

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1903/2018

ATAS/381/2019

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 avril 2019

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié au PETIT-LANCY, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Eric MAUGUE

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Christian PRALONG, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), est né en 1967 en Turquie, où il a décroché une pré-licence en gestion d'entreprise de l'Université de Gazi. Il s'est établi en Suisse en 1988 et a obtenu un certificat fédéral de capacité à la Poste, où il a travaillé en qualité de facteur dès 1991. De 1994 à 1997, il a suivi des études universitaires en sciences économiques, puis en droit, tout en travaillant à 50 %. Ayant échoué aux examens, il a repris son activité à la Poste à 100 %. A ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Suva).
2. Le 3 février 2000, l'assuré a subi un choc à la nuque alors qu'il jouait au football, ce qui a entraîné une incapacité de travail complète jusqu'au 31 mai 2000 puis une rechute du 15 août au 9 octobre 2000, date à laquelle il a repris le travail à 50 %.
3. D'après les conclusions d'un rapport de la Clinique romande de réadaptation (CRR) du 11 juillet 2001, où l'assuré a séjourné du 11 avril au 16 mai, ce dernier présentait des cervico-dorsalgies chroniques, des discopathies protrusives cervicales étagées C5-C6, un canal cervical rétréci C4-C6 et une contusion cervicale. Les médecins ont notamment relevé une attitude coopérante par moments et parfois dysphorique et plaintive, avec des plaintes paraissant disproportionnées par rapport à la situation objective. Ils retenaient que l'assuré « *pouvait reprendre son activité à 50 %, moyennant évitement du port répété de charges et des mouvements répétitifs au-dessus des épaules. Cette activité pouvait être envisagée sur un plein temps* ». La capacité devait être réévaluée dès le 12 juin 2001.
4. Le 23 juillet 2001, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal d'assurance-invalidité (ci-après l'OAI), tendant à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession ou d'une rente.

Par la suite, l'OAI a recueilli de nombreux rapports médicaux concernant l'assuré et obtenu des informations de son employeur.
5. Le 27 août 2001, l'assuré a subi un coup du lapin lors d'un accident de la circulation.
6. Par décision du 20 juin 2003, l'OAI a pris en charge le reclassement en tant qu'informaticien de gestion entrepris par l'assuré auprès de l'Ecole supérieure d'informatique de gestion de Genève (ESIG) du 1^{er} septembre 2002 au 31 décembre 2005.
7. Le 30 juin 2004, l'assuré a abandonné la mesure de reclassement à la suite de son échec aux examens de fin d'année.
8. Dans un rapport d'examen neuropsychologique du 4 novembre 2005, Madame B_____, neuropsychologue, a indiqué que le tableau clinique était dominé par d'importantes difficultés attentionnelles interférant avec la passation des épreuves psychométriques, et dont l'intensité était vraisemblablement exacerbée par la souffrance psychique manifeste. Les données anamnestiques

évoquaient des problèmes cognitifs ayant des répercussions sur le rendement de l'assuré au travail. Au vu de l'importance de ses difficultés psychiques, il était difficile de se prononcer de manière fiable sur la sévérité des troubles. Dans ce contexte, une prise en charge psychothérapeutique était préconisée, de même qu'une évaluation préprofessionnelle.

9. Le 11 novembre 2005, l'assuré a été victime d'un nouvel accident, lors duquel sa voiture a été heurtée par l'arrière.
10. Le 30 mai 2006, l'OAI a confié une expertise psychiatrique au docteur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie. Dans son rapport du 10 juillet 2006, cet expert a en particulier relevé que l'inactivité dans laquelle l'assuré se trouvait depuis cinq ans était un terrain plus que favorable à l'amplification d'une fixation sur la symptomatologie douloureuse. Il a exclu toute atteinte ou limitation psychiatrique. Compte tenu de l'âge et des bonnes qualités intellectuelles de l'assuré, il était impératif d'entreprendre une nouvelle réadaptation afin d'éviter une évolution vers la sinistrose et une aggravation du tableau clinique.
11. A la demande de l'OAI, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a établi une expertise de l'assuré le 25 novembre 2006. A l'issue de l'étude du dossier, ce médecin a relaté les plaintes de l'assuré et son status, complété par des radiographies. Il a posé les diagnostics de status après nombreux accidents ayant atteint le rachis cervical, spondylose et spondylarthrose cervicale de la moitié inférieure du rachis cervical avec raideur partielle du rachis cervical inférieur et protrusion discale à deux niveaux, sans hernie discale manifeste ; de très léger trouble du rachis lombaire par petite bascule du bassin à droite ; et de spondylolisthésis L5-S1 du premier degré avec spondylolyse probable L5 bilatérale.

L'expert a estimé que l'état de la colonne vertébrale, fragilisée par quatre accidents successifs, était pratiquement stabilisé et pourrait être entretenu et amélioré par des mesures ciblées bien appliquées. Si l'assuré ne retrouvait pas une activité professionnelle régulière, même éventuellement partielle au début, il s'installerait dans cette chronicité et le pronostic deviendrait défavorable. Tous les médecins consultés s'accordaient sur l'impossibilité de travailler comme facteur. Les constatations radiologiques montraient qu'il y avait une pathologie sous-jacente, même relativement modérée, qui pouvait expliquer les douleurs. L'examen clinique avait montré une petite limitation de mobilité du rachis cervical, mais sans aucun trouble neurologique. L'expert a en outre commenté les rapports d'imagerie, précisant ne pas avoir retrouvé de hernie discale. Il avait l'impression que les plaintes de l'assuré étaient essentiellement subjectives. Il n'avait pas trouvé de justification clinique évidente à des plaintes aussi importantes. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables immédiatement à 100 %, dans une activité ne comprenant pas de position debout prolongée mais une alternance debout et assis, sans exercices répétitifs et sans soulèvement de poids importants ou de travail la tête penchée en avant. Les mesures qui avaient été proposées à l'assuré n'avaient malheureusement pas été pratiquées d'une manière idoine : en effet, la

CRR l'avait fait poncer, avec des exercices répétitifs, en position debout, la tête penchée en avant sur un établi, ce qui était certainement contre-indiqué. Les études en informatique nécessitaient également une position de la tête souvent penchée en avant et relativement immobile, ce qui n'était pas favorable. Trouver un travail adapté était certes difficile, mais il fallait à tout prix éviter d'envoyer l'assuré dans un atelier de formation professionnelle, et le diriger plutôt vers une profession intellectuelle. Le Dr D_____ préconisait la poursuite de l'acupuncture, la prise d'anti-inflammatoires et la reprise de la physiothérapie. Une activité de bureau, permettant de fréquents changements de position et éliminant toute station assise la tête penchée en avant en permanence, semblait adaptée.

12. L'OAI a pris en charge une formation dans le tourisme du 10 septembre 2007 au 22 juin 2008, suivie d'un stage dans une agence de voyages du 4 août 2008 au 1^{er} février 2009.
13. Le 24 janvier 2008, l'assuré est devenu conseiller municipal de sa commune.
14. Le 9 mai 2008, l'assuré a obtenu un diplôme de guide touristique de Genève.
15. Lors d'un bilan du 18 février 2010, l'OAI a conclu que l'orientation en tant qu'agent de voyage n'était pas adéquate. L'employeur avait constaté des connaissances touristiques et informatiques insuffisantes et évoquait des problèmes de comportement. L'assuré avait échoué au dernier examen, ce qu'il expliquait par les douleurs aux cervicales lorsqu'il travaillait de manière prolongée devant son ordinateur. Une mesure de coaching a été décidée pour travailler sur les aspects personnels posant actuellement problème pour l'accès à l'emploi.
16. Par décision du 15 décembre 2010, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente. La comparaison des revenus, soit CHF 66'310.- sans invalidité et CHF 45'615.- après invalidité – ce qui correspondait au revenu statistique de CHF 57'019.- issu du Tableau 1, ligne Total, de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), après abattement de 20 % – aboutissait à un degré d'invalidité de 31 %.
17. Dans le cadre du recours interjeté contre la décision de l'OAI devant la chambre de céans, l'assuré a notamment produit les rapports médicaux suivants, affirmant qu'ils énuméraient des lésions que le Dr D_____ n'avait pas prises en compte :
 - rapports du 5 et du 22 avril 2011 du docteur E_____, chirurgien au Centre hospitalier intercommunal Annemasse-Bonneville ;
 - rapport d'IRM cervicale du 15 avril 2011 ;
 - rapport de radiographies cervicales du 22 avril 2011 ;
 - rapport du docteur F_____, neurochirurgien, du 13 mai 2011.
18. Par ordonnance du 12 octobre 2012 (ATAS/1240/2012), la chambre de céans a confié une expertise orthopédique et neurologique aux docteurs G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, et H_____ ; spécialiste FMH en neurologie, médecins au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV). Elle a retenu

qu'une telle mesure s'imposait pour trancher la question controversée de la capacité de travail résiduelle de l'assuré depuis 2001, dès lors que l'expertise du Dr D_____ ne pouvait se voir reconnaître une pleine valeur probante.

19. Par décision du 17 juin 2013, l'Office cantonal de l'emploi a reconnu l'aptitude au placement de l'assuré du 6 février 2009 au 5 février 2011, et une inaptitude au placement dès le 21 septembre 2012, l'assuré ayant déclaré ne plus être disposé à exercer une activité lucrative dès cette date dans l'attente d'une décision de l'OAI.
20. A la demande du Service de neurologie du CHUV, les examens suivants ont été réalisés :
 - électroneuromyographe (ENMG) du 31 janvier 2013, lequel s'est révélé dans les limites de la norme ;
 - IRM cervicale et lombaire du 31 janvier 2013, révélant une discopathie cervicale multi-étagée prédominant aux étages C4-C5, C5-C6 et C6-C7, associée à un canal cervical étroit, sans myélopathie associée, des rétrécissements foraminaux multi-étagés prédominant aux étages C3-C4 et C4-C5, une discopathie L5-S1 avec antélisthésis de L5 sur S1 de grade 1 et rétrécissements foraminaux bilatéraux associés, et un kyste de Tarlov S2 à gauche ;
 - examen neuropsychologique du 29 janvier 2013, mettant en évidence un manque du mot, des troubles de la mémoire à court terme verbale et de travail, une faiblesse de la mémoire épisodique antérograde verbale, un dysfonctionnement exécutif et attentionnel et un ralentissement, ces facteurs diminuant le rendement et risquant de limiter la reprise professionnelle.
21. Dans leur rapport du 22 mars 2013, les expertes neurologues (Dresse H_____ et doctoresse I_____) ont posé les diagnostics suivants avec influence sur la capacité de travail : cervicalgies chroniques irradiantes au niveau scapulaire droit et au membre supérieur droit, avec spondylose et spondylarthrose cervicale, sans signes radiologiques de myélopathie ou de compression, d'origine probablement multifactorielle (post-traumatique, dégénérative, avec possible composante fonctionnelle) ; et troubles neuro-psychologiques stables depuis 2005 (manque du mot, ralentissement, troubles exécutifs et attentionnels, troubles mnésiques). Au titre de diagnostic sans influence sur la capacité de travail, elles ont retenu un discret héli-syndrome sensitivomoteur facio-bracio-crural droit, fluctuant, d'origine fonctionnelle, sans signes objectifs au status. Elles ont conclu à une incapacité de travail de 50 % depuis 2001, conformément aux constatations faites à la CRR. La capacité de travail était probablement restée stable depuis 2001. Une activité adaptée, sans port de charges, sans mouvements répétés et sans position fixe de la tête était raisonnablement exigible. Cela nécessitait toutefois une réhabilitation active avec de la physiothérapie intensive et une activité physique régulière. Une réinsertion professionnelle devrait être entreprise aux mêmes conditions. Le status montrait en effet un déconditionnement physique qui

entretenait probablement les douleurs. Les chances de réussite d'une réinsertion professionnelle étaient limitées au vu de la chronicité des symptômes et des précédents échecs de la réinsertion professionnelle. La capacité de travail ne pouvait pas être améliorée par des mesures médicales.

22. Dans leur expertise du 22 mai 2013, le professeur J_____, et les docteurs K_____ et L_____, spécialistes FMH en chirurgie orthopédique, médecins au CHUV, ont posé les diagnostics suivants : status après nombreux accidents du rachis cervical (1999, 2000, 2001 et 2005) ; cervicobrachialgies droites avec spondylose et spondylarthrose cervicale avec un rétrécissement foraminaux relatif multi-étagé, prédominant aux étages C3-C4 et C4-C5 ; et spondylolisthésis L5/S1 de grade I. Ils ont souligné que lors du séjour de l'assuré à la CRR, le médecin de la Suva avait conclu à une incapacité de travail de 50 % avec quelques limitations. A cet égard, les experts ont relevé : « *Nous connaissons très bien la rigueur qui caractérise les médecins de la Suva, et après un nouvel accident survenu en 2005, la capacité de travail ne pourra pas être améliorée et elle restera à 50 %* ». La capacité de travail était de 50 % depuis juin 2001. Une activité lucrative adaptée serait raisonnable avec quelques limitations (éviter le port de charges dépassant 5 kg, les mouvements répétitifs au-dessus des épaules, ainsi qu'une position fixe de la tête pendant plusieurs heures). Les chances de succès d'une réadaptation professionnelle étaient diminuées au vu de la chronicité de la symptomatologie douloureuse et des précédents échecs de formation et de réinsertion professionnelle. L'assuré pouvait travailler dans n'importe quelle activité adaptée à ses limitations, de préférence dans son domaine de formation (tourisme). La capacité de travail ne pouvait pas être améliorée par des mesures médicales ou chirurgicales, surtout en raison de la chronicité des plaintes.
23. A la demande de la chambre de céans, les expertes neurologues du CHUV lui ont transmis un consilium en date du 21 octobre 2013, dans lequel elles ont indiqué partager les conclusions de leurs confrères orthopédistes.
24. Les experts du CHUV ont par la suite établi des compléments d'expertise le 25 février 2014 et le 15 octobre 2014.
25. Par arrêt du 2 avril 2015 (ATAS/274/2015), la chambre de céans a rejeté le recours de l'assuré.

Elle a en substance retenu que la motivation des experts judiciaires n'était pas convaincante. En effet, les médecins de la CRR, aux conclusions desquels ils se référaient, s'étaient uniquement prononcés sur la capacité de travail de l'assuré dans son activité de facteur, et non pas dans une activité de remplacement. De plus, son déconditionnement ne présentait pas en soi les caractéristiques d'une atteinte à la santé, et l'inactivité n'était ainsi pas déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité. Les considérations des experts judiciaires ne permettaient en outre pas de renverser la présomption selon laquelle les effets des troubles somatoformes douloureux pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement

exigible. En outre, ils n'avaient pas indiqué pourquoi ils s'écartaient des conclusions du Dr D_____. Il convenait par ailleurs d'accorder une pleine valeur probante au rapport de ce dernier, selon lequel l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. La chambre de céans a également confirmé le calcul du degré d'invalidité de l'OAI, tout en soulignant qu'il conviendrait d'accorder une aide au placement à l'assuré.

26. Saisi d'un recours de l'assuré, le Tribunal fédéral l'a rejeté par arrêt du 24 mars 2016 (9C_371/2015).

Il a indiqué que le raisonnement de la chambre de céans apparaissait de prime abord contradictoire, dans la mesure où son ordonnance d'expertise niait la valeur probante de l'expertise du Dr D_____ tout en l'admettant dans son arrêt du 2 avril 2015, mais il a laissé ouverte la question de savoir si l'analyse de la valeur probante de cette expertise dans la décision incidente par le juge instructeur privait la chambre de céans dans sa composition ordinaire à trois juges de son large pouvoir d'appréciation des preuves. Il a relevé que la chambre de céans avait exposé de façon circonstanciée les raisons l'ayant conduite à écarter le rapport par les experts du CHUV et à retenir que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles durant la période litigieuse. Le Tribunal fédéral a ajouté que de sérieux doutes pouvaient être émis quant à la pertinence de l'évaluation rétrospective de la capacité de travail des experts du CHUV, dont l'assuré ne pouvait se prévaloir. Il existait une divergence d'opinion relative à la capacité résiduelle de travail entre le Dr D_____ et les médecins du CHUV. Dans la mesure où leurs conclusions avaient été posées à plus de six ans d'intervalle, rien ne permettait d'affirmer au degré de la vraisemblance prépondérante qu'elles portaient sur un état de fait similaire, d'autant moins que l'assuré avait mis en évidence l'évolution négative de son état de santé au fil des années. Si les déficits neuropsychologiques mis en évidence en 2005 et 2013 étaient susceptibles d'entraîner une diminution du rendement, l'absence de précision quant à l'ampleur de cette diminution ne permettait pas d'admettre, compte tenu également des avis des autres médecins, qu'elle atteignait un degré justifiant l'ouverture d'un droit à une rente. Cela étant, c'était à tort que la chambre de céans avait analysé la situation de l'assuré sous l'angle de la jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux, puisqu'aucune pièce ne laissait apparaître un diagnostic de cet ordre.

Le Tribunal fédéral a relevé que compte tenu des diagnostics posés par les experts du CHUV, il convenait de transmettre le dossier à l'OAI et de l'inviter à examiner si les conditions du droit à une rente étaient réalisées pour la période postérieure au 15 décembre 2010.

27. Le 28 juin 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'une expertise orthopédique, de médecine interne, neurologique et psychiatrique serait mise en œuvre. Il lui a transmis la liste des questions qui leur seraient soumises en l'invitant à la compléter, cas échéant.

28. Le 5 juillet 2016, l'assuré a contesté la nécessité des volets psychiatrique et de médecine interne de l'expertise.
29. Dans un rapport du 25 juillet 2016, le docteur M_____, spécialiste FMH en médecine interne, a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail des douleurs cervicales et céphalées du côté droit. L'assuré était épuisé par ses douleurs et le pronostic était réservé. L'incapacité de travail était totale dans l'activité de facteur. Le port de charges de plus de 5 kg était impossible. Ce médecin a indiqué que toutes les limitations fonctionnelles figurant dans le formulaire étaient présentes. La résistance et la capacité de concentration étaient limitées depuis 2011. Le rendement était réduit par les douleurs invalidantes. Une expertise était suggérée.
30. Dans un rapport du 16 septembre 2016, le Dr M_____ a pour l'essentiel repris le contenu de son rapport du 25 juillet 2015.
31. Le 9 décembre 2016, l'OAI a communiqué à l'assuré qu'une expertise orthopédique et neurologique serait réalisée par le Centre d'expertises médicales de Lancy (CEML) et l'a invité à faire valoir d'éventuels motifs de récusation à l'encontre des experts.

Le 13 janvier 2017, l'assuré a invité l'OAI à lui préciser le nom des experts. Il observait que le questionnaire d'expertise ne tenait pas compte des particularités de son cas.

Le 1^{er} mars 2017, le Centre d'expertises médicales (CEMed) a adressé une convocation à l'assuré en lui indiquant que les médecins examinateurs seraient les docteurs N_____, spécialiste FMH en neurologie, et O_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.

32. Dans leur rapport d'expertise du 11 juillet 2017, les Drs N_____ et O_____ ont précisé en préambule que le dossier était analysé et résumé par un médecin ne participant pas aux examens. Leur rapport final était en outre soumis en dernière relecture à un médecin n'ayant pas examiné l'assuré afin de juger de la clarté du texte et de la pertinence des conclusions.

Les experts ont procédé à une anamnèse. L'assuré se plaignait de douleurs cervicales latéralisées à droite, irradiant vers l'occiput et l'hémicrâne droit, vers la région scapulaire et dorsale droite, s'accompagnant de brachialgies droites avec fourmillements dans l'annulaire et l'auriculaire. Ces douleurs irradiaient aussi de la région dorsale et scapulaire vers le flanc droit et descendaient dans le membre inférieur droit jusqu'à la cheville. Au plan neurologique, il décrivait une douleur non systématisée à point de départ cervical, avec irradiation proximale vers l'occiput et l'hémicrâne droit, et distalement à tout l'hémicorps droit. Il ne pouvait pas maintenir la même position plus de 25 minutes sous peine de voir la douleur s'exacerber, la cervicalgie devenant insupportable et ses yeux rouges. Le port d'un simple sac de courses du côté droit augmentait les douleurs. Il annonçait également une contracture cervicale droite, et la survenue occasionnelle d'une douleur de type névralgique au niveau intercostal à droite. Il signalait encore des pertes d'équilibre,

sans chute. Il disait devoir se concentrer davantage pour retenir les nouvelles informations, alors que les souvenirs antérieurs à 2001 restaient bien acquis. Il était à l'aise avec les nouvelles technologies et supervisait les devoirs de ses filles.

A l'issue de leurs status, les experts ont relevé que l'assuré avait été adéquat et collaborant, mais parfois démonstratif et majorant quelque peu ses plaintes. Au sujet des documents radiologiques, ils ont noté que les différents bilans IRM avaient confirmé les discopathies pluriétagées du segment cervical inférieur avec un canal cervical étroit, sans myélopathie, et des rétrécissements foraminaux décrits tantôt à droite et tantôt à gauche et à des niveaux différents, rendant leur interprétation difficile. Toutefois, entre l'IRM cervicale de 2010 et celle de 2013 réalisée au CHUV, il ne semblait pas y avoir d'aggravation significative des lésions objectivées, à savoir l'apparition d'une myélopathie sur compression disarthrosique ou une compression radiculaire foraminale avec une nette corrélation radio-clinique.

Sur le plan orthopédique, l'assuré présentait surtout des troubles dégénératifs pluri-étagés avec un canal cervical étroit. Ces cervicalgies avaient certainement une origine dégénérative et avaient été exacerbées par les quatre accidents subis. La situation actuelle était stabilisée et les plaintes de l'assuré, quoique mal systématisées, étaient constantes et de description identique depuis environ 2001. L'examen clinique avait peu évolué. On retrouvait quasiment le même status clinique que lors des expertises antérieures, avec une mobilité de la nuque assez bien conservée mais douloureuse, surtout lors des manœuvres de Spurling, ce qui était caractéristique des douleurs cervico-arthrosiques. D'un point de vue médical, la situation semblait donc stable. Il n'y avait pas d'autre traitement à envisager qu'une simple prise en charge conservatrice. Sur le plan professionnel, l'activité de facteur n'était plus exigible. Les limitations fonctionnelles, pour partie semblables à celles retenues à la CRR en 2001, consistaient à éviter les situations en position fixe et prolongée de la tête, les mouvements répétitifs de la nuque et des membres supérieurs au-dessus du plan des omoplates, et le port de charge de plus de 5 kg. Les ressources de l'assuré étaient suffisamment développées sur le plan intellectuel, au vu de sa formation universitaire, pour lui permettre de trouver une activité adaptée à ses capacités. Si l'on se basait sur les éléments objectifs radiologiques comparés aux examens cliniques antérieurs, notamment dans les expertises du Dr D _____ et du Pr J _____, il n'y avait pas d'aggravation significative entre 2010 et le jour de l'expertise.

Du point de vue neurologique, l'assuré présentait depuis février 2000 des cervicalgies chroniques. Les symptômes avaient cependant permis la poursuite d'activités associatives, d'une vie familiale harmonieuse et de la conduite automobile. Si les cervicalgies étaient apparues à la suite des accidents, seul un substrat dégénératif avait pu être mis en évidence. Les accidents de la voie publique de 1999 et de 2005 pouvaient avoir engendré une distorsion de la colonne cervicale. L'assuré mentionnait une aggravation des cervicalgies après l'accident de 2005,

alors que les plaintes semblaient stables et soulagées par une antalgie simple entre 2000 et 2005. Depuis une date difficile à déterminer, la cervicalgie s'accompagnait d'une irradiation non systématisée à l'hémicorps droit, qui dépassait totalement une distribution radiculaire. Par ailleurs, l'assuré mentionnait des céphalées sans précision. Cette plainte, apparue avec retard dans la chronologie des événements, ne pouvait être assimilée à un syndrome post-commotionnel. Les examens neuropsychologiques pratiqués en 2005 et 2013 mettaient essentiellement en avant une lenteur. Par ailleurs, les ENMG ne permettaient pas de mettre en évidence une atteinte radiculaire. L'ensemble des consultations médicales, notamment celle du CHUV en 2013, soulignaient l'absence de constatation objective. Les incongruences cliniques étaient mentionnées de façon claire dans l'expertise neurologique de 2013. L'évaluation clinique de la Dresse N_____ était à nouveau exempte d'anomalies objectives. Il existait des discordances entre les plaintes et les capacités fonctionnelles décrites dans la vie quotidienne (utilisation des nouvelles technologies, engagement comme conseiller municipal). Les conclusions de l'expertise neurologique de 2013 retenant une incapacité de travail de 50 % en raison des cervicalgies chroniques ne pouvaient être suivies du strict point de vue neurologique. L'ensemble du dossier médical et paramédical de l'assuré rendait en effet compte de cervicalgies chroniques sur un trouble dégénératif de la colonne cervicale, très peu évolutif, sans retentissement neurologique constaté cliniquement ou dans les examens complémentaires, et ne justifiait pas une incapacité de travail.

Par ailleurs, les experts neurologues du CHUV mentionnaient des limitations cognitives globalement superposables à celles du précédent examen du 4 novembre 2005. A nouveau, celles-ci restaient sans substrat neurologique et leur interprétation restait sujette à caution du fait que l'assuré n'avait probablement pas donné la pleine mesure de ses capacités. De plus, certaines des références scientifiques avancées dans l'expertise du CHUV de 2013 étaient en lien avec des traumatismes crâniens ou cranio-cérébraux, clairement éloignées de la problématique de l'assuré. Au vu du dossier, seules pouvaient être retenues au plan neurologique une cervicalgie chronique simple depuis 2001 et une distorsion de la colonne cervicale de grade I selon l'échelle de la Québec Task Force à la suite de l'accident de 2005. La situation ne s'était pas aggravée depuis 2010.

Les experts ont ajouté que l'assimilation de la distorsion de la colonne cervicale à un trouble somatoforme aurait pu se discuter. Toutefois, l'expertise du Dr C_____ en 2006 avait exclu une pathologie psychiatrique. Le Tribunal fédéral avait en outre critiqué l'application de sa jurisprudence sur les troubles somatoformes au cas présent, et une évaluation psychiatrique avait été refusée par l'assuré. L'examen des indicateurs de cohérence montrait des incongruences cliniques, par exemple des mouvements spontanés en contradiction avec les limitations lors de l'examen clinique. Il existait également des incohérences entre les plaintes détaillées et les activités possibles dans la vie quotidienne, soit la conduite automobile, ainsi que l'engagement auprès de la famille et différents organes associatifs. Par ailleurs,

l'assuré ne décrivait pas de conflit familial et semblait bénéficier d'un environnement favorable à la mobilisation de ses ressources, lesquelles étaient conservées.

Les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail étaient les suivants : cervicalgies chroniques avec brachialgies droites sur spondylose et spondylarthrose pluri-étagée C4-C5 et C5-C6 et C6-C7 avec canal cervical étroit, sans myélopathie et rétrécissements foraminaux C3-C4 et C4-C5 (M 47.82) dès 2000 ; et cervicalgies chroniques et distorsion de la colonne cervicale de grade I depuis le 3 février 2000. Les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail étaient un spondylolisthésis L5-S1 de grade 1. Une activité adaptée était possible moyennant un poste de travail ergonomique à raison de 8 heures par jour sans diminution de rendement depuis le séjour à la CRR en juin 2001.

33. Dans son avis du 15 août 2017, le docteur P_____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a qualifié l'expertise de convaincante. Il n'y avait pas lieu de s'écarter de ses conclusions. Le début de l'aptitude à la réadaptation était fixé au 11 juin 2001.
34. Le 7 février 2018, le Dr P_____ a reporté la date du début de l'exigibilité de la réadaptation à novembre 2001 pour tenir compte du fait que l'expertise du CEMed ne retenait pas d'aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis cette date.
35. Le 2 mars 2018, l'OAI a adressé un projet de décision niant le droit à une rente à l'assuré. Il a considéré que ce dernier n'avait pas subi d'aggravation de son état de santé durant la période postérieure au 15 décembre 2010, si bien que le degré d'invalidité de 31 % établi à l'époque était maintenu.
36. Par décision du 2 mai 2018, l'OAI a confirmé les termes de son projet.
37. Par écriture du 4 juin 2018, l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'intimé. Il a conclu, sous suite de dépens, préalablement à son audition, à l'octroi d'un délai pour le dépôt de la liste de témoins, à l'audition du Dr M_____, à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise neurologique et orthopédique en impartissant un délai aux parties pour proposer des noms d'experts, et sur le fond à l'annulation de la décision de l'intimé, à ce qu'il soit constaté qu'il présentait une incapacité de travail d'au moins 50 % depuis le 16 décembre 2010, et à ce que l'intimé soit condamné à lui verser une rente d'invalidité dès le 16 décembre 2010, avec intérêts à 5 % l'an dès le 1^{er} septembre 2014 (date moyenne) et intérêts à 5 % l'an sur les rentes futures à compter du dépôt du recours.

Le recourant a contesté la valeur probante de l'expertise du CEMed, laquelle était en contradiction avec l'expertise judiciaire. Les médecins du CEMed n'avaient entrepris aucun examen de laboratoire, ENMG, ou examen neuropsychologique complémentaire. Aucune imagerie n'avait été établie, les pièces examinées par les experts étant celles déjà appréciées par les experts judiciaires en 2013. En outre, le rapport d'expertise précisait que le dossier était préalablement analysé et résumé par un médecin ne participant pas aux examens. Or, le nom de ce médecin n'avait

pas été communiqué au recourant, en violation de son droit d'être entendu. Les experts avaient indiqué qu'il n'avait pas donné la pleine mesure de ses capacités lors des tests neuropsychologiques de 2005 et 2013, alors que ces éléments ne ressortaient pas des rapports établis à l'époque. En outre, les experts se fondaient sur l'analyse de la CRR établie 17 ans auparavant pour estimer que la collaboration n'était pas entière. Ils se référaient à la formation universitaire de l'expertisé pour conclure à des ressources développées. Cette appréciation apparaissait erronée, dès lors qu'il n'avait jamais achevé de formation universitaire.

Les diagnostics retenus comme ayant une influence sur la capacité de travail du recourant présentaient une forte similitude avec l'expertise du CHUV et étaient largement plus étendus que ceux de l'expertise antérieure au 15 décembre 2010. Le Tribunal fédéral avait jugé l'expertise judiciaire suffisamment probante pour estimer qu'une aggravation de son état de santé était vraisemblable. Ainsi, une nouvelle expertise judiciaire devait être mise en œuvre afin de clarifier les divergences d'interprétation des experts et d'établir sans équivoque la capacité de travail du recourant pour la période postérieure au 15 décembre 2010. En tout état de cause, il aurait dû être mis au bénéfice de prestations d'invalidité dès le 16 décembre 2010, dès lors qu'il présentait une incapacité de travail d'au moins 50 % depuis cette date.

38. Dans sa réponse du 3 juillet 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. L'absence d'examen radiologiques ou neuropsychologiques ne suffisait pas à nier la valeur probante de l'expertise, dont les modalités étaient laissées au libre arbitre des médecins. Les Drs O_____ et N_____ avaient en outre fondé leurs conclusions sur le status actuel du recourant. Ce dernier ne démontrait pas l'existence d'éléments objectivement vérifiables et suffisamment pertinents qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise. La mise en œuvre de mesures d'investigation complémentaires par la chambre de céans était superflue.
39. Par réplique du 13 août 2018, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a reproché à l'intimé d'avoir fait abstraction de la violation de son droit d'être entendu.
40. Dans sa duplique du 25 septembre 2018, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Il a contesté la violation du droit d'être entendu, soutenant que le nom des experts avait été indiqué au recourant dans le courrier du 1^{er} mars 2017 et qu'aucun motif de récusation n'avait été soulevé à leur rencontre. En outre, il était contraire à la bonne foi d'attendre de connaître le résultat de l'expertise avant de se plaindre du choix de l'expert.
41. Dans ses détermination du 3 octobre 2018, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a rappelé que le nom du médecin tiers impliqué dans l'expertise ne lui avait pas été communiqué, et qu'il en ignorait la participation jusqu'à réception du rapport d'expertise.
42. Copie de cette écriture a été adressée à l'intimé le 4 octobre 2018.

43. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

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. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le présent recours est recevable.

3. Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant, plus précisément sur le point de savoir s'il s'est aggravé dans une mesure ouvrant le droit à la rente depuis le 15 décembre 2010.

4. En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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.

5. Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque

de la décision litigieuse (arrêts du Tribunal fédéral 9C_89/2013 du 12 août 2013 consid. 4.1 et 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

6. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), 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 convient 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 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

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

d) S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

7. Dans un arrêt de principe de 2011, le Tribunal fédéral a établi des exigences accrues en matière de participation des assurés lorsqu'une assurance sociale diligente une expertise, eu égard à leur droit d'être entendus. Ces exigences comprennent le droit de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées, et d'en formuler d'autres (ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9).

Ces exigences ressortent également des art. 57 ss de la loi sur la procédure civile fédérale (PCF – RS 273), applicables par analogie à la procédure administrative (Marco WEISS, *Die Mitwirkungsrechte der Bundeszivilprozessordnung im Sozialversicherungsrecht : aktuelle Entwicklungen in der bundesgerichtlichen Rechtsprechung in AJP* 2016 p. 1214).

Le fait pour une assurance de ne pas permettre à un assuré d'exercer les prérogatives résultant de son droit d'être entendu, soit en particulier celui de se prononcer sur la nomination de l'expert, sur les questions à poser, ainsi que sur le résultat de l'expertise, relève d'une grave violation de ce droit (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 22/03 du 10 juillet 2003 consid. 4). Ce vice ne peut être réparé lorsque l'expertise constitue l'élément central et prépondérant de l'instruction (RAMA 2000 n° U 369 p. 104 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 265/04 du 23 septembre 2005 consid. 2.3).

8. En l'espèce, il convient en premier lieu de se déterminer sur le grief d'ordre formel soulevé par le recourant, eu égard à la mention d'un médecin impliqué dans la relecture de l'expertise du CEMed, dont le nom ne lui a pas été communiqué. Il est souhaitable que les assurés soient informés de l'identité du médecin appelé à participer à l'établissement et à la vérification du rapport, afin qu'ils puissent faire valoir d'éventuels motifs de récusation.

Cela étant, il semble que la pratique du CEMed consiste à systématiquement recourir à un médecin qui ne participe pas à l'expertise proprement dite afin de vérifier si les conclusions de ses confrères sont compréhensibles. Le rôle de ce

médecin paraît ainsi se limiter à un examen de la cohérence formelle du rapport d'expertise, de sorte que son intervention ne doit en principe pas avoir de portée matérielle.

Dans le cas d'espèce, la relecture de l'expertise par un médecin dont le nom n'a pas été communiqué au recourant ne suffit ainsi pas à admettre une violation du droit d'être entendu, compte tenu de l'absence de répercussions sur le fond de son intervention. On peut du reste se demander si, par analogie avec le principe tiré de la bonne foi dictant qu'un motif de récusation doit être invoqué immédiatement, sans attendre une procédure de recours subséquente (arrêt du Tribunal fédéral 9C_519/2011 du 5 avril 2012 consid. 3.1), le recourant – assisté d'un avocat – aurait dû faire valoir cette violation alléguée de son droit d'être entendu lorsque le rapport de l'expertise lui a été communiqué, et non au stade de la présente procédure.

9. Par ailleurs, au plan formel, l'expertise des Drs O_____ et N_____ comprend tous les éléments nécessaires pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, puisque ces médecins ont pris connaissance du dossier du recourant, établi son anamnèse, recueilli ses plaintes et relaté les résultats de leurs examens cliniques. Sur le fond, elle emporte également la conviction dès lors que ses conclusions sont soigneusement motivées. En particulier, la neurologue a exposé les motifs qui l'amenaient à s'écarter de l'appréciation des Dresses I_____ et H_____. Quant aux résultats des examens neuropsychologiques, on doit donner raison au recourant en tant qu'il relève que les rapports d'examens ne permettent pas de conclure à un défaut de collaboration. Cela étant, on peut néanmoins se rallier à l'analyse de la Dresse N_____, qui conclut uniquement à une lenteur et n'en déduit pas de diminution de rendement. Le recourant reproche en outre aux experts de ne pas avoir procédé à de nouveaux examens, notamment radiologiques. Or, il faut souligner qu'ils avaient à disposition les documents d'imagerie réalisés jusqu'en 2013. En outre, dans la mesure où l'état était stabilisé selon leurs constatations et que le status clinique n'avait pas évolué, de nouveaux examens n'étaient pas indispensables. Ce grief tombe ainsi à faux. Par ailleurs, le recourant ne peut être suivi en tant qu'il tire argument des constatations des experts du CHUV, l'absence de valeur probante de leur rapport ayant été confirmée par le Tribunal fédéral. S'agissant du fait que des diagnostics plus étendus auraient été posés, il faut rappeler qu'un nouveau diagnostic ne constitue pas encore en lui-même une aggravation ou une modification notable de l'état de santé ou des circonstances entourant le droit à la rente au sens de l'art. 17 LPGA, dès lors que seule la répercussion de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail importe pour juger du droit aux prestations d'un assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_793/2011 du 30 juillet 2012 consid. 4.1). Dans la mesure où l'état clinique ne s'est pas modifié, un nouveau diagnostic ne suffit ainsi pas à admettre une entrave à la capacité de gain. Enfin, en ce qui concerne les ressources intellectuelles mentionnées par les experts, qu'ils illustrent notamment par le parcours académique du recourant, il faut

souligner qu'elles ont été évoquées en lien avec le caractère réaliste de l'exercice d'une activité adaptée du point de vue du marché du travail. Il ne s'agit cependant pas là d'un élément pertinent dans l'appréciation médico-théorique de la capacité de travail. Partant, son inexactitude ne porte pas à conséquence au stade de l'expertise médicale.

On précisera encore que les rapports du Dr M_____ de juillet et septembre 2016, retenant des limitations fonctionnelles présentes dès 2011, ne suffisent pas à renverser l'absence d'aggravation établie par les experts du CEMed. En effet, ces rapports paraissent erronés dès lors que plusieurs des limitations fonctionnelles énumérées (notamment l'exclusion du port de charges) sont en réalité antérieures à 2011 et ont été prises en compte par les experts. Le Dr M_____ a du reste lui-même préconisé une expertise médicale.

Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans n'a pas de motif de s'écarter des conclusions des experts, qui confirment que le recourant continuait à disposer d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée après le 15 décembre 2010. Par conséquent, elle ne donnera pas suite aux requêtes du recourant tendant à la mise en œuvre de mesures d'instruction et d'une expertise judiciaire, par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1).

Le degré d'invalidité du recourant ne s'étant pas modifié dans une mesure ouvrant le droit aux prestations après décembre 2010, la décision de l'intimé doit être confirmée.

10. Le recours est rejeté.

Le recourant, qui succombe, supporte l'émolument de procédure de CHF 200.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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