

GE_GERICHTE A/3306/2018 vom 21. Januar 2019

GE Cour de justice, 2019-01-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3306_2018

FR: GE_GERICHTE A/3306/2018 du 21 janvier 2019

IT: GE_GERICHTE A/3306/2018 del 21 gennaio 2019

Erwägungen

E. 5

ème Chambre En la cause Monsieur A _____, domicilié c/o Mme B _____, à PLAN-LES-OUATES, représenté par PROCAP Recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE Intimé EN FAIT 1. Monsieur A _____, né le _____ 1979, était footballeur professionnel.![endif]>![if> 2. En 2003, il a subi un accident occasionnant une grave entorse du genou gauche, ayant nécessité de multiples opérations, et présente depuis lors une instabilité chronique et une gonarthrose. Le cas a été pris en charge par l'assureur-accidents.![endif]>![if> 3. Le 5 juin 2003, l'assuré a subi une opération qui a consisté en une plastie du ligament croisé antérieur (LCA) et une méniscectomie partielle.![endif]>![if> 4. En 2007, l'assuré a mis un terme à sa carrière de footballeur professionnel. En 2009 et 2010, il a suivi pendant quelques mois des cours en gestion d'entreprise et management à l'École Persiaux. Il a par ailleurs travaillé en tant que représentant commercial, en dernier lieu pour C _____ de février 2010 à avril 2011 à 100 %. En raison d'absences pour des raisons médicales liées à son genou gauche, il a été licencié de cet emploi. Dans le cadre de cette activité, il faisait la prospection de clients, en se déplaçant avec la voiture de service et en faisant déguster les produits. Parfois, il était également amené à cuisiner. Il devait porter des cartons allant jusqu'à 4-5 kg.![endif]>![if> 5. Le 19 novembre 2011, le docteur D _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a procédé à une révision arthroscopique et à une excision d'un kyste au genou gauche.![endif]>![if> 6. Dans son rapport du 29 mai 2012 au médecin-conseil de l'assureur-accident, le Dr D _____ a notamment fait état de ce que l'assuré avait entrepris récemment une reconversion en tant qu'instructeur en fitness et de personnel trainer pour sportifs. Cependant, les sollicitations exigées de son genou pour mener à bien cette activité professionnelle étaient incompatibles l'état de cette articulation, de sorte qu'une incapacité de travail avait été attestée dès le 22 mai 2012.![endif]>![if> 7. En juin 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. ![endif]>![if> 8. Le 28 août 2013, une arthroscopie a été réalisée avec une reconstruction du LCA. ![endif]>![if> 9. Selon le rapport du 25 janvier 2014 du docteur E _____ de la clinique universitaire Balgrist, l'assuré a rapporté souffrir de kystes douloureux au genou gauche. Il se plaignait également de ce que ce genou enflait régulièrement lors des exercices de réhabilitation. Par ailleurs, il se sentait stable avec ce genou et avait récupéré une bonne mobilité. Ce médecin a considéré que les kystes péri-articulaires douloureux réduisaient le potentiel de réhabilitation et limitaient l'assuré dans sa vie quotidienne. Ces kystes étant symptomatiques, leur résection était envisagée. Enfin, il a prescrit un arrêt de travail jusqu'au 31 mars 2014. ![endif]>![if> 10. Le 9 juillet 2014, le docteur F _____ de la clinique universitaire Balgrist, a attesté qu'il n'y avait plus d'incapacité de travail dans une activité adaptée légère, par exemple dans un bureau.![endif]>![if> 11. Dans son rapport de

réadaptation professionnelle du 7 octobre 2014, l'OAI a constaté que la dernière activité exercée de représentant commercial n'était plus adaptée à cause des nombreux déplacements et ports de charges.![endif]>![if> 12. L'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) a mis l'assuré au bénéfice d'une formation comme employé de commerce à l'école Persiaux dès janvier 2015. ![endif]>![if> 13. Dans son rapport non daté, reçu le 4 mars 2015 à l'OAI, le docteur G_____, généraliste FMH, a attesté suivre l'assuré depuis octobre 2014 et que celui-ci était capable de travailler à 50%. Les diagnostics étaient une pangonarthrose du genou gauche avec multiples kystes synoviaux nécessitant des ponctions, un trouble du déficit de l'attention avec/ou sans hyperactivité (TDAH) sévère et des lombalgies chroniques sur discarthrose étagée.![endif]>![if> 14. Dans son rapport du 22 décembre 2015, le docteur H_____, psychiatre-psychothérapeute, a émis les diagnostics de troubles hyperkinétiques, de perturbation de l'activité et de l'attention, traités par antidépresseurs et psychothérapie à raison d'un rendez-vous toutes les deux semaines. Il n'y avait pas de limitation de la capacité de travail sur le plan psychiatrique. L'assuré montrait une motivation importante pour avancer dans son parcours professionnel et était capable de se concentrer durant des périodes suffisantes.![endif]>![if> 15. Dans le rapport de surveillance des mesures d'ordre professionnel du 11 janvier 2016, l'OAI a constaté qu'après un bon trimestre en 2015, la situation avait commencé à se dégrader avec l'apparition de lombalgies et la confirmation d'un diagnostic de TDAH. Les lombalgies et gonalgies avaient occasionné des absences régulières de plus de 30 jours durant l'année. L'assuré avait de la peine à s'adapter à une activité purement sédentaire et intellectuelle, aussi bien du point de vue physique que psychique. Malgré ses efforts importants pour réussir la formation, il avait terminé l'année non promu. De ce fait, le reclassement avait été prolongé jusqu'en juin 2016.![endif]>![if> 16. Dans son rapport du 2 février 2016, le docteur I_____, rhumatologue FMH, a diagnostiqué une spondylarthrite ankylosante avec une hernie discale L2-L3 et une sacro-iliite, sur la base d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) réalisée le 26 janvier 2016. L'assuré se plaignait de lombalgies basses depuis plus de deux ans avec des épisodes de lumbago se produisant plusieurs fois par année.![endif]>![if> 17. Le 29 février 2016, le Dr G_____ a annoncé à l'OAI une aggravation de l'état de santé avec un changement de diagnostic, l'assuré souffrant également d'une maladie de Bechterew, d'une discarthrose étagée dorso-lombaire, d'une hernie discale et d'un syndrome de type TDAH, en plus des atteintes au genou. Sa capacité de travail était nulle dans l'ancienne activité et de 50 % dans une activité de formation commerciale.![endif]>![if> 18. Dans son rapport du 15 mars 2016, le Dr I_____ a estimé que l'assuré devrait pouvoir travailler à 100% avec une diminution du rendement de 25% dans une activité adaptée à l'atteinte lombaire sans port de charges de plus de 10 kg et permettant l'alternance des positions toutes les 45 minutes.![endif]>![if> 19. Le 13 mai 2016, suite à un mouvement de torsion du genou gauche de l'assuré, cette articulation s'est bloquée.![endif]>![if> 20. Dans une note téléphonique du 1 er juin 2016, l'OAI a noté que la réadaptation avait aggravé les symptômes du fait que l'assuré devait rester assis huit heures par jour. Il devait par ailleurs prendre de la morphine pour supporter les douleurs.![endif]>![if> 21. Le 16 juin 2016, le Dr G_____ a informé l'OAI que l'assuré avait été victime d'un nouvel accident au niveau du genou gauche le 20 (recte 13) mai 2016 et qu'une arthroscopie avait été réalisée. En tenant compte de l'hyperactivité, de la maladie de Bechterew et des multiples interventions orthopédiques, un reclassement professionnel était impossible, si bien que l'assuré devrait bénéficier d'une rente d'invalidité à 100%.![endif]>![if> 22. Le 25 novembre 2016, le

docteur J_____, orthopédiste FMH, a procédé à une arthroscopie avec une suture d'un défaut musculo-aponévrotique du vaste externe gauche et résection d'un kyste synovial.![endif]>![if> 23. Selon le rapport de surveillance des mesures d'ordre professionnel du 5 octobre 2016, le reclassement a été interrompu le 13 mai 2016. Suite à la rechute de l'atteinte du genou gauche, nécessitant une réopération, d'autres mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.![endif]>![if> 24. Dans son expertise réalisée le 2 mai 2017, le docteur K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, s'est prononcé sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles liées aux atteintes au genou. La capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était totale. Quant aux limitations, l'assuré devait privilégier des activités en position assise avec des positions alternées assise/debout, des charges et des déplacements à pied limités. La plastie du LCA en août 2013 aurait justifié une incapacité de travail de l'ordre de trois mois dans le cadre de l'activité adaptée. Un délai maximal de deux mois avant une reprise de travail devait être retenu après l'intervention de novembre 2016. Toutefois, l'appréciation de cet expert ne tenait pas compte du syndrome inflammatoire rhumatismal.![endif]>![if> 25. Par courriel du 9 mai 2017, l'assureur-accidents a informé l'OAI avoir versé pour la rechute des indemnités journalières du 14 mai 2017 (recte 2016) au 28 février 2017 à 100 % et à 50 % jusqu'au 31 mars 2017.![endif]>![if> 26. Dans son rapport du 29 juin 2017, le Professeur L_____ du service de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) a informé l'OAI que l'assuré souffrait une spondylarthrite non-ankylosante, avec une forme axiale et périphérique, qui ne restait pas moins très invalidante. L'évolution était probablement mauvaise en raison de la conjonction de problèmes post-traumatiques, dans le cadre de l'ancienne carrière sportive, et de la spondylarthrite, qui n'avait vraisemblablement pas été traitée de manière suffisamment énergique, au vu de la taille et du poids de l'assuré. Ce médecin a noté par ailleurs que le développement d'anticorps anti-Adalimumab avait été mis en évidence, ce qui témoignait d'un traitement probablement insuffisant et expliquait l'échappement au traitement. Un autre facteur de mauvaise évolution était l'installation d'un état anxio-dépressif secondaire à la mauvaise reconnaissance de la maladie de l'assuré, à l'inefficacité des traitements administrés à ce jour et à une situation socioprofessionnelle progressivement devenue très difficile. Néanmoins, l'assuré avait fait preuve de réactions très courageuses et d'efforts répétés et soutenus, aux niveaux professionnel et médical. Les limitations étaient des difficultés de déplacement dues aux problèmes du genou, des talons et du rachis, la difficulté de maintenir la position assise prolongée en raison des problèmes du rachis, une fatigue et une fatigabilité prononcée due à la maladie inflammatoire, l'état anxio-dépressif et les troubles du sommeil secondaires aux douleurs et au problème anxio-dépressif. La capacité de travail dans une activité adaptée était actuellement nulle et devait être réévaluée dans six mois après l'administration du traitement de Cosentyx.![endif]>![if> 27. Dans son rapport du 12 juillet 2017, la docteure M_____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (ci-après: SMR) a constaté que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans toute activités à partir du 25 novembre 2016, de 50 % dans une activité adaptée à partir du 1^{er} mars 2017, puis entière dès le 1^{er} avril 2017.![endif]>![if> 28. Le docteur N_____ a émis, dans son rapport du 27 septembre 2017, les diagnostics de lombalgies de type mixte sur discopathie étagée, avec hernie discale L2-L3, d'une spondylarthropathie séronégative, de gonalgie bilatérale avec de multiples antécédents opératoires. Il ne pouvait se prononcer sur la capacité de travail actuelle, tout en précisant que l'importance des douleurs au niveau du dos et des genoux rendait toute capacité de travail nulle au moment des consultations.![endif]>![if> 29. Le

12 janvier 2018, l'assuré a été examiné par le docteur O_____, spécialiste en médecine physique, réadaptation et rhumatologie FMH au SMR. Ce médecin a retenu le diagnostic principal de spondylarthropathie axiale et vraisemblablement périphérique et, à titre de diagnostic associé, une gonarthrose bilatérale, tricompartmentale du côté gauche et du compartiment interne droit avec instabilité ligamentaire antérieure gauche. Le diagnostic de pré-obésité était sans répercussion sur la capacité de travail. La capacité de travail en tant que footballeur professionnel était nulle. Elle était de 50 % dans l'activité d'employé commercial chez C_____ ou dans une autre activité adaptée depuis le 1^{er} février 2017, à deux mois de l'intervention réalisée au niveau du genou gauche et à une année de la prise en charge pour le rhumatisme inflammatoire. Le pronostic pour une reprise d'activité professionnelle était moyen et dépendait également des ressources psychiques de l'assuré, lesquelles devraient être précisées par une instruction complémentaire. Quant à l'activité adaptée, elle devait être physiquement légère, comme celle réalisée comme employé commercial chez C_____. Après les opérations pratiquées en 2013 et 2016 au niveau du genou gauche, l'assuré se décrivait très partiellement amélioré. Néanmoins, les douleurs avec des blocages étaient toujours présentes. Il était capable de marcher au maximum quarante-cinq minutes sans interruption et n'avait pas de difficultés importantes pour conduire un véhicule automatique. Au niveau du genou droit, il était également gêné. Une douleur lombaire basse et une douleur de la jonction dorso-lombaire le limitaient dans son quotidien, malgré les différents traitements instaurés. Le descriptif de la vie quotidienne montrait que l'assuré gardait des ressources physiques pour des tâches physiquement légères, telles que le ménage, la cuisine et l'accompagnement de sa nièce à l'école. Il gardait contact avec le milieu du football, allait deux fois par semaine aux matchs et assistait à des entraînements. Par ailleurs, il se rendait deux fois par semaine en piscine et faisait des exercices de mobilisation de façon indépendante. Cependant, il décrivait sa vie comme un échec aux niveaux de sa carrière de footballeur et conjugal, ainsi que dans ses tentatives de reconversion professionnelle. Il s'estimait incapable de reprendre des cours ou une activité professionnelle dans l'état de santé actuel. A l'examen clinique, le Dr O_____ a constaté une anxiété, une diminution marquée de l'estime de soi et une mimique figée. Partant, avec le Prof. L_____, il a retenu des troubles thymiques d'ordre anxio-dépressif associés, tout en relevant que l'assuré paraissait sincère dans l'expression de ses difficultés et qu'il n'y avait pas d'amplification des symptômes. Au niveau lombaire, le dossier radiologique montrait en janvier 2016 des protrusions discales étagées de peu de gravité qui n'expliquaient pas l'ampleur des douleurs ressenties, en l'absence d'une composante inflammatoire. Il ne s'agissait pas d'une hernie discale foraminale, mais d'une protrusion banale. Par contre, il y avait des troubles dégénératifs postérieurs étagés de gravité modérée pouvant expliquer une partie des symptômes ressentis. Des limitations fonctionnelles existaient pour le travail en ambiance froide ou humide, les travaux de force, le port de charges répété au-delà de 5 kg et occasionnel jusqu'à 10 kg, la position debout statique au-delà d'une vingtaine de minutes et la position assise ou debout prolongée au-delà de trois-quarts d'heure. Au niveau des genoux, l'assuré devait éviter le travail accroupi ou à genoux, la montée-descente répétée d'escaliers, la position debout statique au-delà d'une vingtaine de minutes, la position assise au-delà de trois-quarts d'heure et la marche au-delà de 1 km sur un plan instable ou en hauteur. Quant à l'évolution de la capacité de travail, elle était nulle à partir de mai 2012 jusqu'à trois mois après la plastie du LCA réalisée le 28 août 2013, soit jusqu'à début décembre 2013. Dès cette date et jusqu'en février 2016, la capacité de travail était totale dans une activité adaptée. À partir de cette dernière date, la capacité de

travail était à nouveau nulle, puis de 50 % dès février 2017.![endif]>![if> 30. Le 25 septembre 2014 (recte 21 février 2018 ?), l'OAI a déterminé la perte de gain, dans une activité adaptée au taux de capacité de travail de 100 %, à 21,2 %, en admettant un abattement de 10 % des salaires statistiques, pris en considération à titre de salaire avec invalidité.![endif]>![if> 31. Le 15 mars 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait l'intention de lui octroyer une rente entière à partir de mai 2013 jusqu'en février 2014 et une demi-rente dès le 1^{er} février 2017. Ce faisant, il s'est fondé sur l'examen rhumatologique du SMR. ![endif]>![if> 32. Par courrier du 5 avril 2018, l'assuré s'est opposé à cette décision. Il a relevé qu'il souffrait d'un TDAH et qu'il avait été opéré à de multiples reprises entre 2012 et 2017 à son genou gauche. En 2014, lors de sa réadaptation, il avait dû commencer d'urgence divers traitements chez les Drs I_____, N_____ et le Prof. L_____ à cause de fortes douleurs au dos. Ces douleurs ne s'étaient jamais améliorées, mais plutôt dégradées durant la période de 2014 à 2017. Il aimerait ainsi comprendre pour quelle raison le droit à la rente était supprimé à partir de mai 2012 jusqu'en mai 2013, puis entre mars 2014 et mars 2017. Par ailleurs, le Prof. L_____ avait considéré que son état de santé ne lui permettait pas de reprendre le travail à 50 %. ![endif]>![if> 33. Par courrier du 27 avril 2018, l'assuré a confirmé la contestation du projet de décision, par l'intermédiaire de son conseil. Il a relevé que l'expertise du Dr K_____ ne saurait être suivie concernant l'appréciation de la capacité de travail, dès lors qu'il avait fait abstraction des complications post-opératoires, se contentant de donner un temps de convalescence « standard » ou habituel qui ne correspondait pas à la réalité en l'occurrence. Ainsi, l'assuré présentait bel et bien une incapacité de travail totale de mai 2012 à janvier 2017 pour des raisons orthopédique et rhumatologique. Il a relevé à cet égard que les effets de la spondylarthrite étaient présents bien avant 2016 et s'étaient ajoutés aux atteintes du genou. Il n'y avait ainsi pas une interruption suffisante de l'incapacité de travail pour justifier un nouveau délai de carence. Par ailleurs, une instruction complémentaire devrait être ordonnée pour préciser la nature et l'intensité de l'atteinte psychiatrique. Le médecin du SMR s'était écarté de l'avis du Prof. L_____ uniquement au motif qu'il incluait l'aspect psychique dans son évaluation. Quant à l'activité habituelle de représentant commercial jugée adaptée aux limitations fonctionnelles, l'assuré a relevé qu'elle consistait à se déplacer sur de longues distances en voiture, de sorte que cette activité ne pouvait être considérée comme suffisamment adaptée. En effet, selon l'expertise du Dr K_____, seuls de courts déplacements en voiture étaient possibles. Quant au calcul de la perte de gain dans une activité à 50 %, elle était de 64,3 %, en tenant compte d'un abattement des salaires statistiques de 15 % en raison des limitations fonctionnelles et du taux d'occupation partiel.![endif]>![if> 34. Dans son rapport du 10 mai 2018, le Prof. L_____ a attesté que l'état de santé de l'assuré s'était détérioré de façon très significative depuis juin 2017. La réponse au traitement anti-TNF n'était malheureusement pas positive, en raison d'une maladie inflammatoire installée et des difficultés du traitement, associées à la présence d'anticorps anti-TNF. Cette mauvaise évolution était le résultat de la conjonction de problèmes post-traumatiques dans le cadre de l'ancienne carrière sportive, d'une spondylarthrite sérieuse, malheureusement traitée tardivement et traitée par une succession d'interventions chirurgicales qui n'avaient fait qu'augmenter le problème inflammatoire et ajouter des séquelles post-opératoires. L'incitation à la reprise d'activités physiques inappropriées, outre le fait que l'assuré n'avait pas bénéficié d'un traitement médicamenteux, n'avait pas amélioré la situation. L'absence de reconnaissance de la spondylarthrite et les douleurs chroniques très sévères qui en avaient résulté, avaient

entraîné une mémorisation de la douleur, ainsi qu'un état anxio-dépressif extrêmement sérieux. Cette situation très complexe rendait maintenant toutes les activités professionnelles impossibles. Il sera vraisemblablement possible de renverser le cercle vicieux avec l'ajustement du traitement anti-TNF, ainsi qu'une prise en charge adéquate de la douleur et du problème anxio-dépressif induit. Cela prendra cependant du temps.![endif]>![if> 35. Dans son avis médical du 13 juin 2018, la Dresse M_____ du SMR a constaté que le Dr O_____ avait expliqué pour quelles raisons il s'était éloigné de l'exigibilité fixée par le Prof. L_____, rhumatologue traitant. Il existait des discordances entre les plaintes et les constats radio-cliniques objectivables, ainsi qu'entre le ressenti et le fonctionnement quotidien de l'assuré. Par ailleurs, le Prof. L_____ tenait compte de l'état anxio-dépressif réactionnel et d'une situation socioprofessionnelle difficile. Toutefois, depuis 2015, l'assuré ne bénéficiait plus d'un suivi psychiatrique et, à l'époque, le Dr H_____ n'avait pas retenu de limitations fonctionnelles à ce niveau. Le traitement antidépresseur et anxiolytique actuel était prescrit par le rhumatologue et le médecin traitant. Dans la mesure où l'état anxio-dépressif était réactionnel aux atteintes somatiques et à un contexte socioprofessionnel difficile et où il ne requérait pas de suivi spécialisé, cette atteinte n'entraînait pas de limitations fonctionnelles susceptibles d'influencer négativement la capacité de travail. ![endif]>![if> 36. Par courriel du 3 juillet 2018, l'assuré a fait savoir à l'OAI qu'il était à bout physiquement, psychologiquement et financièrement. Il souffrait également d'insomnies l'obligeant à prendre des somnifères. Il a enfin ajouté à sa missive la liste des médicaments prescrits par le Prof. L_____.![endif]>![if> 37. Par décision du 23 août 2018, l'OAI a confirmé son projet de décision précité, en se fondant sur l'examen du SMR et son dernier avis médical. Il a également octroyé à l'assuré des intérêts moratoires.![endif]>![if> 38. Par acte du 21 septembre 2018, l'assuré a formé recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, expertise médicale et nouvelle décision, sous suite de dépens. Il a relevé que le rapport d'examen du SMR soulignait une composante psychique de l'altération de son état de santé qui pourrait jouer un rôle dans le pronostic établi. Le médecin du SMR avait en effet retenu au niveau thymique une anxiété, une diminution marquée de l'estime de soi et une mimique figée. Il partageait ainsi l'avis du Prof. L_____, selon lequel il existait des troubles thymiques d'ordre anxio-dépressif associés. Cependant, par la suite, il avait écarté l'avis du Prof. L_____ au motif que celui-ci avait inclus l'aspect psychique dans l'appréciation de la capacité de travail. Néanmoins, le médecin du SMR a estimé que la gravité de la composante d'ordre anxio-dépressive devrait être évaluée par un spécialiste, éventuellement par un avis complémentaire du Dr P_____ ou du Dr Q_____ [recte H_____]. Au vu des remarques du Dr O_____, l'intimé avait le devoir de mener une instruction complète. Partant, la décision litigieuse devait être annulée et le dossier renvoyé pour instruction complémentaire. Pour le surplus, le recourant a contesté le revenu avec invalidité pris en compte, en relevant que l'ancienne activité n'était pas adaptée, dans la mesure où il devait parcourir en voiture environ 100 km par jour. Selon le recourant, sa perte de gain dans une activité adaptée à 100 % était de 61 %. ![endif]>![if> 39. Dans sa réponse du 22 octobre 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Les éléments au dossier ne faisaient pas état d'une atteinte psychiatrique durable et notable, mais de l'existence de facteurs extra-médicaux et d'un état anxio-dépressif réactionnel auxdits facteurs et aux douleurs en lien avec la spondylarthrite ankylosante. Le descriptif de la vie quotidienne montrait que le recourant avait des ressources. De surcroît, il n'avait aucun suivi psychiatrique. Ainsi, une

instruction complémentaire d'un point de vue psychiatrique ne se justifiait pas. L'intimé a en outre persisté à considérer que le recourant présentait une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle d'employé commercial, si bien que le calcul du revenu avec invalidité était correct. » 40. Lors de son audition en date du 29 novembre 2018 devant la chambre de céans, le recourant a déclaré ce qui suit : « Progressivement, j'ai commencé à souffrir de crises d'anxiété énormes avec des envies de me suicider. Je développe ces crises en fonction des événements négatifs de la vie. Elles provoquent par ailleurs des insomnies. Par ailleurs, mon dos se bloque pendant deux-trois jours régulièrement. Toutefois, si je fais très attention à mes gestes et à mes mouvements, j'arrive à éviter ces blocages. Tous les jours, j'ai très mal au dos, surtout le matin. Je prends notamment de la morphine (Tramadol) contre les douleurs. Toutefois, après avoir pris les médicaments le matin, je ne suis plus dans un état normal pendant quatre heures, je me sens embrumé. Par ailleurs, j'ai une baisse d'attention. Je ne fais plus rien de physique et évite tout effort car chaque fois que je reste debout trop longtemps ou assis pendant une longue durée, le dos se bloque et le genou gonfle. Je ne peux pas non plus faire de la musculation. Le Prof. L_____ m'avait fait faire des tests fonctionnels avec des machines. Il s'est alors avéré que toute musculation était impossible, car le dos se bloquait immédiatement après l'effort. A titre d'exemple, je mentionne également que j'ai voulu récemment ramasser quelque chose par terre. Mon dos s'est bloqué et j'ai dû subir des infiltrations à la cortisone. A cela s'ajoutent des blocages aux deux genoux, avec également une opération du genou droit. L'inflammation chronique est prouvée, notamment en bas du dos. Concernant l'hyperactivité que je présente depuis l'enfance, je l'avais gérée par le sport. Cette hyperactivité se manifeste surtout par une impulsivité dans les relations avec mes parents. Je perds patience et il m'arrive de casser des choses. En 2015, j'ai interrompu la psychothérapie, car j'avais trop de rendez-vous médicaux et j'avais l'impression de ne voir que des médecins. J'admets toutefois qu'aujourd'hui j'aurais besoin d'un soutien par un psychiatre. Depuis deux-trois ans, je prends des antidépresseurs sur recommandation du Prof. L_____. Ces médicaments m'aident en particulier pour les douleurs. Au niveau de la scolarité, je l'ai interrompue après la première année à l'ECG [école de culture générale]. Mes résultats scolaires étaient assez bons, même si j'ai toujours eu besoin de bouger. Je ne pense pas pouvoir suivre des cours de réadaptation professionnelle, même pas à 50 %. J'ai trop mal au dos et aux genoux, ce qui est confirmé par mes médecins traitants. Par ailleurs, lorsque j'ai suivi des cours à l'Ecole Persiaux, pendant huit heures par jour, j'ai commencé à souffrir énormément au dos et j'ai dû interrompre ces cours. Je ne me sens pas capable de recommencer une telle formation. Je dois constamment alterner les positions et ne serai pas capable de rester assis ou debout toute une matinée ou après-midi. » 41. Le 20 décembre 2018, la chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de mettre en œuvre une expertise judiciaire psychiatrique et de la confier au docteur R_____, psychiatre-psychothérapeute FMH à Neuchâtel. Elle leur a également communiqué la liste des questions à poser à l'expert. » 42. Le 8 janvier 2019, le recourant a fait savoir à la chambre de céans qu'il n'avait aucun motif de récusation à l'encontre de l'expert pressenti. » 43. Dans son avis médical du 14 janvier 2019, la doctoresse S_____ du SMR a exprimé qu'elle ne voyait pas l'utilité de demander une expertise psychiatrique, en l'absence d'une psychothérapie et d'un traitement antidépresseur suffisant. » 44. Par écritures du 15 janvier 2019, l'intimé a rappelé que le tableau clinique était dominé par une problématique de nature essentiellement physique et qu'aucun élément objectif au dossier ne faisait état de l'existence de trouble psychique de

nature à influencer la capacité de travail du recourant. Cela étant, il s'est opposé à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire, sans toutefois faire valoir un motif de récusation à l'encontre de l'expert pressenti.!

EN DROIT 1. Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge doit établir (d'office) les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties, administrer les preuves nécessaires et les apprécier librement (art. 61 let. c LPGa; cf. ATF 125 V 193 consid. 2) ;!

Il 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. En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; ATFA non publié 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. Un renvoi à l'administration reste possible, notamment 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 ; ATF non publié 8C_760/2011 du 26 janvier 2012, consid. 3). 2. Dans son arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281 , le Tribunal fédéral a abandonné la présomption prévalant à ce jour, selon laquelle les symptômes du type trouble somatoforme douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Néanmoins, l'analyse doit tenir compte d'indicateurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (arrêt op.cit. consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). !

Dorénavant, 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. 3. Dans la catégorie "degré de gravité fonctionnel", notre Haute Cour distingue entre le complexe "atteinte à la santé" avec trois sous-catégories, le complexe "personnalité" et le complexe "environnement social".!

a. En premier lieu, il convient de prêter d'avantage attention au degré de gravité inhérent au diagnostic du syndrome douloureux somatoforme, 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 (OMS). 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, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. également ATF 132 V 65 consid. 4.2.2). La gravité de l'évolution de la maladie doit aussi être rendue plausible par les éléments ressortant de l'étiologie et la pathogenèse déterminantes pour le diagnostic, comme par exemple la présence de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux. b. 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. c. Un troisième indicateur, pour la détermination des ressources de l'assuré, constituent les comorbidités psychiatriques et somatiques. À cet égard, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme peut également être considéré comme une comorbidité psychiatrique, selon la nouvelle jurisprudence. d. Un quatrième indicateur est la structure de la personnalité de l'assuré pour l'évaluation de ses ressources. Il faut tenir compte non seulement des formes classiques des diagnostics de la personnalité, lesquelles visent à saisir la structure et les troubles de la personnalité, mais également du concept de ce qu'on appelle "les fonctions complexes du moi". Selon le Tribunal fédéral, "Celles-ci désignent 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 [capacité à se référer à un objet] et la motivation ; Kopp/Marelli, [Somatoforme Störungen, wie weiter?] p. 258 ; Marelli, Nicht können oder nicht wollen?, p. 335 ss)" (arrêt op. cit. consid. 4.3.2). e. Enfin, dans la catégorie du degré de la gravité de l'atteinte psychosomatique, il y a également lieu de prendre en compte les effets de l'environnement social. L'incapacité de travail ne doit pas être essentiellement le résultat de facteurs socio-culturels. Au demeurant, pour l'évaluation des ressources de l'assuré, il y a lieu de tenir compte de celles qu'il peut tirer de son environnement, notamment du soutien dont il bénéficie éventuellement dans son réseau social (arrêt op.cit. consid. 4.3.3).

4. a. Dans la catégorie « cohérence », notre Haute Cour a dégagé en premier lieu l'indicateur d'une limitation uniforme des activités dans tous les domaines de la vie. Il s'agit de se demander si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans l'activité lucrative, respectivement dans les actes habituels de la vie, d'une part, et dans les autres domaines de la vie (l'organisation des loisirs, par exemple), d'autre part. À cet égard, le Tribunal fédéral relève que l'ancien critère du retrait social concerne tant les limitations que les ressources de l'assuré et qu'il convient d'effectuer une comparaison des activités sociales avant et après la survenance de l'atteinte à la santé.

b. Par ailleurs, 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. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à

l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

6. En l'occurrence, le recourant n'a fait l'objet d'une expertise et d'un examen par le SMR que sur le plan somatique. Or, plusieurs médecins ont fait état de troubles psychiques. Ainsi, le Prof. L_____ mentionne, dans son rapport du 29 juin 2017, un état anxio-dépressif et des troubles du sommeil secondaires aux douleurs et au problème anxio-dépressif. La capacité de travail est nulle selon ce médecin. Le Dr O_____ du SMR considère dans son rapport d'examen que les ressources psychiques de l'assuré devraient être précisées par une instruction complémentaire, dès lors qu'il constaté une anxiété, une diminution marquée de l'estime de soi et une mimique figée. Il retient des troubles thymiques d'ordre anxio-dépressif associés, tout en relevant que l'assuré paraît sincère dans l'expression de ses difficultés et qu'il n'y a pas d'amplification des symptômes. Le 10 mai 2010, le Prof. L_____ explique que l'absence de reconnaissance de la spondylarthrite et des douleurs chroniques très sévères qui en avaient résulté ont entraîné notamment un état anxio-dépressif extrêmement sérieux et que la situation complexe rend toutes les activités professionnelles actuellement impossibles. Il est également à relever que le Dr N_____ estime, dans son rapport du 27 septembre 2017, que l'importance des douleurs au niveau du dos et des genoux rend toute capacité de travail nulle au moment de la consultation.

7. Au vu du fait que, d'une part, même le médecin examinateur du SMR estime une instruction complémentaire sur le plan psychique nécessaire et, d'autre part, qu'il n'a pas été investigué si le recourant souffre d'un trouble somatoforme douloureux, ni qu'il a été examiné si celui-ci présente un caractère invalidant sur la base des critères élaborés par le Tribunal fédéral, la chambre de céans juge nécessaire de mettre en œuvre une expertise psychiatrique judiciaire.

7. Cette expertise sera confiée au Dr R_____.

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

A. Ordonne une expertise judiciaire médicale.

B. La confie au Dr R_____.

C. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante :

- Prendre connaissance du dossier médical de Monsieur A_____.
- Examiner personnellement l'expertisé.
- Prendre tous renseignements utiles, notamment auprès des médecins ayant eu connaissance du cas de l'expertisé, en particulier des médecins traitants.
- S'adjoindre tout spécialiste requis au titre de consultant.
- Etablir un rapport écrit et répondre notamment aux questions suivantes :

1. Quels sont vos diagnostics sur le plan psychiatrique ?

2. Dans la mesure où l'expertisé

dit souffrir de limitations fonctionnelles physiques et de douleurs importantes, lesquelles ne semblent n'avoir que partiellement un substrat organique objectif, estimez-vous qu'il présente un trouble somatoforme douloureux persistant?!

3. Quelles sont les limitations fonctionnelles de l'expertisé sur le plan psychiatrique ?

4. Quelle est la capacité de travail de l'expertisé sur le plan psychiatrique, sans tenir compte de l'éventuel trouble somatoforme douloureux persistant ?

5. L'incapacité de travail trouve-t-elle son fondement essentiellement dans des facteurs psychosociaux ou socioculturels ?

6. Quel est le traitement médical pour les atteintes psychiques ?

7. Quelle est la compliance à ce traitement ?

8. Ce traitement est-il optimal ?

9. Constatez-vous une exagération des symptômes ou une constellation semblable, en ce qui concerne l'éventuel trouble somatoforme douloureux diagnostiqué ?

10. Quels éléments, ressortant de l'étiologie et de la pathogenèse, peuvent cas échéant expliquer l'évolution de l'éventuel trouble somatoforme douloureux persistant ?

11. Constatez-vous un échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art, en dépit d'une coopération optimale de l'expertisé ?

12. Quelle est la structure de la personnalité de l'expertisé ?

13. Quel est son environnement social ? Peut-il notamment tirer un soutien de son réseau social ?

14. Y a-t-il des limitations uniformes des activités dans tous les domaines de la vie, notamment en ce qui concerne l'éventuel trouble somatoforme douloureux ?

15. Compte tenu notamment des comorbidités psychiatriques et somatiques, de la personnalité de l'expertisé et de son environnement social, estimez-vous qu'il possède les ressources pour surmonter les symptômes de l'éventuel trouble somatoforme douloureux par un effort de volonté raisonnablement exigible ?

16. Dans la négative à la question précédente, dans quelle mesure estimez-vous que le trouble somatoforme douloureux diminue la capacité de travail ?

17. Quelle est la capacité de travail globale de l'expertisé en tenant compte des atteintes psychiatriques, y compris l'éventuel trouble somatoforme douloureux ?

18. Comment cette capacité de travail a-t-elle évoluée depuis février 2014 ?

19. Quel est votre pronostic ?

D. Invite le Dr R_____ à déposer le plus rapidement possible un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.

E. Réserve le fond.

La greffière Diana ZIERI La présidente Maya CRAMER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le