

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1409/2019

ATAS/801/2020

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 25 septembre 2020

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à VERSOIX, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Antoine BOESCH

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant) est né le _____ 1974, marié et père de deux enfants nés en 2002 et 2005.
2. En 2012, il a eu un accident de la circulation lors duquel son véhicule a été percuté par l'arrière par un autre véhicule.
3. Le 15 septembre 2014, il a eu un second accident de la circulation, similaire au premier.
4. Dans une fiche documentaire pour première consultation après un traumatisme d'accélération cranio-cervical établie le 15 septembre 2014, le docteur B_____, de l'hôpital de la Tour, a décrit les circonstances de l'accident et ses conséquences. L'assuré avait subi un accident de la circulation. Il avait été percuté par un autre véhicule. Sa tête était partie en avant et en arrière et avait dû cogner le bord de l'appuie-tête. L'assuré n'avait pas été pris en charge par les ambulanciers, car il souhaitait se rendre à l'enterrement d'un proche. Il s'était présenté aux urgences après l'enterrement. Le Dr B_____ avait retenu, comme diagnostic provisoire, des douleurs à la nuque et des troubles ostéo-musculaires entraînant une incapacité de travail de l'assuré de 100% du 15 au 22 septembre 2014.
5. Selon le certificat médical initial établi le 7 novembre 2014 par le docteur C_____, médecin généraliste, l'assuré avait subi une commotion cérébrale, souffrait de cervicalgies aiguës et était en incapacité totale de travailler dès le 15 septembre 2014.
6. Selon un rapport établi le 17 novembre 2014 par la doctoresse D_____, de l'hôpital de la Tour, l'assuré avait subi, le 15 septembre 2014, un traumatisme crânien et une contracture musculaire, en se faisant percuter par un autre véhicule alors que le sien était immobilisé à un feu rouge. Il était en incapacité de travail à 100% dès le 15 septembre 2014.
7. Axa Winterthur SA (ci-après Axa) a versé des indemnités à l'assuré, dans le cadre de sa police d'assurance-accidents complémentaire à la LAA, du 15 octobre 2014 au 15 juin 2015.
8. Selon un rapport établi le 7 février 2015 par le Dr C_____, l'assuré souffrait, suite à son accident du 15 septembre 2014, de nombreux symptômes très invalidants, tels que des cervico-brachialgies, des acouphènes et des céphalées. Il avait été en incapacité à 100% de travail jusqu'au 2 novembre 2014, puis à 80%, pour une date indéterminée.
9. Le 12 juin 2015, Axa a informé l'assuré qu'elle lui verserait une indemnité dans les jours prochains. Moyennant celle-ci, elle invoquait l'art. 42 de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA - RS 221.229.1) et procédait à la résiliation de sa police d'assurance avec effet dans les 14 jours de notification de la décision.

10. Le 29 juin 2015, Axa a confirmé à l'assuré la résiliation de sa police d'assurance-accidents complémentaire au 30 juin 2015. À compter de cette date, plus aucune couverture d'assurance ne lui serait accordée dans le cadre de cette police.
11. Le 10 février 2016, l'assuré a demandé des prestations de l'assurance-invalidité, indiquant être en incapacité totale de travail dès le 15 septembre 2014, puis à 80% du 15 novembre 2015 au 25 février 2016. Il travaillait en tant qu'indépendant dans la brocante (marché aux puces à 20%) pour un revenu de CHF 800.- par mois. Il souffrait de cervicalgies, migraines, acouphènes, névralgies, douleurs du dos et de la colonne et de dépression depuis le 15 septembre 2014. Il faisait partie de la communauté des gens du voyage et, de ce fait, voyageait en caravane des mois de mars-avril à novembre.
12. Selon un rapport établi par le Dr C_____ le 28 janvier 2015, malgré un traitement médicamenteux conséquent (Tramadol, Ibuprofen 600, Dafalgan 1 g et Sirdalud 2 mg), associé à de la physiothérapie, il ne notait aucune amélioration significative somatique, mais un état dépressif réactionnel. L'assuré ne parvenait plus à assurer son activité professionnelle, ni son rôle de père et mari, dans un contexte où son épouse souffrait d'importantes douleurs lombaires et bénéficiait de l'aide de son époux. Un complément de traitement par Lyrica et Cymbalta avait été introduit en décembre 2014, qui avait permis une discrète amélioration. Néanmoins, le patient n'avait pas pu reprendre une vie normale, avec des épisodes douloureux aigus, l'obligeant à se coucher. Seule une reprise professionnelle à 20% avait pu être introduite. De nouvelles investigations allaient être nécessaires, de même qu'une consultation neurologique, devant l'évolution non favorable de la situation. Dans le cas d'un second épisode d'entorse cervicale, il était connu que la récupération était très lente et pouvait laisser des séquelles de douleurs et une impotence fonctionnelle plus ou moins importantes.
13. Par décision du 12 juin 2015, Axa a informé l'assuré avoir récemment pu obtenir le rapport de police en relation avec l'accident du 15 septembre 2014 ainsi que les expertises effectuées sur les deux véhicules impliqués. Elle avait constaté que l'arrière de son véhicule n'avait été endommagé que légèrement consécutivement au heurt. En effet, seul le pare-chocs arrière et le bas du hayon de son véhicule avaient été légèrement enfoncés. Quant à l'autre voiture en cause, elle n'avait subi que quelques dommages sur le pare-chocs avant. Forts de ces renseignements, elle avait diligenté une expertise d'accident par son ingénieur-analyste. Il en ressortait que la différence de vitesse delta-v de son véhicule consécutive à la collision était comprise dans une fourchette de 3,5 à 5,7 km/h. Cette valeur se référait à un véhicule qui roulait librement en avant. Si son automobile et éventuellement l'autre véhicule impliqué avaient freiné pendant la collision, le niveau delta-v pouvait être plus bas (diminution comprise entre et 3 km/h, en fonction du degré de freinage). Selon les études en la matière, un delta-v de 36 km/h était à considérer comme une limite de contrainte réaliste (seuil d'invulnérabilité) pour une collision frontale avec port de la ceinture. Toutefois, dans la majorité des cas, le corps humain pouvait

supporter un delta-v plus élevé que 36 km/h. Il apparaissait également que lors de l'accident, son véhicule était pourvu d'un appuie-tête conformément à législation. À teneur des pièces médicales figurant dans le dossier, aucune lésion objectivable n'avait pu être mise en évidence, malgré les investigations effectuées lors de son passage dans un établissement hospitalier à la suite de l'accident.

Pour le surplus, selon la « fiche documentaire pour première consultation après un traumatisme d'accélération crano-cervical », il apparaissait qu'il avait pu poursuivre sa route au volant du véhicule accidenté et qu'il avait pu réaliser les activités qui étaient prévues.

L'intégralité du dossier avait été transmise à son médecin-conseil lequel, en l'absence de lésion objectivable, de traitement médical particulier et compte-tenu du peu d'importance du choc selon l'analyse accidentologique estimait que les conséquences de l'accident n'étaient plus en lien de causalité avec l'événement en question et que son incapacité de travail n'était à ce titre plus justifiée. En conclusion, son incapacité de travail n'était plus en lien de causalité avec l'accident du 15 septembre 2014, et Axa mettait fin au versement des indemnités journalières dans le cadre de ce sinistre, avec effet au 15 juin 2016.

14. Selon un rapport établi le 31 juillet 2015 par doctoresse E_____, du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après le Centre de la douleur), l'assuré décrivait, depuis l'accident du 15 septembre 2014, des céphalées, des dorsalgies, des cervicalgies et une omalgie gauches, associées à des acouphènes et des troubles de la concentration. Les douleurs étaient constantes, d'une intensité variant dans les meilleurs moments à 5/10 et lors des épisodes de blocage à 10/10. Malgré les douleurs, l'assuré restait actif, faisait déjeuner les enfants et les amenait à l'école le matin. Ensuite, il essayait de bricoler, en changeant constamment de position, et d'aller à ses différents rendez-vous professionnels. Il s'allongeait volontiers en début d'après-midi, puis retravaillait, mais de façon inconstante. S'il avait assuré l'exposition de son stand aux puces, à Plainpalais – ce qu'il ne pouvait actuellement pas faire plus que pendant une demi-journée – le jour d'après, il ne pouvait pas être actif. Le traitement de physiothérapie deux fois par semaine lui permettait de sentir une certaine détente. L'ostéopathie était efficace en cas de blocage. Les médicaments amélioraient légèrement ses douleurs et permettaient un meilleur sommeil. À la suite de dorsalgies apparues après une chute en 2003, l'assuré avait reçu un traitement de trois blocs de bupivacaïne des zones gâchette. Il semblait qu'une zone d'insensibilité se soit ensuite installée. La radiographie cervico-dorsale, le CT-scan dorsal, la scintigraphie osseuse et l'IRM cervico-dorsale ne montraient alors aucune pathologie. L'assuré était indépendant et s'occupait de la vente d'antiquités et de bijoux, en particulier sur le marché de Plainpalais. Actuellement, il travaillait à 20% et son assurance perte de gain ne lui versait plus d'indemnité. L'assuré décrivait être le pilier de la famille élargie et s'occuper de toute les démarches administratives de ses beaux-parents. Il avait des troubles de la mémoire

handicapants et une irritabilité qu'il ne présentait pas auparavant et qui rendait parfois les contacts avec ses enfants difficiles. Il était souvent tendu, nerveux et quelquefois découragé devant la persistance des douleurs et de son handicap. Il avait également des cauchemars de mort très réguliers. Il présentait une appréhension et une anxiété en voiture, en particulier s'il était passager. Ses scores d'anxiété, de 15/21, et ceux de dépression, de 12/21 sur le HAD, étaient compatibles avec un état anxio-dépressif. Après avoir décrit son examen clinique, la Dresse E_____ a indiqué, sous discussion et proposition, que l'anamnèse et le status évoquaient la présence de céphalées et de cervicalgies à la suite de deux entorses cervicales avec une possible composante neurogène, une dyskinésie de l'omoplate gauche, un conflit sous-acromial du même côté ainsi qu'un dysfonctionnement de la coiffe des rotateurs. Pour compléter le bilan, elle proposait d'effectuer des RX fonctionnels du rachis cervical, une échographie de l'épaule gauche à la recherche d'une lésion de la coiffe et éventuellement une IRM cervicale. Du point de vue de la prise en charge physique, elle proposait un complément d'approche au niveau des points triggers pour l'épaule gauche par dry needling, associé à un travail actif progressif de stabilisation de la scapula, de renforcement des abaisseurs et de l'ensemble de la coiffe, selon les résultats échographiques. Elle proposait d'augmenter la prégabaline (Lyrica) à raison de 50 mg tous les cinq jours jusqu'à 200 mg, voire 300 mg. Des troubles cognitifs et de l'humeur pouvaient compliquer les suites d'une entorse cervicale. Elle reverrait l'assuré avec une psychiatre consultante au courant du mois de septembre 2015.

15. Selon un rapport établi le 21 août 2015 par le Dr C_____, l'assuré souffrait de cervicalgies chroniques après ses deux accidents de la circulation survenus les 14 février 2012 et 15 septembre 2014, lors desquels il avait subi une entorse cervicale. Il avait des douleurs constantes, des céphalées, des cervicalgies, des dorsalgies et des omalgies à gauche, associées à des acouphènes et des troubles de la concentration. Tous ces symptômes étaient réapparus après le deuxième accident et persistaient, malgré les traitements. Cet état empêchait l'assuré d'exercer son activité professionnelle et le handicapait dans tous les gestes de sa vie courante. Il était en arrêt de travail à 80%.
16. Selon un rapport du 5 octobre 2015, l'assuré avait été revu au Centre de la douleur le 29 septembre 2015. L'échographie de l'épaule gauche avait montré une bursite et une arthrose. La prise d'acide méfénamique (Ponstan) avait permis une amélioration des douleurs pendant quinze jours. Cependant depuis quelques jours, les douleurs étaient redevenues intolérables et une infiltration sous échographie était prévue le 2 octobre. La prise de prégabaline (Lyrica), qui avait été progressivement augmentée, actuellement à 250 mg/j (50 mg le matin, 100 mg à midi et 100 mg le soir), atténuait les douleurs. L'assuré remarquait qu'en général les médicaments le soulageaient bien pendant les quinze premiers jours de prise, puis que l'effet antalgique diminuait très vite. Il avait également remarqué ce phénomène avec la prise de duloxétine (Cymbalta dont la posologie actuelle était de 60 mg). La

physiothérapie le soulageait sur le moment, mais ne permettait pas un post-effet antalgique. Par ailleurs, l'assuré avait fait part de son épuisement non seulement physique mais également psychique avec une irritabilité qu'il avait de la peine à contrôler. Il lui avait été proposé de prendre contact avec doctoresse F_____, FMH en psychiatrie et psychothérapie. L'assuré était très conscient du cercle vicieux qui pouvait s'installer entre un état dépressif et une aggravation des douleurs.

17. Dans un rapport du 25 janvier 2016, le Dr C_____ a indiqué au docteur G_____, médecin conseil d'Axa, que suite à son second accident de la circulation, l'assuré avait subi un second épisode d'entorse cervicale avec une évolution défavorable, nécessitant toujours une prise en charge multidisciplinaire complexe.
18. Selon un rapport établi le 23 novembre 2015 par la Dresse F_____, malgré un traitement médicamenteux important, il n'y avait que peu d'amélioration et l'assuré développait progressivement un épuisement physique et psychique avec une irritabilité qu'il avait de la peine à contrôler. S'agissant du status psychiatrique, lorsque l'assuré s'était présenté à sa consultation du 5 octobre 2015, il présentait une thymie triste avec des affects congruents, mais mobilisables, des troubles du sommeil importants avec des cauchemars quotidiens en lien avec la mort, plus rarement en lien direct avec l'accident, et des réveils nocturnes. Il était vite fatigué et présentait un état d'anxiété en lien avec son état somatique et son futur. Il était tendu et inquiet lorsqu'il devait prendre la voiture et craignait d'avoir à nouveau mal. Par moment, il présentait des idées suicidaires, mais il ne voulait pas passer à l'acte en raison de ses enfants. Il se plaignait de troubles de la concentration et de la mémoire. Lorsque les douleurs étaient plus intenses il tendait à s'isoler et devenait facilement irritable, ne supportant aucun bruit. Il présentait également un sentiment de dévalorisation en lien avec son incapacité actuelle d'assumer son rôle de mari et de père, même s'il s'efforçait dans la mesure du possible de s'occuper de ses enfants et de sa famille. Il ne présentait pas de symptômes de la lignée psychotique. Cette symptomatologie s'était développée après son accident. Le diagnostic était un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive prolongée (F43.22). Un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré avec un traitement médicamenteux de Lyrica 300 mg/j et Temesta Expidet 1 mg/j au coucher, et 1 mg en réserve, était proposé. Au vu de la faible efficacité du Cymbalta, un traitement de Venlafaxine avait été introduit, mais il avait dû être rapidement interrompu car il avait été mal supporté. Un nouveau traitement antidépresseur n'avait pour l'instant pas été réintroduit, mais restait une option pour la suite. Une approche psychothérapeutique, à raison d'une séance par semaine, visait l'état anxio-dépressif et l'estime de soi.
19. Selon un rapport établi le 18 mars 2016 par la Dresse E_____, l'assuré avait indiqué que l'infiltration faite en octobre 2015 au niveau de son épaule gauche avait permis une disparition des douleurs pendant deux mois, mais que celles-ci étaient maintenant revenues et qu'elles perturbaient principalement son sommeil. Il

présentait toujours des cervicalgies, une omalgie gauche et également des lombalgies, qui étaient apparues récemment. À l'examen clinique du jour, il présentait de vives douleurs à la palpation des vertèbres dorsales, de la musculature para-dorsale gauche et des muscles trapèzes. Avait également été retrouvée la persistance de la diminution de la sensibilité au toucher au niveau du muscle trapèze gauche et en regard de la face interne de l'omoplate gauche, mais sans irradiation au niveau thoracique antérieur, pouvant évoquer une atteinte d'un nerf sous-costal. Dans ce contexte, il était proposé de compléter le bilan par une IRM de la colonne dorsale avant de reprendre de la physiothérapie active avec apprentissage des exercices de Pilates pour stabiliser le bassin et diminuer les lombalgies.

20. Selon un rapport établi le 26 avril 2016 par la Dresse F_____, l'assuré suivait un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré sur une base hebdomadaire visant l'état anxio-dépressif et l'estime de soi. Il prenait du Ciprallex, 10 mg par jour, du Lyrica, 300 mg par jour, et du Temesta, 1 mg au coucher. Selon son généraliste, il était incapable de travailler à 80% depuis novembre 2014. Sur le plan psychiatrique, bien que limité par son état anxio-dépressif et des troubles de la concentration, l'assuré était en mesure d'effectuer son activité, qui était d'environ 20 à 30%. Le rendement était réduit sur le plan psychiatrique, en raison des troubles de la concentration, de l'irritabilité et de l'anxiété en lien avec les douleurs constantes, des céphalées et des acouphènes. Une amélioration partielle pourrait être obtenue avec la poursuite du traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré.
21. Selon un rapport établi par le Dr C_____ le 4 mai 2016, l'assuré avait développé, suite à son accident, des violentes douleurs cervicales, des céphalées, des dorsalgies, des omalgies gauches, des nausées associées à des acouphènes bilatéraux et des troubles de la concentration, qui l'empêchaient d'exercer son activité professionnelle de brocanteur. Il était actuellement en arrêt de travail à 80%. Malgré un traitement médicamenteux important, le patient développait progressivement un épuisement physique et psychique avec une irritabilité.

Au vu du peu d'efficacité, le traitement de Cymbalta avait été stoppé et un traitement d'Effexor avait été introduit, qui avait cependant mal été supporté et également interrompu. L'introduction d'un traitement anxiolytique (Temesta Expidet 1 mg) au coucher avait permis une amélioration du sommeil, malgré la persistance des cauchemars. Cependant, au vu de l'absence d'amélioration sur le plan somatique et des difficultés familiales (incapacité de l'épouse à s'occuper des enfants et de toutes autres tâches), ainsi que des inquiétudes financières, l'état dépressif du patient s'était aggravé avec l'apparition d'idées de mort persistantes, sans projet de passage à l'acte en raison de ses enfants, nécessitant la réintroduction, en février 2016, d'un traitement antidépresseur de Ciprallex 10 mg, puis une amélioration graduelle, mais partielle, de la thymie. Depuis le 15 septembre 2014, le patient était limité par ses symptômes douloureux dans

toutes les activités physiques et dans sa capacité de concentration, d'adaptation et de résistance.

22. Selon un rapport établi le 21 juin 2016 par la Dresse E_____, l'assuré indiquait que la relaxation l'aidait à se détendre et qu'il effectuait ses exercices régulièrement le soir pour s'endormir. Comme il ne bénéficiait plus d'assurance perte de gain, il avait dû reprendre le travail malgré ses douleurs et assurait les marchés et de nombreux déplacements. Les mouvements répétitifs des membres supérieurs et le port de charges aggravaient très nettement ses douleurs, qui pouvaient persister pendant trois jours.
23. Le 27 août 2016, le Dr C_____ a indiqué que l'état de son patient était resté stationnaire, sans évolution favorable depuis 2014.
24. Selon un rapport établi le 25 octobre 2016 par la Dresse E_____, l'assuré avait été revu en consultation et décrivait peu de changements depuis la dernière consultation. Les douleurs étaient nettement aggravées par la tension musculaire et psychique. Toutes les approches qui diminuaient les tensions musculaires, telles que la physiothérapie, les massages, l'ostéopathie et la sophrologie le soulageaient partiellement. Dernièrement, il avait présenté un épisode de cervicalgies intenses associées à des céphalées et des nausées qui avait persisté tout un dimanche et n'avait pas répondu aux antalgiques. Les collègues ORL avaient conclu à un acouphène bilatéral, en lien avec une pathologie de la colonne cervicale et les muscles de la nuque. Ils ne proposaient pas d'autres approches que celles déjà mises en place, à savoir une approche par physiothérapie et psychothérapie. Une nouvelle infiltration au niveau de l'épaule n'avait pas apporté le même bénéfice antalgique que la première. Le suivi psychologique auprès de la Dresse F_____ était un appui très important pour l'assuré.
25. Selon un rapport établi le 1^{er} novembre 2016 par la Dresse E_____, le patient présentait plusieurs problèmes. Le premier était une douleur postérieure de l'omoplate qu'elle attribuait à une contracture musculaire ou une douleur référée des cervicales, ou encore secondaire à sa tendinopathie de la coiffe postéro-supérieure. Elle proposait de poursuivre le traitement de renforcement périscapulaire en cours, qui semblait le soulager, avec éventuellement l'adjonction d'une nouvelle infiltration de l'espace sous-acromial, voire un bilan des cervicales, si elle persistait ou se péjorait. Le deuxième problème était une épicondylite qui, si elle devenait invalidante, pourrait être infiltrée. Le status neurologique des membres inférieurs était dans la norme et elle avait pu rassurer l'assuré à ce sujet. Elle lui avait proposé de poursuivre la mise en place de tous les moyens qui lui permettaient de gérer les douleurs au quotidien.
26. Selon un rapport établi par la Dresse F_____ le 12 décembre 2016, l'état de santé de l'assuré était resté stationnaire, même si le traitement médicamenteux et le suivi psychothérapeutique réguliers avaient permis une amélioration de la thymie ainsi qu'une certaine diminution de l'anxiété, en lien avec une meilleure acceptation de

son état et des limitations fonctionnelles liées à ses douleurs. Les difficultés de concentration, l'irritabilité aux bruits et les cauchemars répétitifs étaient restés importants. Le sommeil s'était amélioré, mais sous médication. Cette amélioration avait amené le patient à interrompre le traitement antidépresseur pendant le mois d'août 2016. Sa thymie était restée fluctuante, surtout en lien avec l'intensité des douleurs, celles-ci s'aggravant particulièrement après des efforts. Depuis environ fin octobre, dans le contexte de l'aggravation des douleurs suite à des efforts, il y avait une aggravation de la cervicalgie avec des céphalées intenses, des douleurs liées à une bursite de l'épaule et à une épicondylite à gauche et un blocage au niveau de la colonne et des omoplates. Le patient présentait à nouveau une péjoration de la thymie, avec un sentiment d'impuissance et la réapparition d'idées de mort passives sans idées suicidaires en lien avec des moments de détresse. La capacité de travail de l'assuré était de 20% au maximum comme brocanteur.

27. Selon un avis médical établi le 29 juin 2017 par le docteur H_____, médecin SMR, une expertise pluridisciplinaire était nécessaire pour clarifier les diagnostics et évaluer la capacité de travail exigible.
28. Selon un rapport établi le 1^{er} juin 2017 par la Dresse E_____, l'assuré décrivait avoir eu un début d'année très difficile tant du point de vue somatique que psychique. En janvier, l'escitalopram avait été réintroduit et il se sentait un peu mieux depuis le mois de mars. De plus, il avait eu plusieurs nouvelles douleurs musculaires liées d'une part à une chute et, dernièrement, à une morsure probable d'un serpent. Il avait également présenté une entorse du genou droit à la suite d'une chute alors qu'il chargeait son camion. Heureusement, la prise en charge par physiothérapie avait pu améliorer toutes ses douleurs musculaires des membres inférieurs. Il décrivait depuis environ un mois l'apparition de paresthésies au niveau des orteils du pied droit ainsi que sur la face latérale de la jambe droite. Le status du jour mettait en évidence des points douloureux occipitaux, cervicaux, des trapèzes, bicipital, au niveau de la deuxième côte et des omoplates, tous plus marqués à gauche qu'à droite. La mobilisation active du rachis cervical était limitée dans tous les axes. La mobilisation active des membres supérieurs était possible à gauche jusqu'à 100° et en passif jusqu'à 180°.
29. Par communication du 5 juillet 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait mettre sur pied une expertise et lui a soumis les questions qu'il entendait poser aux experts.
30. Par communication du 19 juillet 2017, l'OAI a informé l'assuré que l'expertise comporterait des volets oto-rhino-laryngologique, psychiatrique et psychothérapie (docteur I_____), rhumatologique (Dresse J_____) et neurologique (Dr K_____).
31. Le 2 août 2017, la policlinique médicale universitaire (ci-après la PMU) a convoqué l'assuré pour effectuer l'expertise le 29 août 2017.

32. Le rapport d'expertise établi le 28 novembre 2017 résume brièvement le dossier, contient une anamnèse familiale, personnelle, systématique, psychosociale et professionnelle, les plaintes de l'expertisé, son traitement actuel, un descriptif de sa vie quotidienne, les constatations objectives des experts et le résultat des examens paracliniques.

Selon les experts, les diagnostics retenus étaient tous sans influence essentielle sur la capacité de travail de l'expertisé. Il s'agissait de :

- dorsalgies interscapulaires ;
- bursite de l'épaule gauche d'évolution favorable ;
- cervicalgies chroniques ;
- status après distorsion cervicale en 2012 ;
- status après traumatisme cervical en 2014 ;
- acouphènes subjectifs chroniques bilatéraux avec hyperacousie ;
- vertiges occasionnels ;
- et troubles de l'adaptation avec humeur dépressive au décours.

Dans l'appréciation du cas, le rapport mentionne que, sur le plan rhumatologique, l'assuré se plaignait essentiellement de dorsalgies interscapulaires associées à une notion de blocage et de « souffle coupé ». Il décrivait une zone bien délimitée à la base des cervicales. Au status, des douleurs à la percussion de la région D2 à D5 avaient été notées. La mobilité des épaules était libre, hormis une discrète limitation de la rétropulsion à droite et de l'adduction à gauche. Le bilan radiologique démontrait l'absence de lésion suspecte ou de tassement au niveau dorsal. Quant aux épaules, il était relevé une absence de fracture, d'omarthrose et de calcification. Les espaces sous-acromiaux étaient préservés. S'agissant du diagnostic, les experts retenaient une contracture musculaire ou une douleur référée des cervicales ou encore secondaire à une tendinopathie de la coiffe postéro-supérieure, ce dernier diagnostic restant peu probable, au vu de l'excellente mobilité tant en spontané (enlever son pull) qu'à l'examen clinique dirigé. Quant à la bursite de l'épaule gauche évoquée, elle était d'évolution favorable sous physiothérapie et AINS. En conséquence, aucune limitation fonctionnelle n'était retenue. L'assuré se plaignait également de cervicalgies chroniques irradiant tant dans le crâne que dans les membres supérieurs prédominant à droite avec notion de fourmillements, qui étaient également localisés dans les pieds.

Le bilan avait été complété par un consilium neurologique. L'expert neurologue avait rappelé que l'accident du 15 septembre 2014 était compatible avec un traumatisme cervical indirect. Le véhicule de l'expertisé avait été très peu endommagé et une expertise accidentologique avait pu mettre en évidence un delta-v très bas. Actuellement, à trois ans du traumatisme, l'assuré présentait toujours un tableau subjectif important, avec des douleurs dorsales, cervicales, des céphalées et

un acouphène. Sur le plan clinique, l'examen neurologique était strictement normal et aucun diagnostic neurologique n'avait été retenu. Le tableau était essentiellement subjectif, sans substrat organique et dès lors, aucune limitation fonctionnelle n'était à retenir.

En raison d'un acouphène bilatéral et de vertiges de type tangages réapparus lors du second accident de 2014 (déjà présents pendant quelques mois lors de l'accident de 2012), il avait été sollicité un consilium oto-neurologique. Après un status ORL et un bilan clinique détaillé, développé dans le consilium, il avait été conclu à un acouphène subjectif chronique bilatéral avec hyperacousie (mécanisme neurophysiologique commun) dans le cadre de multiples troubles neurocognitifs persistants post-traumatiques. Actuellement l'acouphène perturbait modérément la concentration de l'expertisé. Quant aux vertiges, ils étaient occasionnels et relevaient de troubles fonctionnels de l'équilibre (conflit sensoriel visio-vestibulaire). En conclusion, la capacité de travail du point de vue oto-neurologique pouvait être considérée complète et sans limitations fonctionnelles, ce qui avait été confirmé par un entretien téléphonique avec le Dr L_____, le 7 novembre 2017. Les divers éléments cliniques, anamnestiques et la lecture des rapports médicaux à disposition permettaient de retenir le diagnostic de troubles de l'adaptation avec humeur dépressive, à comprendre comme une réaction dépressive aux douleurs et aux limitations subies depuis l'accident de 2014. Des activités professionnelles, sociales et familiales très investies avaient toujours été menées à bien par l'expertisé, qui avait montré des ressources adaptatives probablement au-dessus de la moyenne. Dès lors, aucun diagnostic psychiatrique incapacitant n'était à retenir.

Globalement, après un colloque multidisciplinaire et la prise en considération des divers avis médicaux spécialisés émis, les experts estimaient que la capacité de travail de l'expertisé était complète dans son activité actuelle et dans toute autre activité. La capacité de travail avait été réduite depuis le 15 septembre 2014 et était redevenue entière au plus tard le 15 juin 2015. Le pronostic était extrêmement favorable, en raison des excellentes capacités adaptatives de l'expertisé.

33. L'OAI a rendu un projet de décision, le 24 janvier 2019, informant l'assuré que son statut était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle. À l'issue de l'instruction médicale, une incapacité de travail de 100% dans son activité habituelle était reconnue entre le 15 septembre 2014 et le 15 juin 2015. Celle-ci ayant duré moins d'une année, les conditions du droit à la rente n'étaient pas réunies. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées et ne se justifiaient pas. L'OAI avait annexé les dispositions légales applicables. Le grief de la violation du droit d'être entendu devait en conséquence être écarté.
34. Le 27 février 2019, l'assuré a formé opposition au projet précité. Il ne comprenait pas comment l'intimé pouvait lui reconnaître une pleine capacité de travail dès le 15 juin 2015, faute de motivation à ce sujet. Cette conclusion ne trouvait aucun appui dans son dossier médical, qui démontrait qu'au contraire, son état et sa capacité de travail n'avaient guère changé depuis l'accident, voire s'étaient péjorés.

Des certificats d'arrêt de travail régulièrement établis démontraient clairement la poursuite de son incapacité de travail à hauteur de 80%. Son dossier médical ne faisait ressortir aucune amélioration significative de son état du 7 novembre 2014 au 1^{er} juin 2017 et encore moins un rétablissement soudain d'une pleine capacité de travail en juin 2015. Le fait que non seulement son état, mais aussi son traitement étaient inchangés, que ce soit son lourd traitement médicamenteux ou ses visites régulières chez le Dr C_____ (une fois par mois), la physiothérapeute, Mme M_____ (deux fois par semaine) et sa psychiatre (la Dresse F_____ deux fois par mois) ainsi que périodiquement auprès du Centre de la douleur.

À l'appui de son opposition, l'assuré a transmis :

- le certificat médical initial rédigé suite à l'accident du 15 septembre 2014 ;
- les certificats médicaux d'arrêt de travail établis par le Dr C_____ attestant d'une capacité de travail de 0% du 8 octobre 2014 au 29 octobre 2014, puis de 20% dès le 24 novembre 2014 jusqu'au 16 février 2019 ;
- les rapports établis par le Dr C_____ les 28 janvier 2015 et 21 août 2015 ;
- les rapports établis par le Centre de la douleur les 13 juillet 2015, 5 octobre 2015, 21 juin 2016, 25 novembre 2016, 1^{er} novembre 2016 et 1^{er} juin 2017 ;
- le rapport établi par la Dresse F_____ le 23 novembre 2015.

35. Par décision du 6 mars 2019, l'OAI a confirmé son projet de décision, en reprenant sa teneur et en ajoutant que lors la procédure d'audition, l'assuré n'avait produit aucun document médical probant récent.

36. Le 8 avril 2019, l'assuré a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Le dossier ne permettait pas de mettre en évidence une amélioration de son état de santé au 15 juin 2015, mais il en ressortait, au contraire, une péjoration notable. Le recourant avait produit à l'intimé une nouvelle pièce médicale de la consultation des HUG du 28 février 2019, faisant mention de douleurs à la palpation de tous les points de fibromyalgie. En dépit de cela, l'intimé avait confirmé son projet de décision. Le recourant concluait à l'annulation de la décision, à ce qu'il soit ordonné à l'intimé de produire son dossier à jour et de lui accorder un délai pour compléter ses conclusions, à l'audition des parties et d'éventuels témoins, et à ce qu'il soit dit que le recourant pouvait prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité sur la base d'une invalidité totale à compter du 15 septembre 2014 jusqu'à ce jour, avec suite de frais et dépens.

À l'appui de son recours, le recourant a produit un rapport établi par la Dresse E_____ le 28 février 2019, dans lequel elle indiquait avoir revu l'assuré le jour précédent et que celui-ci décrivait, en plus des céphalées, cervicalgies et omalgies, l'apparition de lombalgies, avec un épisode de blocage lombaire pendant les fêtes de Noël ayant persisté dix jours. Pendant cet épisode, il avait eu peur de présenter la même symptomatologie que sa femme qui, depuis une arthrodèse

lombaire, ne pouvait plus assumer ses tâches ménagères. Il décrivait aussi des paresthésies au niveau des pieds irradiant dans les mollets et une hypersensibilité au bruit. Il avait présenté un zona thoracique pour lequel il avait ressenti peu de douleurs. La physiothérapie, le suivi psychothérapeutique et la sophrologie étaient bénéfiques. En revanche, l'acupuncture sans aiguille, le magnétisme et l'ostéopathie étaient inefficaces. Le patient était déçu que l'on n'ait pas pu lui proposer une prise en charge des acouphènes plus efficace que des conseils et des petits trucs. Il était également déçu de la réponse de l'intimé. Malgré les douleurs qui le limitaient dans ses activités quotidiennes et son sommeil, il restait actif. Il se levait vers 7h pour accompagner son fils à l'école, puis se rendait à quelques rendez-vous professionnels, accompagné par sa fille, qui désormais l'aidait dans son travail de brocanteur. Après le repas de midi, il avait besoin de s'allonger pour une pause, puis il promenait son chien. Il allait donner sa démission au club de football de son fils, car l'augmentation de la charge administrative et sociale rendait ce travail bénévole trop lourd et moins plaisant. L'évolution de ses scores de qualité de vie entre 2016 et 2019 montrait une diminution de tous les scores, hormis le score de limitation physique. S'agissant du status clinique, il y avait des douleurs à la palpation de tous les points de fibromyalgie et de la musculature para-vertébrale. Il n'y avait pas de limitations à la mobilisation active et passive des membres inférieurs et une limitation à la mobilisation du rachis lombaire. L'anamnèse et le status clinique évoquaient la présence d'une sensibilisation centrale pouvant être à l'origine d'un syndrome somatoforme douloureux persistant, sous réserve que le bilan inflammatoire, immunologique et thyroïdien soit dans la norme. La Dresse E_____ avait essayé de rassurer le patient, en lui indiquant qu'il n'y avait aucun signe de compression d'une racine lombaire et que les anomalies observées sur l'IRM n'avaient pas de répercussions neurologiques. Les paresthésies accompagnaient fréquemment les douleurs liées à une sensibilisation centrale. Du point de vue physique, la poursuite de la physiothérapie et des exercices de coordination du tronc et de renforcement lombaire étaient bénéfiques. Du point de vue thymique, la poursuite du suivi psychothérapeutique était importante. La Dresse E_____ avait reparlé à l'assuré de la possibilité de participer à un groupe de thérapie cognitivo-comportementale spécialement élaborée pour les patients souffrant de douleurs chroniques et lui avait remis un livre permettant de comprendre les douleurs chroniques et rebelles.

37. Par réponse du 7 mai 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours, se référant à la décision querellée. Selon le médecin-conseil de l'assureur-accidents, en l'absence d'un traitement médical particulier et compte tenu du peu d'importance du choc causé par l'accident en question, une incapacité de travail n'était plus justifiée depuis juin 2015. Le recourant avait fait l'objet d'une expertise pluridisciplinaire auprès de la PMU dont le rapport du 28 novembre 2017 devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Selon les experts, le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle depuis juin 2015 au plus tard. Aucune des plaintes de l'assuré n'avait pu être cliniquement objectivée, quelle que

soit la spécialité médicale concernée. Les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisaient pas pour justifier une invalidité. Elles devaient pour cela être confirmées par des observations médicales objectives et concluantes. L'absence d'incapacité de travail avait été objectivée pour la première fois en juin 2015 par le médecin-conseil de l'assureur-accidents. Il n'existait aucun élément médical objectif permettant de remettre en cause les conclusions des experts de la PMU. S'agissant du droit d'être entendu en matière d'assurances sociales, on ne devait pas fixer des exigences trop élevées en ce qui concernait la motivation des décisions, vu le nombre important que les autorités compétentes étaient appelées à rendre.

38. Par réplique du 5 juillet 2019, le recourant a persisté dans ses conclusions. S'agissant du rapport d'expertise de la PMU ayant motivé la décision querellée, il constatait que le bref extrait du dossier ne faisait pas mention de certaines pièces qu'il avait adressées à l'OAI, notamment le certificat médical initial du 7 novembre 2014 et le rapport du 21 août 2015 établis par le Dr C_____, les rapports des HUG des 5 octobre 2015, 21 juin 2016 et 1^{er} juin 2017 ainsi que le rapport de la Dresse F_____ du 23 novembre 2015. L'expertise ne tenait pas compte non plus du rapport des HUG du 28 février 2019, ce qui était toutefois normal, vu la chronologie. L'expertise était donc fondée sur un dossier incomplet et ne pouvait se voir reconnaître une valeur probante. Les experts n'expliquaient pas pourquoi ils avaient accordé crédit au médecin traitant du recourant jusqu'au 15 juin 2015, puis plus depuis lors. Le rapport d'expertise indiquait que le recourant était pris en charge par les Drs C_____, F_____ et E_____, mais les experts avaient fait abstraction des constats de ces médecins qui le suivaient régulièrement. Le rapport faisait état des efforts considérables qu'il déployait pour faire face à sa santé dégradée ainsi que de sa volonté et de ses capacités de s'adapter. L'intimé en tirait toutefois une conclusion aberrante, en retenant que sa capacité d'adaptation lui avait permis de retrouver une pleine capacité de travail. La réalité était malheureusement tout autre. Dans le cadre d'un état fortement dégradé avec une tendance marquée à se péjorer, cette volonté et cette force lui permettaient seulement, tant bien que mal, de ne pas sombrer entièrement. Les experts indiquaient que l'assuré pourrait avoir une pleine capacité de travail dans un emploi adapté, sans indication du type d'emploi, ni du type d'adaptation nécessaire. Or il leur incombait de fournir des indications concrètes à cet égard.

39. Lors d'une audience du 15 janvier 2020 :

- a. Le recourant a déclaré à la chambre de céans : « Je sollicite beaucoup mes deux enfants en raison de mes problèmes de santé et de ceux de mon épouse, mon fils plus particulièrement sur le plan professionnel et ma fille pour les tâches ménagères. Elle travaille également avec moi. Vu son âge, elle n'est pas encore déclarée. Elle est née en 2002. Elle a une autorisation pour vendre au marché de Plainpalais. Elle ne va plus à l'école depuis une année. J'ai eu un premier accident en 2012 avec des conséquences pendant environ dix mois. J'ai subi un choc important lors de cet accident à la nuque et à la partie haute du dos avec

une commotion cérébrale. Je n'ai plus pu travailler pendant une période, puis j'ai repris progressivement jusqu'à 100%. Petit à petit mes symptômes ont disparu. J'ai la même activité professionnelle depuis 1998. Depuis mon mariage, j'ai travaillé un moment avec le père de mon épouse qui avait une activité dans la brocante et me suis ainsi formé dans le domaine. Ensuite, j'ai eu une activité indépendante dans la brocante avec mon épouse, qui a travaillé avec moi jusqu'en 2006. C'était une activité à 100% toute l'année avec des expositions régulières en brocante et le marché de Plainpalais. Je l'exerçais même en voyage. Je travaille depuis l'âge de 16 ans et ne me suis jamais arrêté jusqu'aux deux accidents que j'ai eus. Mon épouse travaillait à temps complet pour moi. Elle était déclarée comme salariée.

Avant l'accident, j'amenaient les enfants à leurs activités sportives et à l'école et ma femme s'occupait des tâches ménagères. Elle est lourdement handicapée depuis 2006. Elle ne peut plus faire grand-chose. C'est ma fille qui s'occupe des tâches ménagères depuis l'âge de 15 ans.

J'ai eu un deuxième accident le 15 septembre 2014 avec un choc moins fort qu'en 2012, mais je me suis senti partir avec un malaise. J'ai pu tout de même assister à un enterrement d'une personne qui m'est proche, mais j'étais dans les vaps. Ensuite ma femme m'a amené à l'hôpital.

Il n'y a pas eu d'amélioration dans mon état de santé depuis lors, malgré le temps passé et les traitements effectués. J'ai toujours des acouphènes et des migraines. Je me bloque régulièrement le dos. Mes omoplates et mon dos sont très sensibles et j'ai un problème de fibromyalgie qui a été diagnostiqué récemment par la Dresse E_____.

J'ai lu le livre qui m'était recommandé par la Dresse E_____, mais je n'ai pas participé à un groupe de thérapie comme elle me l'avait recommandé. J'ai de la peine à parler de mes problèmes à d'autres personnes. En revanche, je suis suivi par un psychiatre, la Dresse F_____ et je fais également, dans ce cadre, des séances d'hypnose. J'ai fait également de la sophrologie aux HUG. Cela peut m'aider pendant les crises, mais c'est plus facile quand une personne nous accompagne que de le faire seul. Ce sont des outils qui m'aident au quotidien à mieux gérer la douleur.

Je continue à temps très partiel mon activité dans la brocante depuis 2014, à 20%. Quand je travaille une journée, par exemple une exposition à Plainpalais où je reste debout ou assis pendant une journée, il me faut entre deux à trois jours pour me remettre. Mon activité a changé, car je ne peux plus débarrasser des appartements, car il y a trop de ports de charge. Ce n'est pas seulement le poids des cartons par exemple, mais la répétition. Même actuellement, la manutention nécessaire pour installer un stand est difficile pour moi. Je le fais avec l'aide de mes enfants. Je m'occupe plutôt d'objets légers en ce moment. Même ceux-ci peuvent me provoquer des douleurs. J'ai porté l'autre jour un

guéridon de 5 kg environ qui était trop lourd pour moi, ce qui m'a bloqué le dos.

Je travaille en principe un jour par semaine, sauf si mon état de santé m'en empêche. Je fais trois à quatre expositions au marché de Plainpalais par mois, ce qui implique que je travaille de 8h00 à 14h30 environ. Les conditions climatiques ont une incidence, puisque je ressens plus de douleurs lorsqu'il fait froid.

Je me lève tous les matins tôt et j'emmène mon fils de 14 ans à l'école. En principe, je le fais même si j'ai des douleurs, sauf si elles sont trop fortes. Ensuite je passe des annonces dans les journaux et par internet pour l'achat d'antiquités. Je vais ensuite les chercher. Je fais cette activité plutôt le matin quand je me sens un peu mieux. Il y a des semaines où je ne peux rien faire. L'après-midi, je me repose. Je n'ai pas le choix avec les médicaments que je prends et l'état d'épuisement que je ressens. Je n'arrive pas à enchaîner une journée complète.

Avant mon atteinte à la santé, je faisais des expositions de brocante le weekend sur deux à trois jours deux fois par mois et deux expositions par semaine au marché aux puces. Je démarchais également au porte-à-porte en mettant de la publicité dans les boîtes aux lettres. Je ne pourrais plus faire cette activité maintenant, car elle demande trop de marche et d'effort. Je fais également de la petite restauration d'objets ou de meubles et du nettoyage. J'ai un petit local pour le faire.

S'agissant des relevés d'absences scolaires de mon fils, je n'ai pris que le dernier d'août à novembre. Il y en avait déjà auparavant, depuis une année.

Nous continuons à voyager de mars-avril à octobre chaque année, mais l'état de santé de ma femme et de moi-même ne nous permet pas d'aller à l'étranger, en France et en Allemagne par exemple. Nous voyageons à quatre-cinq caravanes ou beaucoup plus, cela dépend des groupes et de nos destinations, qui sont également liées à mon activité professionnelle. Avant de mon atteinte à la santé, il m'arrivait de revenir à Genève et de faire 400 km pour une exposition au marché aux puces, ce que je ne peux plus faire. Je fais moins d'expositions quand je voyage, mais j'ai une activité de chineur. Je pense que mon activité professionnelle est moins importante que 20% quand je voyage, mais je conserve une activité ».

- b. Le conseil du recourant a relevé qu'en page 2 du rapport du 28 février 2019, la Dresse E_____ mentionnait des douleurs à la palpation de tous les points de fibromyalgie. Il a indiqué que l'état de santé de celui-ci s'était péjoré depuis 2015 avec l'apparition d'une fibromyalgie. Il a déposé des pièces complémentaires et expliqué, s'agissant du relevé des absences scolaires du fils du recourant, qu'il avait pour but de démontrer que celui-ci devait aider ses parents sur le plan professionnel et également à la maison et qu'il ne pouvait

pas se rendre régulièrement à l'école. Il a mentionné un arrêt du Tribunal fédéral rendu 10 ans auparavant au sujet de l'épouse du recourant qui abordait la problématique spécifique de l'invalidité des gens du voyage.

c. Le recourant a produit à l'audience :

- un rapport établi le 28 octobre 2019 par la Dresse E_____ indiquant avoir revu le recourant qui décrivait une diffusion des douleurs, qui actuellement étaient localisées au niveau cervical droit, des épaules, dans la face antérieure des membres supérieurs, dans le membre inférieur droit après une chute avec entorse du genou, au tendon d'Achille droit et au niveau lombaire. Il avait également des céphalées. Les douleurs étaient constantes, avec une intensité pouvant atteindre 9/10. Elles limitaient tout effort modéré ou répété. Malgré ces douleurs, l'assuré poursuivait son travail. Son sommeil était perturbé. La physiothérapie et l'ostéopathie étaient efficaces sur le moment. La sophrologie et l'autohypnose l'aidaient beaucoup et les médicaments étaient partiellement efficaces. L'assuré décrivait avoir un meilleur moral et moins de problèmes financiers. Il était très satisfait du suivi psychothérapeutique. Ses scores de qualité de vie entre février 2019 et octobre 2019 montraient une diminution des scores de limitation physique, ce qui reflétait la diffusion des douleurs, et une nette amélioration du score de limitation émotionnelle et de l'humeur. Le status neurologique était tout à fait dans la norme ce jour, en particulier du membre inférieur droit. La Dresse E_____ avait proposé à l'assuré de revoir le Dr N_____ pour évaluer la pertinence de refaire une imagerie et une infiltration ainsi que lui proposer une prise en charge par physiothérapie pour éviter toute limitation permanente ;
- un document du O_____ du 19 décembre 2019, sur lequel il était demandé au recourant de justifier les nombreuses absences de son fils.

40. Le 27 mai 2020, la chambre de céans a demandé à Axa de lui transmettre la copie du rapport d'expertise établi à sa demande ainsi que le rapport de son médecin conseil mentionné dans sa décision du 12 juin 2015.

41. Le 11 juin 2020, Axa a transmis à la chambre de céans :

a. Une estimation des coûts prévisibles de réparation du véhicule de l'assuré suite à son accident fixés à CHF 2'866.86 en lien avec des travaux sur l'arrière du véhicule, comprenant notamment la remise en état du hayon et le remplacement du pare-choc arrière.

b. Une analyse d'accident établie le 5 juin 2015 par Ing. P_____, analyste d'accidents d'Axa, dont il ressort que l'analyse de l'impact indiquait que la vitesse de collision relative de la Renault contre la Mercedes était comprise entre 9,2 et 13,8 km/h. L'expert avait retenu l'hypothèse que les voitures n'avaient pas été freinées (si le véhicule percuteur avait freiné constamment pendant la phase de contact, sa vitesse de collision devait être augmentée du produit de la décélération

par la durée de la collision). La vitesse de collision relative correspondait à la vitesse d'impact effective lorsque le véhicule percuté était à l'arrêt. Considérant un temps de choc, dans ce cas spécifique, compris entre 0,10 et 0,4 secondes (durée établie sur la base de nombreux crash test), il était retenu que la Mercedes avait été soumise à une accélération moyenne comprise entre 0,7 et 1,6 g. Autrement dit, cette accélération moyenne correspondait environ à 1 à 2 fois la décélération subie lors d'un freinage d'urgence lorsqu'on reculait à faible vitesse. Lors d'un choc entre « auto-tamponneuses », il était possible d'atteindre des accélérations similaires et très souvent bien plus élevées. Par suite de l'impact, la Mercedes n'avait pas subi des rotations notoires. Le conducteur du véhicule s'était déplacé quelque peu en direction de la partie arrière de la voiture avec un angle d'environ 0° par rapport à l'axe du véhicule.

c. Une décision rendue par Axa le 12 juin 2015 indiquant qu'en l'absence de lésion objectivable, de traitement médical particulier et compte tenu du peu d'importance du choc selon l'analyse accidentologique, elle estimait que les conséquences de cet accident n'étaient plus en lien de causalité avec l'événement en question et que l'incapacité de travail de l'assuré n'était, à ce titre, plus justifiée. En conséquence, Axa mettait fin au versement des indemnités journalières dans le cadre de ce sinistre avec effet au 15 juin 2015.

d. Une décision rendue par Axa le 4 février 2016 résilient la police d'assurance de l'assuré au motif que celui-ci avait répondu faussement aux questions de la proposition d'assurance en indiquant ne pas avoir subi un accident ayant eu pour conséquence une incapacité de travail partielle ou totale de plus de huit semaines au cours des cinq dernières années. Durant l'instruction du dossier, le service médical d'Axa avait pu constater que le Dr C_____ avait indiqué dans un rapport du 7 février 2015 que l'assuré avait déjà subi un accident du même type quelques années auparavant. Le 25 janvier 2016, le Dr C_____ avait précisé que l'assuré avait eu un accident le 14 février 2012, au cours duquel il avait fait l'objet d'une entorse cervicale qui avait nécessité un traitement médicamenteux et de physiothérapie durant 10 mois. Il avait été en incapacité de travail pendant 10 mois avant de pouvoir reprendre une activité professionnelle. Axa sollicitait le remboursement des indemnités journalières versées. Son service médical relevait que les récentes douleurs de l'épaule gauche (bursite sous-acromiale modérée) ne pouvaient pas être mises en relation avec l'accident qui l'occupait. S'agissant des investigations effectuées au niveau de la colonne cervicale, ces dernières avaient permis à son médecin-conseil de déterminer l'existence de troubles dégénératifs préexistants et de fixer ainsi un statu quo sine à six mois s'agissant de l'entorse cervicale. Quant aux troubles psychiatriques dont l'assuré affirmait souffrir, les rapports fournis ne relevaient aucun élément à mettre uniquement en relation avec l'accident du 15 septembre 2014. Son médecin-conseil relevait en outre qu'aucune investigation n'avait été effectuée s'agissant des troubles de la concentration et des acouphènes qui n'étaient pas prouvés.

e. Une convention de règlement approuvée par l'assuré le 27 avril 2016, par laquelle Axa acceptait, à titre purement transactionnel, de renoncer au remboursement par l'assuré de la somme de CHF 32'710 70, versée à titre d'indemnité journalière. L'assuré reconnaissait avoir été complètement et définitivement indemnisé et qu'il n'avait plus aucune prétention passée ou future à faire valoir auprès d'Axa pour le même sinistre.

f. Un rapport établi le 10 juin 2015 par le docteur Q_____, chirurgie orthopédique FMH, médecin-conseil d'Axa, indiquant que l'assuré avait annoncé un accident de la voie publique le 15 septembre 2014, lors duquel il avait été victime d'un petit choc par l'arrière en conduisant un véhicule. Il aurait fait une entorse cervicale ainsi qu'un traumatisme crânien mineur. Il avait été évalué, selon la fiche documentaire avec un dossier provisoire, selon la classification de la Québec task force (QTF). Une expertise accidentologique montrait un delta-v de la Mercedes entre 3,5 et 5,7 km/h, donc une vitesse minime. D'ailleurs, les dégâts ne concernaient que le parechoc et pouvaient également être considérés comme minimes actuellement, le patient, d'après le dernier certificat du 7 février 2015, se plaignait toujours de nombreux symptômes très invalidants, de cervico-brachialgies, d'acouphènes, de douleurs cervicales aiguës, de céphalées chroniques, de nausées et de troubles de la concentration. Il était toujours en arrêt travail à 80%. On s'expliquait mal la durée de la symptomatologie douloureuse et surtout l'ampleur des affections décrites dans le certificat médical, si l'on considérait les circonstances de l'accident et le rapport d'accident avec le calcul des vitesses relatives ainsi que les images des voitures impliquées. On pouvait donc établir que les conséquences de cet accident devaient être limitées et que les troubles actuels, s'ils étaient réels, ne correspondaient plus à ces mini traumatismes. La proposition était donc de suspendre les prestations, mais en cas de recours, de prévoir une expertise neurologique.

g. Un rapport établi le 24 décembre 2015 par le Dr Q_____, faisant suite à son avis du 10 juin 2015 et au recours de l'assuré, qui avait bénéficié de divers examens complémentaires. Au niveau de son épaule gauche, dont on avait une mention récente de douleurs, celle-ci n'était pas mentionnée dans les documents précédents, ni dans l'annonce de l'accident. On retrouvait cette notion d'épaule gauche uniquement dans le rapport des HUG du 13 juillet 2015. Une bursite sous-acromiale modérée avait été mise en évidence lors d'une échographie effectuée le 27 juillet 2015 et le patient avait bénéficié d'une infiltration à ce niveau. Il n'y avait pas d'autres lésions au niveau de la coiffe des rotateurs. Il fallait noter qu'il s'agissait de l'épaule gauche et que dans la description du traumatisme, le patient était plutôt positionné du côté droit. On s'imaginait donc mal un choc au niveau de cette épaule gauche et l'apparition de cette bursite n'était pas compatible avec un accident, voir avec l'accident incriminé. L'assuré avait bénéficié d'une IRM de la colonne cervicale le 14 octobre 2015 dont les conclusions étaient des signes discrets de discopathie étagée de C2 à C3 et de C6 à C7, d'ailleurs en légère progression par rapport à l'IRM effectuée en mai 2012. Il n'y avait pas de hernie discale, ni de

rétrécissement canalaire mis en évidence. Là encore, on pouvait admettre une entorse de la colonne cervicale lors du dernier traumatisme, mais il existait des troubles dégénératifs préexistants, qui avait d'ailleurs progressé de manière naturelle et on pouvait donc établir, en ce qui concernait la colonne cervicale, un statu quo sine à six mois. En outre, l'assuré avait également bénéficié d'un examen psychiatrique dont le diagnostic final était un trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive prolongée. Dans le rapport fourni, il n'y avait pas véritablement d'éléments à mettre uniquement en relation avec le traumatisme. Par ailleurs, le médecin notait que l'assuré souffrait de douleurs constantes et de céphalées, associées à des acouphènes et à des troubles de la concentration et qu'on ne retrouvait aucune investigation concernant ces troubles de la concentration et ses acouphènes qui n'étaient en tout cas pour l'instant pas prouvés.

42. Par courrier du 12 août 2020, la chambre de céans a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire psychiatrique et rhumatologique et leur a communiqué le nom des experts pressentis, ainsi que les questions qu'elle avait l'intention de leur poser, en leur impartissant un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées.
43. Par écriture du 24 août 2020, l'intimé a informé la chambre de céans qu'il n'avait pas de motif de récusation formel ou matériel à faire valoir à l'encontre des experts pressentis. En ce qui concernait les questions libellées dans le projet de mission d'expertise, le SMR sollicitait dans son avis du 24 août 2020 annexé que les experts évaluent également « la compliance médicamenteuse de l'assuré par dosage sanguin des médicaments que prend l'assuré, tant psychotropes qu'antalgiques ».
44. Par téléphone du 21 septembre 2020, le recourant a informé la chambre de céans ne pas avoir de motif de récusation à faire valoir contre les experts désignés.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la 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 suite à son accident du 15 septembre 2014.
4. a. Dans un grief d'ordre formel qu'il convient d'examiner en premier, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, au motif que la motivation de la décision attaquée était insuffisante.

b. La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (consacré par l'art. 29 al. 2 Cst.) le devoir pour le juge de motiver sa décision, afin que le justiciable puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et exercer son droit de recours à bon escient. Pour répondre à ces exigences, le juge doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidé et sur lesquels il a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Il n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige. Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2.1 p. 564 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016).

c. En l'espèce, la motivation de l'arrêt attaqué est certes très succincte, mais elle permet de comprendre pour quelles raisons l'intimé a rejeté la demande de prestation du recourant, à savoir que la condition d'une incapacité de travail d'au moins 40% durant une année de l'art. 28 al. 1 let. b et c n'était pas réalisée, étant relevé que l'intimé avait annexé les dispositions légales applicables à sa décision. Le grief de la violation du droit d'être entendu doit en conséquence être écarté.
5. 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).
6. 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).

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

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.

7. 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 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. 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.

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 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.

8. 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 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.
9. a. 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).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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 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).

10. 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).
11. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons

pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

12. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).
13. En l'espèce, la décision de l'intimé se fonde sur une expertise effectuée par des experts de la PMU. Bien que celle-ci réponde à la plupart des réquisits pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, il faut constater que, comme l'a relevé le recourant, elle n'est pas fondée sur un dossier complet, dès lors que plusieurs rapports médicaux n'ont pas été mentionnés dans le résumé du dossier. Ces pièces étaient importantes, puisqu'elles concernaient, notamment, la période pendant laquelle les experts ont retenu un retour à une capacité de travail totale, à savoir le 15 juin 2015, sans explication sur la façon dont ils avaient déterminé cette date. Les experts se sont apparemment fondés sur la date retenue par Axa, dès lors qu'ils ont mentionné, au début de leur rapport que le 2 juin 2016, celle-ci avait cessé de payer les indemnités journalières à l'assuré le 15 juin 2015, après « expertise d'accident par un ingénieur analyste et examen des pièces médicales qui ne démontraient aucune lésion objective » et qu'elle avait estimé que les conséquences de l'accident n'étaient plus en lien de causalité avec l'événement et que l'incapacité de travail n'était plus justifiée.

Les experts se sont fondés sur la décision du 12 juin 2015 d'Axa qu'ils ont résumée, mais ils n'ont pas eu accès aux rapports cités dans cette décision, en particulier celui du médecin-conseil d'Axa et le rapport d'expertise d'accident fait par son ingénieur-analyste, qui ne figuraient pas au dossier qui leur avait été transmis par l'intimé.

Les experts se sont ainsi référés à une date fixée dans un rapport d'expertise qui n'était pas au dossier, sans discuter la date retenue par l'assurance-accidents complémentaire, alors qu'à teneur des rapports médicaux au dossier, il n'apparaît pas que l'état du recourant s'était amélioré dès le 15 juin 2015.

En effet, dans son rapport du 13 juillet 2015, la Dresse E_____ faisait état des plaintes du recourant qui n'apparaissaient pas compatibles avec une pleine capacité de travail. Celui-ci décrivait des douleurs constantes d'une intensité variant dans les meilleurs moments à 5/10 et lors des épisodes de blocage à 10/10. Même s'il conservait une certaine activité, puisqu'il s'occupait de ses enfants, bricolait un peu et se rendait à des rendez-vous professionnels, il devait s'allonger en début d'après-midi avant de retravailler, mais de façon inconstante. S'il avait assuré l'exposition de son stand au marché aux puces de Plainpalais, ce qu'il ne pouvait pas faire actuellement plus qu'une demi-journée, le jour d'après, il ne pouvait pas être actif.

Bien que la Dresse E_____ ne se soit pas prononcée sur la capacité de travail du recourant, la teneur de son rapport ne confirme pas qu'il était pleinement capable de travailler à cette date, ce d'autant plus qu'elle proposait d'augmenter la prégabaline (Lyrica). Son rapport ne confirme pas non plus que les douleurs n'avaient pas de cause objective, puisqu'elle relevait que le recourant souffrait de céphalées et de cervicalgies à la suite de deux entorses cervicales avec une possible composante neurogène, et d'un état anxio-dépressif, précisant que des troubles cognitifs et de l'humeur pouvaient compliquer les suites d'une entorse cervicale. Son appréciation confirme celle du Dr C_____, qui avait indiqué, le 28 janvier 2015, que dans le cas d'un second épisode d'entorse cervicale, il était connu que la récupération était très lente et pouvait laisser des séquelles de douleurs et une impotence fonctionnelle plus ou moins importantes.

Le 21 août 2015, le Dr C_____ a retenu que l'assuré souffrait toujours de céphalées, cervicalgie, dorsalgies et omalgies à gauche, associées à des acouphènes et des troubles de la concentration, qui l'empêchaient d'assurer son activité professionnelle et le handicapaient dans tous les gestes de sa vie courante, avec une incapacité de travail de 80%.

Selon un rapport du 5 octobre 2015 du Centre de la douleur, le 29 septembre 2015, une échographie de l'épaule gauche du recourant avait montré une bursite et de l'arthrose, ce qui indiquait la présence d'une cause, au moins partielle, somatique aux douleurs du recourant. Le rapport attestait également du fait que les douleurs étaient parfois intenable et qu'une infiltration avait été faite le 2 octobre 2015.

Malgré l'augmentation de la prégabaline (Lyrica), l'atténuation des douleurs n'était pas durable. Le recourant avait fait part d'un épuisement non seulement physique mais également psychique avec une irritabilité qu'il avait de la peine à contrôler.

Selon un rapport établi le 23 novembre 2015 par la Dresse F_____, malgré un traitement médicamenteux important, il n'y avait que peu d'amélioration et l'assuré développait progressivement un épuisement physique et psychique avec irritabilité qu'il avait de la peine à contrôler. Elle posait le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive prolongée (F43.22) et proposait un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré avec un traitement médicamenteux de Lyrica 300 mg/j, et Temesta Expidet 1 mg/j au coucher et 1 mg en réserve et une approche psychothérapeutique, à raison d'une séance par semaine visant l'état anxio-dépressif et l'estime de soi.

Dans son rapport du 26 avril 2016, la Dresse F_____ estimait que l'assuré était en mesure d'effectuer son activité, qui était d'environ 20 à 30%, ce qui ne confirmait pas une capacité de travail de 100%, et que son rendement était réduit sur le plan psychiatrique, en raison des troubles de la concentration, de l'irritabilité et de l'anxiété en lien avec les douleurs constantes, des céphalées et des acouphènes.

Selon le rapport établi par le Dr C_____ le 4 mai 2016, l'état dépressif du recourant s'était aggravé avec l'apparition d'idées de mort persistantes, qui avait nécessité la réintroduction, en février 2016, d'un traitement antidépresseur de Cipralax 10 mg, puis une amélioration graduelle, mais partielle, de la thymie. Depuis le 15 septembre 2014, le patient était limité par ses symptômes douloureux dans toutes les activités physiques et il était également limité dans la concentration, la capacité d'adaptation et la résistance.

Selon un rapport établi le 25 octobre 2016 par la Dresse E_____, l'assuré avait été revu en consultation et décrivait peu de changements depuis la dernière consultation. Les douleurs étaient nettement aggravées par la tension musculaire et psychique. Toutes les approches qui diminuaient les tensions musculaires telles que la physiothérapie, les massages, l'ostéopathie et la sophrologie le soulageaient partiellement. Dernièrement, il avait présenté un épisode de cervicalgies intenses associées à des céphalées et des nausées qui avaient persisté tout un dimanche et n'avaient pas répondu aux antalgiques. Les douleurs étaient alors trop intenses pour lui permettre de faire une séance de relaxation.

Selon un rapport établi par la Dresse F_____ le 12 décembre 2016, l'état de santé de l'assuré était resté stationnaire et sa capacité de travail était de 20% maximum dans le poste occupé en tant que brocanteur.

En conclusion, l'expertise de la PMU, qui est fondée sur un dossier incomplet et insuffisamment motivée, ne peut dès lors se voir reconnaître une pleine valeur probante. Ses conclusions sont en outre contredites par les rapports des médecins traitants du recourant. Au vu, des rapports précités, il apparaît en effet possible que le recourant souffrait encore d'une atteinte à santé invalidante au-delà du 15 juin

2016. Il se justifie en conséquence de faire procéder à une nouvelle expertise rhumatologique et psychiatrique.

14. Il sera donné suite à la demande de question complémentaire de l'OAI.

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

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise psychiatrique et rhumatologique de Monsieur A_____.
2. Commet à ces fins le docteur R_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et le professeur S_____, spécialiste FMH en rhumatologie.

Expertise psychiatrique :

1. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
 - a) prendre connaissance du dossier de la cause ;
 - b) si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assuré ;
 - c) examiner et entendre l'assuré, après s'être entouré de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes ;
 - d) si nécessaire, ordonner d'autres examens.
2. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :
 1. Anamnèse détaillée.
 2. Plaintes et données subjectives de la personne.
 3. Status clinique et constatations objectives.
 4. Diagnostics selon la classification internationale.
Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse).
 5. Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?
 6. Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ?
 7. Les plaintes sont-elles objectivées ?
 8. Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par l'assuré).

9. Dans quelle mesure des atteintes diagnostiquées ont-elles limité les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien depuis le 15 septembre 2014 ?
10. Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?
11. Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?
12. Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?
13. L'assuré a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ?
14. Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?
15. Veuillez évaluer la compliance médicamenteuse de l'assuré par dosage sanguin des médicaments qu'il prend, tant psychotropes qu'antalgiques.
16. Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?
17. Existe-t-il un trouble de la personnalité ou, une altération des capacités inhérentes à la personnalité ?
18. Quelles sont ses répercussions fonctionnelles (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à travailler et/ou en termes d'adaptation ? Motiver votre position.
19. De quelles ressources mobilisables l'assuré dispose-t-elle ?
20. Quel est le contexte social ? L'assuré peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?
21. Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible : cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de l'assuré à reconnaître sa maladie ?
22. Dans l'ensemble, le comportement de l'assuré vous semble-t-il cohérent ? Pourquoi ?
23. Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? Quel est le niveau

d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?

24. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, les limitations fonctionnelles qu'il entraîne
 - a) dans l'activité habituelle,
 - b) dans une activité adaptée.
25. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assuré, en pourcent,
 - a) dans l'activité habituelle,
 - b) dans une activité adaptée.
26. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution.
27. Évaluer la capacité de travail en pourcent dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, indiquer depuis quand une telle activité est exigible et comment elle a évolué dans le temps.
28. a) Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
b) Si une diminution de rendement est retenue, celle-ci est-elle déjà incluse dans une éventuelle réduction de la capacité de travail ou vient-elle en sus ?
29. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail.
30. a) Êtes-vous d'accord avec les conclusions consensuelle et individuelles des experts de la PMU (rapport du 14 août 2018)? Indiquer pour quelles raisons leurs avis sont confirmés ou écartés.
b) Êtes-vous d'accord avec les conclusions du Dr C_____ sur la capacité de travail du recourant (rapports des 21 août 2015 et 4 mai 2016) ?
c) Êtes-vous d'accord avec les conclusions de la Dresse F_____ sur la capacité de travail du recourant (rapports des 26 avril et 12 décembre 2016) ?
31. Indiquer si des mesures de réadaptation professionnelles sont envisageables.
32. Formuler un pronostic global.
33. Toute remarque utile et proposition de l'expert.

3. Invite l'expert à faire **une appréciation consensuelle du cas** avec l'expert rhumatologue s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.
4. Invite l'expert à déposer, **dans les meilleurs délais**, un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.

Expertise rhumatologique :

1. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
 - a) prendre connaissance du dossier de la cause ;
 - b) si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assuré ;
 - c) examiner et entendre l'assuré, après s'être entouré de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes ;
 - d) si nécessaire, ordonner d'autres examens.
2. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :
 1. Anamnèse détaillée.
 2. Plaintes et données subjectives de la personne.
 3. Status clinique et constatations objectives.
 4. Diagnostics selon la classification internationale.
Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse).
 5. Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?
 6. Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ?
 7. Les plaintes sont-elles objectivées ?
 8. Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par l'assuré).
 9. Dans quelle mesure des atteintes diagnostiquées ont-elles limité les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien depuis le 15 septembre 2014 ?
 10. Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le

comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

11. Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?
12. Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?
13. L'assuré a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ?
14. Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?
15. Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?
16. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, les limitations fonctionnelles qu'il entraîne
 - a) dans l'activité habituelle,
 - b) dans une activité adaptée.
17. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assuré, en pourcent,
 - a) dans l'activité habituelle,
 - b) dans une activité adaptée.
18. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution.
19. Évaluer la capacité de travail en pourcent dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, indiquer depuis quand une telle activité est exigible et comment elle a évolué dans le temps.
20. a) Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
b) Si une diminution de rendement est retenue, celle-ci est-elle déjà incluse dans une éventuelle réduction de la capacité de travail ou vient-elle en sus ?
21. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail.

22. Êtes-vous d'accord avec les conclusions consensuelle et individuelles des experts de la PMU (rapport du 14 août 2018)? Indiquer pour quelles raisons leurs avis sont confirmés ou écartés ?
 - b) Êtes-vous d'accord avec les conclusions du Dr C_____ sur la capacité de travail du recourant (rapports des 21 août 2015 et 4 mai 2016) ?
 23. Indiquer si des mesures de réadaptation professionnelles sont envisageables.
 24. Formuler un pronostic global.
 25. Toute remarque utile et proposition de l'expert.
3. Invite l'expert à faire **une appréciation consensuelle du cas** avec l'expert psychiatre s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.
 4. Invite l'expert à déposer, **dans les meilleurs délais**, un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.

La greffière

Isabelle CASTILLO

La présidente

Catherine TAPPONNIER

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