourant de payer les charges de ce bien qui lui appartient. L'expertise ne peut être critiquée sur ce point. 10.3. Le recourant a encore relevé qu'il était inexact d'affirmer que s'il avait trop de douleurs, c'était sa fille qui tenait le stand au marché aux puces, en ce sens que cette dernière n'exposait ni ne tenait le stand hors sa présence. En l'occurrence, l'expert a indiqué dans son rapport que deux fois par semaine, « la famille » exposait des objets au marché aux puces de Plainpalais et que si le recourant avait trop de douleurs, c'était sa fille qui tenait le stand. Il ressort de la formulation de cette dernière phrase que le recourant était présent, ou du moins qu'il pouvait l'être. L'expert a de plus indiqué dans l'anamnèse que le recourant était « secondé » dans son activité professionnelle par sa fille depuis quatre ans et son fils depuis le printemps 2020, ce qui suppose qu'il travaillait avec l'aide de ses enfants. Le rapport d'expertise n'apparaît ainsi pas fondé sur une anamnèse erronée. 10.4. Le recourant a encore fait valoir qu'il était inexact d'affirmer qu'il ne montrait pas de comportement douloureux visible, car peu avant l'examen, il s'était fait une grosse entorse à la cheville droite et portait une attelle qui l'empêchait de marcher correctement, précisant que c'était certes sans rapport direct avec l'objet de l'expertise, mais que cela occasionnait des douleurs clairement visibles et ne permettait pas de distinguer les manifestations de douleurs liées à ce qui faisait l'objet de l'expertise. L'expert aurait dû avoir la rigueur et l'honnêteté de le noter, ce qu'il n'avait pas fait. L'expert a notamment indiqué, sous plaintes actuelles spontanées, que le recourant souffrait de douleurs diverses (nuque, tête, mâchoire, épaules, omoplates, face postérieure du corps, parfois hanche et bras). Le fait qu'il s'était fait une entorse n'a apparemment pas été annoncé par le recourant. Comme l'a relevé celui-ci, ce fait n'était pas déterminant dans le cadre de l'expertise, de sorte que l'absence de sa mention dans le rapport ne remet pas en cause les conclusions de celui-ci, ce d'autant plus dans le cadre d'une expertise psychiatrique. 10.5. S'agissant des diagnostics posés, l'expert a expliqué de façon motivée comment il les avait établis, notamment en faisant référence à l'appréciation de la Dresse F_____, qu'il avait directement contactée. L'appréciation différente de cette dernière ne suffit pas à remettre en cause les conclusions de l'expert, qui reposent sur une appréciation complète du cas du recourant. 10.6. Le fait que l'expert ait qualifié une fois le trouble psychique diagnostiqué de gravité faible ou léger et ailleurs de modéré ne constitue pas une incohérence manifeste, l'adjectif modéré étant un synonyme non seulement de moyen, mais également de minime, négligeable, petit (www.synonymeur.com/synonyme/modere).

A/1409/2019 - 32/35 - 10.7. En conclusion, l'expertise du Dr L_____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante, sous réserve de l'évaluation consensuelle, qui n'apparaît pas probante dans la mesure où les experts retiennent une capacité de travail globale de 30%, dont 25% serait dû au syndrome douloureux chronique, alors que l'analyse des indicateurs ne permet pas de retenir une incapacité de travail pour ce diagnostic, comme cela sera démontré ci-après. 11. 11.1. Bien que l'expertise du Dr M_____ ne soit pas pleinement probante, il n'apparaît pas nécessaire de faire procéder à une instruction complémentaire. En effet, la question de savoir si le diagnostic de fibromyalgie doit être

retenu ou pas peut rester ouverte, dès lors qu'il ressort du dossier, et en particulier de l'expertise du Dr L_____, que l'analyse des indicateurs développés par le Tribunal fédéral – à laquelle la chambre de céans est compétente pour procéder –, ne permet manifestement pas de retenir que si ce diagnostic était posé, il serait incapacitant. En effet, le recourant ne présente pas de détresse importante en lien avec des souffrances ressenties au quotidien. Il ressort en effet de l'expertise psychiatrique qu'il apparaissait en bon état général et que l'expert n'avait pas constaté de comportement douloureux lors de son examen. Le recourant reste capable de travailler et de voyager avec sa communauté. Il se lève tôt, promène son chien, puis effectue des tournées en camionnette trois fois par semaine, sauf lorsque ses douleurs sont trop importantes. Il cuisine à midi régulièrement et s'occupe des tâches ménagères avec ses enfants. Après une sieste d'une demi-heure, il s'active encore (sortie du chien, bricolage ou ménage). Le recourant présente en outre des ressources personnelles qualifiées de remarquables par l'expert psychiatre, qui lui permettent d'assumer sa vie de famille sans beaucoup d'aide de son épouse, elle-même malade. Il est de plus bien entouré par ses enfants et ses beaux-parents. Il souffre d'un trouble anxieux et dépressif mixte de degré faible qui ne le prive pas de ses ressources dans sa gestion du quotidien, selon l'expert psychiatre. S'agissant des traitements, il faut remarquer qu'il a refusé de participer au groupe de psychothérapie proposé par le service de Consultation de la douleur, qui aurait pu l'aider à mieux accepter et gérer ses douleurs. Il en ressort que les traitements n'ont pas été pleinement mis à profit, même s'il faut relever qu'il a entrepris un suivi psychiatrique. Il ne prend des antalgiques qu'à la demande, ce qui démontre que ses douleurs sont variables et d'une intensité relative. Enfin, les limitations subjectives portent surtout sur le niveau professionnel et elles sont moins marquées dans le domaine personnel (relations familiales, activités ménagères), même si les activités sociales ont fortement diminué depuis 2014, selon l'expert psychiatre. Pour les mêmes motifs, il doit être retenu que le diagnostic psychiatrique posé par l'expert n'entraîne pas non plus d'incapacité de travail. 11.2. S'agissant des atteintes somatiques (à l'exclusion du syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie), elles ne sont pas de nature à limiter la capacité de

A/1409/2019 - 33/35 - travail du recourant dans l'activité habituelle au-delà de 3 à 4 semaines après l'accident de 2014 comme l'a retenu l'expert M_____, convaincant sur ce point. Il a en effet indiqué dans ses conclusions qu'il n'y avait pas de déficit concernant la colonne lombaire et seulement un léger déficit fonctionnel à l'épaule partiellement expliqué par une tendinopathie calcifiante et une bursite, toutefois sans lien avec la manière dont l'expertisé avait enlevé son pull à l'examen clinique et sans évidence pour une épaule gelée, étant relevé que le même constat avait été fait par les experts de la PMU. Les rapports du Dr C_____ des 21 août 2015 et 4 mai 2016, qui renaient une incapacité de travail de 80%, ne suffisent pas à remettre en cause cette conclusion, vu leur motivation succincte et dès lors que ce médecin est généraliste et non rhumatologue et qu'il se prononçait sur l'activité habituelle du recourant, soit sur une activité de brocanteur portant sur des objets lourds, et en tenant compte de ses douleurs et de son état psychique. Les rapports de la Dresse E_____ concernent essentiellement la gestion des douleurs ressenties par le recourant qui relèvent de la fibromyalgie, de sorte que son appréciation sur la capacité de travail n'est pas déterminante s'agissant des troubles somatiques (à l'exclusion de la fibromyalgie). Au final, il convient de retenir que le recourant n'a été que très partiellement incapable de travailler pendant au maximum trois à quatre semaines depuis son accident de 2014. Même si l'on admettait une légère limitation sur le plan strictement somatique (sans le syndrome douloureux chronique de degré moyen de type fibromyalgie), celle-ci ne serait en tous les

cas pas plus importante que les 25% retenus par le Dr M_____ en lien uniquement avec le syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie. Il en résulte que le recourant ne remplit pas la condition d'une incapacité de travail de 40% au moins pendant un an, au sens des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, qui pourrait lui ouvrir le droit à une rente d'invalidité. 12. Le 20 mai 2021, le recourant a informé la chambre des assurances sociales de faits nouveaux, à savoir qu'au début du mois d'avril, il avait subi une crise de douleurs persistantes d'une douzaine de jours et que ses médecins traitants avaient été stupéfaits par les conclusions des experts. Il renouvelait sa demande d'audition de ces médecins. Les faits annoncés par le recourant sont postérieurs à la décision querellée et ne sont pas susceptibles de remettre en cause la capacité de travail retenue par la chambre de céans. En effet, selon la jurisprudence, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Il ne sera enfin pas donné suite à la demande d'audition des médecins traitants du recourant, ces derniers s'étant déjà exprimés dans leurs rapports médicaux qui A/1409/2019 - 34/35 - figurent au dossier et la Dresse F_____ ayant eu un entretien téléphonique avec l'expert psychiatre. 13. Infondé, le recours sera rejeté et un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI).

A/1409/2019 - 35/35 -

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.