



### **EN FAIT**

1. Arrivé en Suisse en 1988 et naturalisé en 2003, T\_\_\_\_\_ (né en 1967) est titulaire d'une « pré-licence » en gestion d'entreprise touristique d'une université turque et d'un certificat d'apprentissage à la Poste Suisse (ci-après : La Poste).
2. Le 25 juillet 2001, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal d'assurance-invalidité (OAI) tendant à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession, et/ou d'une rente. A l'appui de sa demande, il a fait valoir qu'il se trouvait en incapacité de travail partielle (50%) depuis le 21 mai 2001, à la suite d'un accident de football survenu le 3 février 2000.
3. Un scanner de la colonne cervicale, effectué par le Dr A\_\_\_\_\_ le 8 mars 2000, a mis en évidence une hernie discale intra-canalair C5-C6 latéralisée du côté droit, une protrusion discale à l'étage sus-jacent et un petit osteophyte intra-canalair à l'étage sous-jacent. A l'étage C4-C5, il y avait une protrusion du matériel discal le long de la paroi antérieure du sac thécal.
4. Deux électroneuromyographies, effectuées le 23 mars et le 8 septembre 2000 par le Dr B\_\_\_\_\_, neurologue, n'ont montré aucun signe d'atteinte des nerfs médians aux carpes ou lésionnelle radiculaire C7-C8, ni de signes lésionnels dans les territoires radiculaires compris entre C5 et C8-D1 au membre supérieur droit. Selon l'appréciation du neurologue, il pourrait s'agir d'une irritation radiculaire C7 ou C8 droite, liée à ce canal étroit, sans véritable hernie discale, qu'il valait la peine de continuer à traiter conservativement (rapport du Dr B\_\_\_\_\_ du 11 septembre 2000)..
5. Dans un courrier du 20 avril 2000 au Dr C\_\_\_\_\_ (médecin traitant depuis février 2000), le Dr D\_\_\_\_\_, neurochirurgien et chef de service adjoint aux H.U.G., a indiqué qu'en dehors de l'image effective d'un débord discal C5-C6 gauche, dans un contexte de canal très large, on pouvait observer une clinique très nettement favorable avec disparition du syndrome radiculaire compressif.
6. Dans un rapport d'IRM cervicale du 29 août 2000, la Dresse E\_\_\_\_\_ a mentionné une discopathie protrusive cervicale étagée prédominant en C5-C6 avec composante de petite hernie discale para médiane droite et ébauche du canal cervical rétréci de C4 à C6 sur lésions dégénératives disco-vertébrales. En C6-C7, il existait une discopathie protrusive sans hernie constituée. Le cordon médullaire cervical était de taille et de signal conservés.

7. Dans un courrier du 11 décembre 2000, le Dr D\_\_\_\_\_ a estimé que, comme le relevait le Dr C\_\_\_\_\_, le patient faisait une véritable fixation sur ses plaintes, qui ne s'expliquaient pas sur le plan radiologique, vu un « modeste débord C5-C6 ».
8. Dans un rapport du 15 mars 2001, le médecin d'arrondissement de la SUVA (Dr F\_\_\_\_\_), après avoir retenu une nouvelle rechute depuis le mois d'août 2000, a constaté que, radiologiquement, on retrouvait des signes de spondylodiscartrose et discopathie étagée au niveau cervical avec rétrécissement des trous de conjugaison de C3 à C5. L'état n'était pas encore stabilisé. A cet égard, le Dr F\_\_\_\_\_ s'est fondé sur une radiographie de la colonne cervicale pratiquée le 14 mars précédent par le Dr G\_\_\_\_\_, montrant une discrète scoliose cervicale sinistro-convexe, une rectitude de tout le segment cervical, une discopathie modérée à sévère étagée de C3 à C6 et une spondylo-discathrose modérée C6-C7 avec ostéophytes antérieurs et postérieurs, ainsi qu'une diminution des trous de conjugaison C3-C4 et C4-C5 à gauche et une minime diminution du trou de conjugaison C3-C4 droit. L'apophyse odontoïde était parfaitement centrée et le canal cervical était de dimension normale.
9. D'après les conclusions d'un rapport de la Clinique romande de réadaptation (CRR) du 11 juillet 2001, où il a séjourné du 11 avril au 16 mai 2001 à la demande du Dr F\_\_\_\_\_, le patient pouvait reprendre une activité à 50%, moyennant évitement du port répété de charges et des mouvements répétitifs au-dessus des épaules. Lorsque les mouvements étaient répétitifs, l'assuré se plaignait de cervicalgies et tous les travaux effectués au-dessus du niveau des épaules et les transports de charges supérieures à 5 kg avaient été refusés par lui en raison des probables douleurs.
10. Une échographie des parties molles du cou du 10 juillet 2001, effectuée par la Dresse E\_\_\_\_\_ n'a montré aucune anomalie des masses musculaires para-vertébrales et trapéziennes bilatérales.
11. Selon le questionnaire pour employeur du 3 août 2001, l'assuré travaillait pour La Poste depuis février 1991 comme facteur (distribution des lettres à vélomoteur), à plein temps (42h. par semaine). Suite à son accident, il était occupé au tri du courrier et à « l'aide générale », depuis le 9 octobre 2000. Son dernier salaire s'élevait à 69'795 fr. par an, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2001.
12. Dans son rapport du 29 août 2001, destiné à l'OAI, le Dr C\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics, ayant des répercussions sur la capacité de travail, suivants : contusion cervicale para-médiane, discopathie protrusive cervicale étagée prédominant en

C5-C6 et petite hernie discale para-médiane droite ; ébauche de canal étroit C4-C6 sur lésion dégénérative disco-vertébrale ; irritation radriculaire C7-C8 droite ; cervico-dorsalgie chronique post-traumatique ; troubles statiques du dépens antérieur de la tête avec disbalance musculaire des muscles de la ceinture cervico-scapulaire. A ce titre, l'intéressé avait subi une incapacité complète de travail du 4 février au 8 octobre 2000, une incapacité à 50% du 9 octobre 2000 au 28 février 2001, une incapacité totale du 1er mars au 10 juin 2001, puis à 50% depuis le 11 juin 2001, pour une durée indéterminée. Dans l'activité habituelle de facteur, la capacité de travail exigible était de 50% depuis le 11 juin 2001 ; dans une activité adaptée, sans port de poids supérieur à 3 kg, ni flexions de la tête, la capacité de travail résiduelle était « vraisemblablement 50% ». Le praticien a en outre retenu les limitations fonctionnelles suivantes : limitation du bras droit, inclinaison du buste, tenue du corps dans la même position plus de 2-3 heures par jour, se baisser, travail en hauteur /sur échelle, mouvements répétitifs du tronc, flexion du tronc.

13. Dans un courrier (non daté), reçu le 10 octobre 2001, l'employeur a indiqué que l'assuré avait pu reprendre une activité à raison de 50% depuis le 4 juin 2001, au tri du courrier et non sur un service de distribution. A ce dernier propos, une note d'entretien téléphonique avec l'employeur, rédigée par le gestionnaire du dossier AI le 19 octobre suivant, précise : « Faux, occupé à faire de la distribution allégée ».
14. Selon un avis du médecin-conseil de l'AI du 26 octobre 2001, l'assuré présentait de l'arthrose de la colonne cervicale, avec discopathie, mais l'IRM ne confirmait pas la présence d'une hernie discale. Une sollicitation très importante de la nuque pouvait expliquer la survenance de douleurs, ce qui pouvait être le cas comme facteur de courrier. « Mais voir pour un poste avec moins de sollicitations de la nuque et on peut s'attendre à une capacité de 100% (50% dans ce métier) ».
15. Le 29 octobre 2001, l'OAI a confié le dossier à sa division de réadaptation professionnelle, afin d'évaluer les possibilités de reclassement professionnel de l'assuré dans une activité adaptée.
16. Auparavant, le 27 août 2001, l'assuré a été victime d'un accident de circulation (« coup du lapin »), à la suite duquel il a constaté une recrudescence des maux de tête, une exacerbation des difficultés mnésiques et des troubles de la concentration.
17. Une tomодensitométrie axiale computerisée (TAC) cervicale du 4 décembre 2001 a mis en évidence une protrusion discale en C4-C5 de localisation médiane et paramédiane gauche appuyant discrètement sur la partie antérieure gauche du fourreau dural ; une protrusion discale ostéophytaire en C5-C6 et « surtout » C6-

C7 ; cette dernière est de localisation paramédiane gauche appuyant sur la partie antérieure gauche du fourreau dural à l'émergence de racine C7 gauche ; cervicarthrose étagée prédominant en C6-C7. Les trous de conjugaisons étaient libres et il n'existait pas de tassement vertébral.

18. Dans un rapport du 15 mars 2002 destiné à l'OAI, le Dr H\_\_\_\_\_, de la permanence médico-chirurgicale de Chantepoulet SA, a estimé que l'activité de facteur n'était plus exigible. Une activité adaptée était envisageable, à 100%, depuis le 27 novembre 2001, dans un poste évitant les mouvements répétitifs, le port de charges de plus de 5 kg, la position à genoux et accroupie, l'inclinaison du buste, ainsi que le travail en hauteur.
19. Un examen myographique effectué le 25 mars 2002 par le Dr I\_\_\_\_\_, neurologue, au niveau de la musculature cervicale et brachiale, des deux côtés dans les myotomes C2-D1, n'a mis en évidence aucun signe de dénervation pouvant être attribué à une lésion radiculaire. Tout au plus pouvait-on observer à gauche une minime dénervation dans le rhomboïde.
20. Dans un courrier du 4 septembre 2002, le Dr J\_\_\_\_\_, médecin-conseil de La Poste, a attesté que l'assuré était totalement inapte à travailler en tant que fonctionnaire de distribution, ainsi que pour toute autre activité impliquant la station debout et le port de charges supérieures à 5 kg. Dans une activité adaptée, le cas échéant avec possibilité d'alterner les positions, l'assuré serait apte à travailler immédiatement, d'abord à 50%, puis rapidement à 100%.
21. Dans deux notes des 9 septembre et 14 décembre 2002, le médecin-conseil de l'AI, a retenu que l'activité exercée de facteur pouvait solliciter « trop » la colonne cervicale, « donc voir pour une activité mieux adaptée (100%) » ; l'atteinte et les troubles observés étaient légers, « donc si son travail impose des mouvements répétitifs très fréquents, alors il faut voir pour un travail mieux adapté. Donc c'est un cas très limite pour justifier un changement de travail, ce que l'assuré souhaite vivement car il a une bonne formation de base et qu'il n'est probablement pas très intéressé par son travail à la poste. Dans son métier actuel, le médecin traitant parle d'une diminution de 50%, donc il persiste certainement une bonne capacité de travail résiduelle. Mais nouvel accident le 27.8.2001 : à voir. Du moins, on sait que le problème central antérieur ne l'empêchait pas de conduire ».
22. Dans un rapport du 26 août 2002 destiné au Dr K\_\_\_\_\_, médecin traitant généraliste, le Dr L\_\_\_\_\_ (spécialiste en médecine interne) a diagnostiqué des cervicalgies chroniques. Le patient était en incapacité de travail totale depuis le 27 novembre 2001 et était définitivement inapte à reprendre une activité en tant que

fonctionnaire de distribution. Il pourrait être autorisé à occuper, à plein temps, un poste de travail ne nécessitant pas de port de charges supérieures à 5 kg, étant précisé que « si on pouvait alterner les positions assis/debout, ce serait mieux mais pas indispensable ».

23. Dans un rapport du 20 septembre 2002, le Dr M\_\_\_\_\_, à la Division de rhumatologie des H.U.G., a retenu que le patient présentait des cervicalgies chroniques évoluant depuis février 2000. Sur le plan radiologique, plusieurs examens de Scanner et IRM avaient montré des troubles dégénératifs de C3 à C7 avec surtout ostéophytose vertébrale postérieure prédominant en C5-C6 et C6-C7 avec discrète diminution du trou de conjugaison C6-C7 à gauche. La situation était cependant supportable et contrôlée sous un traitement d'acupuncture et d'antalgiques et moyennant l'exclusion de l'activité professionnelle qui nécessitait des ports de charges répétés et n'était probablement plus exigible. Le patient présentait une symptomatologie invalidante qui s'était chronicisée. Selon le consensus de la CRR du 11 juillet 2001, l'assuré pouvait reprendre une activité professionnelle adaptée à 50%.
24. Dans un rapport du 26 janvier 2003, le Dr K\_\_\_\_\_ a renvoyé pour l'essentiel aux conclusions du Dr L\_\_\_\_\_ du 26 août 2002, « qui résumait très bien la situation ». Il a en outre préconisé le financement de trois années de formation auprès de la Haute Ecole de gestion de Genève, le patient ayant un niveau universitaire.
25. Dans un courrier du 19 mai 2003, La Poste a informé l'OAI que l'intéressé avait été déclaré inapte à poursuivre son activité professionnelle au sein de l'entreprise. De l'avis de son service médical, celui-ci pourrait avoir une capacité de travail d'au moins 50%, voire même de 100% dans une activité adaptée.
26. Du 1<sup>er</sup> septembre au 14 novembre 2002, l'assuré a entrepris une formation (prévue sur deux ans) en informatique de gestion auprès de l'Ecole supérieure d'informatique de gestion de Genève (ESIG). Il n'a toutefois pas pu terminer l'examen de programmation en raison, selon lui, du maintien d'une position trop statique et de pression au niveau de la nuque, et de son incapacité à gérer le stress.
27. Selon le rapport de la division de réadaptation professionnelle du 18 juin 2003, l'assuré avait indiqué qu'étant peu habile manuellement, un stage au CIP (prévu du 24 février au 25 mai 2003) ne serait guère porteur.
28. Par décision du 20 juin 2003, l'OAI a pris en charge rétroactivement le reclassement professionnel suivi du 1<sup>er</sup> septembre au 14 novembre 2002 à l'ESIG,

octroyé des indemnités journalières AI d'attente du 15 novembre 2002 au 31 août 2003, et mis l'assuré au bénéfice d'un reclassement professionnel en qualité d'informaticien de gestion auprès de l'ESIG du 1<sup>er</sup> septembre 2003 au 31 décembre 2005.

29. Par courrier du 23 mars 2004, La Poste a résilié les rapports de service pour le 30 septembre 2004 (rapports finalement prolongés au 30 novembre 2005).
30. Malgré le bon investissement de l'assuré, le reclassement entrepris auprès de l'ESIG a dû être interrompu au 30 juin 2004, en raison, selon ses déclarations, d'un certain ralentissement psychomoteur et de difficultés de concentration (cf. certificat du Dr N\_\_\_\_\_, du Service de neurologie des H.U.G. du 11 janvier 2005 et lettre de l'OAI à La Poste du 28 juillet 2004).
31. Dans ce dernier certificat, le Dr N\_\_\_\_\_ relève que l'examen radiologique mettait en évidence des protrusions discales étagées, une plus marquée à droite, en particulier au niveau C6, sans qu'il y eût une hernie franche. Les déficits liés aux cervicalgies post-traumatiques étaient relativement légers, même s'ils avaient indéniablement une conséquence sur le mode de vie et les capacités professionnelles du patient.
32. Dans un rapport d'examen neuropsychologique du 4 novembre 2005, O\_\_\_\_\_, psychologue, a attesté que le tableau neuropsychologique était dominé par d'importantes difficultés attentionnelles et des problèmes cognitifs qui entraînaient des répercussions significatives sur le rendement du patient. 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.
33. Le 11 novembre 2005, l'assuré a été victime d'un 4<sup>ème</sup> accident (« coup du lapin »), avec aggravation de la situation au niveau cervical (courrier de la Dresse P\_\_\_\_\_, médecin traitante, spécialisée en médecine interne, du 9 mars 2006).

Dans ce même courrier, la Dresse P\_\_\_\_\_ a préconisé la mise en oeuvre d'une expertise multidisciplinaire pour déterminer « l'impact et la responsabilité de chacun des accidents » sur la symptomatologie actuelle.

34. En réponse à une demande de l'OAI, le Dr K\_\_\_\_\_, dans un courrier du 24 avril 2006, a indiqué qu'il était difficile de se prononcer sur l'existence d'éléments pouvant faire penser à un problème psychiatrique. Une prise en charge

psychiatrique n'était pas prévue, mais elle n'aurait aucune sens en l'absence de toute motivation ou demande de la part du patient ; « elle serait par contre certainement très utile sous forme d'expertise que vous pourriez demander ».

35. Le 30 mai 2006, l'OAI a confié une expertise psychiatrique au Dr Q\_\_\_\_\_.
- Dans son rapport du 10 juillet 2006, l'expert a en particulier relevé que l'inactivité dans laquelle l'expertisé se trouvait depuis cinq ans était un terrain plus que favorable à l'amplification d'une fixation sur la symptomatologie douloureuse. Il a en outre exclu toute atteinte ou limitation psychiatrique. Compte tenu de l'âge et des bonnes qualités intellectuelles de l'expertisé, il était impératif, en vue d'éviter une évolution vers la sinistrose et une aggravation du tableau clinique, de reprendre le projet d'une nouvelle orientation de réadaptation, adaptée à son état (l'intéressé ne pouvant plus « faire des travaux lourds à plein temps »), à l'instar de ce qu'avaient préconisé les Drs K\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_.
36. Dans son avis du 22 août 2006, le médecin-conseil de l'AI a relevé que l'échec de la formation en informatique proposée en 2002 ne relevait pas d'une atteinte psychiatrique et s'est demandé si ce projet n'était pas trop ambitieux pour l'assuré. Afin de déterminer si les cervicalgies représentaient un handicap pour une activité de type bureau, il a préconisé une expertise orthopédique.
37. Dans son rapport d'expertise du 25 novembre 2006, le Dr R\_\_\_\_\_ (spécialiste FMH en orthopédie et chirurgie), après avoir fait effectuer de nouvelles radiographies de contrôle le 3 octobre précédent, a posé les diagnostics suivants : status après nombreux accidents ayant atteint le rachis cervical (1999, 2000, 2001 et 2005) ; spondylose et spondylarthrose cervicale de la moitié inférieure du rachis cervical avec raideur partielle du rachis cervical inférieur et protrusion discale à 2 niveaux, sans hernie discale manifeste ; très léger trouble du rachis lombaire par petite bascule du bassin à droite ; spondylolisthésis L5-S1 du premier degré avec spondylolise probable L5 bilatérale.

L'expert a estimé que l'état de la colonne vertébrale, fragilisée par 4 accidents successifs, était pratiquement stabilisé et pourrait être entretenu et amélioré par des mesures ciblées bien appliquées. Si le patient 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 (au nombre de « 16 ! ») étaient d'accord pour considérer le patient comme incapable de travailler comme facteur, totalement et de manière définitive depuis 2001 ; les constatations radiologiques montraient qu'il y avait « quand même » une pathologie sous-jacente, même relativement modérée, qui pouvait

expliquer ces douleurs. L'examen clinique avait montré une petite limitation de mobilité du rachis cervical, mais sans aucun trouble neurologique, ce qui avait du reste été constaté par les Dr B\_\_\_\_\_, I\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_. Des mesures de réadaptation professionnelles, proposées depuis plusieurs années par le Dr K\_\_\_\_\_, étaient envisageables « dès maintenant » à 100%, dans une activité ne nécessitant pas de position debout prolongée, mais une alternance debout et assis, sans exercices répétitifs et sans soulèvement de poids « importants ». 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, théoriquement favorables, nécessitaient également une position de la tête souvent penchée en avant, souvent relativement immobile, ce qui n'était pas favorable. Trouver un travail adapté était certes difficile, mais il fallait à tout prix éviter d'envoyer le patient dans un atelier de formation professionnelle, et se diriger plutôt vers une profession intellectuelle. Il n'était pas question d'améliorer une capacité de travail dans la dernière activité aux PTT, mais pour favoriser une adaptation dans une activité adaptée, la poursuite de l'acupuncture, de la prise d'anti-inflammatoires et la reprise d'une bonne physiothérapie semblaient efficaces. Une activité de type bureau semblerait adaptée aux limitations du patient.

L'expert a précisé ne pas avoir retrouvé la petite hernie discale décrite dans le rapport d'IRM cervicale du 29 août 2000. La radiologue y avait alors également décrit une ébauche de canal cervical rétréci de C4 à C6, « mais que le Dr D\_\_\_\_\_ n'avait pas considéré comme tel ». L'IRM de la colonne cervicale du 14 mars 2001 montrait peut-être une ébauche de scoliose cervicale, mais, selon l'expert, les trous de conjugaison n'étaient pas particulièrement diminués (contrairement à ce qu'avait retenu la radiologue).

Enfin, l'expert avait l'impression, tout comme le Dr D\_\_\_\_\_ à l'époque, que les plaintes du patient étaient essentiellement subjectives, et n'avait pas trouvé de justification clinique évidente à des plaintes aussi importantes. Il était vrai cependant que cette spondylose cervicale et ces cervicarthroses pouvaient être douloureuses, mais que dans une position correcte de la tête, sans devoir se pencher en avant tout temps, sous bonne physiothérapie et acupuncture, le patient devrait pouvoir être réadapté dans une activité protégeant sa colonne vertébrale. En outre, il n'avait pas pu élucider la raison pour laquelle l'expertisé ne pouvait pas soulever plus de 5 kg sans avoir mal à la nuque.

38. Dans un avis du 12 décembre 2006, le médecin-conseil de l'AI a estimé que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 100% si l'on pouvait trouver un poste de travail tenant compte de ses limitations fonctionnelles, (ie : épargnant la nuque et permettant des positions alternées sans port de charges).
39. En novembre 2006, l'assuré a entrepris (à ses frais, semble-t-il) une formation continue sur le patrimoine et le tourisme.
40. Le 6 février 2007, l'assuré s'est inscrit à l'assurance-chômage. Dans sa demande d'indemnité, il a précisé être à la recherche d'un emploi à 100% adapté à son état de santé. Compte tenu de sa longue période d'incapacité de travail, son dossier a été soumis au groupe de décisions en matière d'assurance-chômage de l'Office cantonal de l'emploi. Par décision du 8 juin 2007, cet office l'a déclaré apte au placement depuis le 6 février 2007, compte tenu en particulier d'un certificat du Dr K\_\_\_\_\_ du 16 avril 2009, confirmant que celui-ci pouvait travailler à 100% dès le 1<sup>er</sup> avril 2007, sous réserve de travaux lourds.
41. Dans le cadre du projet MAMAC (Medizinisch-ArbeitsMarktliche Assessments mit Case Management), visant à réinsérer plus rapidement dans le marché du travail des personnes présentant une problématique complexe, conjointement par l'assurance-chômage, l'assurance-invalidité et l'Hospice général, il a été convenu d'accorder une « 2<sup>ème</sup> chance » à l'assuré en prenant en charge une formation de dix mois dans le domaine du tourisme auprès de l'Académie de langues et de commerce, du 10 septembre 2007 au 22 juin 2008. En cas de réussite, l'AI prendrait également en charge un stage ultérieur de trois à six mois dans une agence de voyage (décision de l'OAI du 7 décembre 2007).
42. Dès le 24 janvier 2008, l'assuré est devenu conseiller communal.
43. Le 9 mai 2008, l'assuré a obtenu un diplôme de guide touristique pour Genève.
44. Par décision du 30 juin 2008, l'AI a pris en charge un stage de six mois (du 4 août 2008 au 30 janvier 2009) auprès de l'agence de voyage X\_\_\_\_\_, dans le cadre du reclassement professionnel de l'assuré comme agent de voyage et guide touristique.
45. Par courrier du 8 avril 2010, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport d'IRM cervicale du Centre de diagnostic radiologique de Carouge 4 mars 2010, mettant en évidence une cervico-discarthrose pluri-étagée C3-C4 à C6-C7 et entraînant un rétrécissement du canal rachidien cervical ; des sévères discopathies protrusives aux niveaux C4-C5, C5-C6 et C6-C7, s'accompagnant d'une uncarthrose et entraînant

un rétrécissement foraminal au niveau C4-C5 des deux côtés ; une discopathie modérée C3-C4 s'accompagnant d'une uncarthrose latéralisée à droite avec rétrécissement foraminal C3-C4 droit. La discopathie protrusive C6-C7 présentait un caractère plus focal au niveau foraminal droit, entraînant un rétrécissement du trou de conjugaison C6-C7 droit, pouvant être à l'origine d'une symptomatologie radiculaire C7 droite. Il était également constaté une absence de signes de myélopathie cervicale, ainsi qu'en intra-canalair, une très bonne définition du cordon médullaire cervical.

46. Dans un avis du 20 avril 2010, le Service médico-régional de l'AI (SMR) a estimé que ces éléments ne constituaient pas une aggravation susceptible a priori de modifier les limitations fonctionnelles de l'assuré retenues par l'expert R\_\_\_\_\_, au vu en particulier de l'absence de myélopathie. L'existence d'un canal cervical rétréci était en effet déjà mentionnée dans l'IRM du 29 août 2000, de même que la protrusion appuyant sur la partie antérieure gauche du fourreau dural de C7 l'avait été dans le CAT cervical du 4 décembre 2001. Les discopathies protrusives étaient déjà présentes.
47. Dans un projet de décision du 26 octobre 2010, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de rejeter la demande de rente, compte tenu d'un degré d'invalidité de 31%. A cet égard, l'office a constaté que la capacité de travail était restreinte depuis août 2000, que l'intéressé pouvait travailler à temps complet dans une activité adaptée ne nécessitant pas de formation complémentaire, dès l'issue du délai d'attente légal, soit août 2001, et que la poursuite des mesures de réadaptation ne permettrait pas d'améliorer, voire de consolider la capacité de gain. Il a retenu un salaire sans invalidité de 66'310 fr. en 2001 (soit 67'709 fr. 85 moins 1'399 fr. 80 d'allocations familiales, « selon fiches de salaire transmises par La Poste ») et un salaire avec invalidité de 57'019 fr. en 2001 (salaire ESS 2000, actualisé, TA1, homme, activité simple et répétitive), ramené à 45'615 fr., moyennant un abattement de 20% au vu des « limitations fonctionnelles, années de service ».
48. Ledit projet ayant été notifié par erreur à Me B. (qui avait pourtant informé l'administration, par courrier du 4 juillet 2008, qu'il n'était plus constitué en l'espèce), l'OAI l'a notifié directement à l'assuré, sous pli simple du 5 novembre 2010 (alors que, par courrier du 11 février précédent, le nouveau mandataire de l'assuré, Me Mauro POGGIA, s'était nouvellement constitué en faveur de ce dernier).
49. Par l'entremise de ce dernier conseil, l'assuré a fait opposition par courrier du 9 décembre 2010, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité rétroactive

dès août 2001, son « invalidité économique dépass(ant) 70% ». Il a en substance fait valoir que la formation de guide touristique lui permettait de travailler deux à trois heures par mois au maximum, raison pour laquelle l'OAI l'avait adressé aux Etablissements publics pour l'intégration (EPI) en vue d'une évaluation en atelier (du 7 juin au 2 juillet 2010). Selon les conclusions du rapport de stage, l'assuré pouvait accéder à des travaux de conditionnement léger avec alternance des positions et sans port de charge, ou alors être dirigé vers un poste d'orientation plus relationnelle et sociale. Or, malgré ces constatations, le projet de décision avait retenu qu'il pourrait réaliser un revenu de l'ordre de 5'000 fr. par mois, ce qui était irréaliste, compte tenu de ses limitations fonctionnelles. En outre, à aucun moment, il n'avait été soumis à une quelconque expertise médicale, ce qui était « incompréhensible, compte tenu de l'ancienneté de son incapacité de travail ». Vu ses problèmes de santé, sa capacité résiduelle de travail ne pouvait en aucun cas « dépasser le 30% du gain qu'il pourrait réaliser sans invalidité ».

50. Par décision du 15 décembre 2010 (reçue le 17 du même mois), l'OAI a confirmé son refus de rente.
51. Dans son recours posté le 1<sup>er</sup> février 2011, l'assuré a conclu à l'annulation de ladite décision, respectivement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le mois d'août 2001. Préalablement, il a requis la mise en œuvre d'une expertise auprès d'un service d'orientation professionnelle, afin de déterminer les activités qu'il était en mesure d'effectuer et son rendement et quel serait le revenu espéré. Il a en particulier fait valoir qu'il subissait une incapacité entière de travail depuis le 30 novembre 2001, que la SUVA avait mis fin à ses prestations avec effet au 30 juin 2002 et que ses troubles de santé n'étaient pas contestés par l'OAI, ni le fait que lesdits troubles l'empêchaient d'exercer son ancienne activité à La Poste, « ne serait-ce que pour la distribution du courrier recommandé qui n'impliquait manifestement aucun effort particulier. Venir dès lors affirmer (qu'il) pourrait réaliser des travaux simples et répétitifs avec un plein rendement n'était manifestement pas correct, de même qu'un revenu annuel brut de 57'019 fr. avec une réduction de 20% ne saurait être retenus ». Ce dernier revenu n'était pas réaliste, car il ne tenait pas compte de ses problèmes de santé qui limitaient « de manière importante » sa capacité de gain et ne visait à l'évidence qu'à aboutir à un taux d'invalidité inférieur à 40 % afin de nier tout droit à une rente ». Durant le stage aux EPI, il avait dû porter une minerve et prendre des antalgiques ; malgré cela, il n'avait pas pu effectuer d'activités sérielles ou impliquant des tractions trop fortes. Par ailleurs, le salaire sans invalidité de 66'310 fr. par an en 2001 « n'était pas contesté » (mémoire de recours, p. 4, § 11).

52. Dans sa réponse du 2 mars 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours. En substance, cet office a estimé que le recourant n'avait apporté aucun élément probant susceptible de remettre en cause les expertises des Drs Q\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_. La situation médicale avait été parfaitement élucidée, si bien que c'était à bon droit que l'OAI avait retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Le recourant avait en outre déjà bénéficié d'un stage d'évaluation au sein des EPI du 7 juin au 2 juillet 2010, à l'issue duquel il avait été constaté qu'il pouvait accéder à des travaux de conditionnement léger avec alternance des positions et sans port de charge, ou être dirigé vers un poste de réception. Les orientations ainsi retenues étaient suffisantes pour lui permettre de s'orienter seul sur le marché du travail, lequel offrait par ailleurs un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif était adapté à ses limitations et accessibles sans autre formation particulière.
53. Dans sa réplique du 20 avril 2011, le recourant a sollicité la mise en œuvre d'une nouvelle expertise orthopédique indépendante, alléguant que son état de santé ne lui permettait pas de réaliser un revenu de 45'615 fr. A cet égard, il a en substance fait valoir que, dans son expertise, qui remontait au 25 novembre 2006, le Dr R\_\_\_\_\_ n'avait pas affirmé qu'il était en mesure, sans une réadaptation professionnelle, d'exercer une activité adaptée aux limitations décrites. Le recourant a également contesté les conclusions des EPI, en tant qu'il pourrait exercer une activité légère de conditionnement. Il a par ailleurs joint l'IRM cervicale du 4 mars 2010 précitée (supra, § 45), ainsi qu'un rapport de chirurgie orthopédique du Centre hospitalier intercommunal Annemasse-Bonneville, du 5 avril 2011 (Dr S\_\_\_\_\_, chirurgien). Ce dernier document atteste qu'à l'examen, il n'y avait pas de déficit des 2 membres supérieurs ; les réflexes ostéo-tendineux styloïdien, bicipital et tricipital étaient retrouvés à droite, mais absents à gauche ; la mobilité du rachis cervical était douloureuse lors de la rotation gauche de la tête ; on notait également une douleur le long des muscles paracervicaux droits avec localisation exquise au niveau de la bosse occipitale droite évoquant le trajet du nerf d'Arnold ; un test à la Xylo(caïne) avait immédiatement calmé les douleurs ; le reste des secteurs de mobilité étaient correct.
54. Dans sa duplique du 18 mai 2011, l'OAI a maintenu les termes et conclusions de ses précédentes écritures, en se fondant sur un avis du SMR (Dr U\_\_\_\_\_, FMH en médecine interne) du 5 mai 2011, estimant que les dernières pièces médicales ne démontraient pas d'aggravation clinique. Selon le SMR, l'IRM cervicale du 4 mars 2010 était superposable, sur le plan de la description, avec l'IRM du 29 août 2000 décrite dans l'expertise du Dr R\_\_\_\_\_, laquelle ne démontrait qu'une ébauche de canal cervical rétréci « que le Dr D\_\_\_\_\_,

neurochirurien, n'avait pas considéré comme tel », tout comme l'expert également. Les discopathies protrusives étagées et autres lésions dégénératives disco-vertébrales y étaient déjà décrites, l'électromyogramme effectué par le Dr I\_\_\_\_\_ étant par ailleurs tout à fait normal au niveau cervical. Il était en outre « bien connu » qu'une (simple) image radiologique ne pouvait justifier d'une incapacité de travail. En l'occurrence, il n'existait pas d'évolution clinique majeure. S'il existait une névralgie d'Arnold, le stade suivant serait d'envisager une infiltration de stéroïdes. Les douleurs lors de la rotation à gauche de la tête avaient déjà été décrites dans l'expertise du Dr R\_\_\_\_\_.

Le SMR mentionne en outre qu'un stage avait été prévu (et effectué) à l'agence X\_\_\_\_\_ du 4 août 2008 au 30 janvier 2009 ; malheureusement, en fin de mesures IPT, l'assuré avait échoué pour la seconde fois à ses examens pour le diplôme d'agent de voyage. Si l'assuré l'expliquait par le fait d'avoir des douleurs cervicales durant son examen informatisé, l'avis de l'employeur était autre, évaluant les connaissances touristiques et informatiques insuffisantes. De plus, une lenteur dans la gestion des tâches avait été relevée ainsi que certains problèmes de comportement. Cette constellation entrainait en résonance avec l'avis du Dr R\_\_\_\_\_, qui avait indiqué, dans son rapport d'expertise, avoir l'impression, que les plaintes importantes du patient étaient essentiellement subjectives, sans justifications cliniques évidentes. Ainsi, l'équipe du MAMAC avait estimé que la profession d'agent de voyages n'était pas indiquée et qu'une mesure de coaching pouvait être mise en place pour aider l'assuré à trouver une activité correspondant à ses limitations fonctionnelles.

55. Par envoi spontané du 31 mai 2011, le recourant a encore produit les documents suivants :

- un rapport d'IRM cervicale du Centre de radiologie de Gaillard, du 15 avril 2011 (Dr L\_\_\_\_\_, radiologue et chef de clinique à la faculté), mettant en évidence des lésions de discarthrose à prédominance C4-C5 avec hernie discale foraminale C4-C5 gauche, para médiane et foraminale gauche C5-C6, et protrusion C6-C7, préforaminale gauche ; à l'étage C3-C4, protrusion discale globale avec uncarthrose, et rétrécissement foraminal modéré du côté droit ; à l'étage C4-C5, présence d'une hernie discale préforaminale gauche, associée à de l'uncarthrose, responsable d'un rétrécissement des trous de conjugaison de façon bilatérale ; à l'étage C5-C6, protrusion discale globale, et foraminale gauche responsable d'un rétrécissement foraminal gauche ; à l'étage C6-C7, présence d'une hernie discale foraminale gauche responsable d'un rétrécissement foraminal modéré ; à l'étage C7-T1, on ne retenait pas de hernie discale, ni de rétrécissement foraminal marqué ;

ces lésions s'accompagnaient d'uncarthrose et il n'y avait pas de myélopathie cervicarthrosique, le cordon médullaire conservait un calibre satisfaisant avec intégrité de la jonction bulbo-médullaire.

- un rapport de radiographies du rachis cervical, demandé par le Dr S\_\_\_\_\_, du 22 avril 2011, mettant en évidence une discarthrose étagée C4-C5, C5-C6 et C6-C7, ainsi qu'un discret rétrécissement des trous de conjugaison C3-C4 et C4-C5 du côté droit.

- un rapport du Service de chirurgie, orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier intercommunal Annemasse-Bonneville du 22 avril 2011 (Dr S\_\_\_\_\_, chirurgien), indiquant que les radiographies du 22 avril 2011 mettaient en évidence une discarthrose étagée C4-C5, C5-C6 et C6-C7 avec un léger rétrécissement des trous de conjugaison du côté droit, alors que l'IRM confirmait une discarthrose étagée à prédominance C4-C5 avec une hernie discale et une protrusion C6-C7 gauche, « ce qui est une contradiction avec l'examen clinique où la névralgie cervico-brachéale est à droite avec un niveau plutôt C7-C8 ». Une infiltration au NAROPEN du nerf d'Arnold droit avait soulagé le patient pendant trois à quatre heures, ce qui encourageait le praticien à renouveler l'infiltration avec de la NAROPEINE et de la cortisone. En outre, le patient semblait se plaindre d'un syndrome post-traumatique fait de perte de mémoire, d'irritabilité et de fatigabilité.

- un rapport du Dr W\_\_\_\_\_, neurochirurgien, du 13 mai 2011, indiquant qu'il existait une douleur au point d'émergence du nerf d'Arnold à gauche et que l'IRM cervicale (du 15 avril 2011) montrait une cervicarthrose importante au niveau C4-C5, C5-C6 et C6-C7 avec un rétrécissement du canal rachidien et une contrainte foraminale pour le fourreau dural. Le patient avait décrit un tableau de névralgie cervico brachiale tronquée à gauche avec des douleurs cervicales interscapulaires et invalidantes, d'aggravation progressive. A l'examen clinique, il y avait une douleur cervicale, une raideur au niveau de la musculature paravertébrale. Il n'y avait pas de déficit. De la kinésithérapie était prescrite.

Selon le recourant, ces dernières pathologies n'avaient pas été énumérées dans le rapport du Dr R\_\_\_\_\_ du 25 novembre 2006.

56. Dans ses déterminations du 23 juin 2011, l'OAI a persisté dans ses conclusions. A cet égard, il s'est fondé sur un avis du SMR du 21 juin 2011 (Dr U\_\_\_\_\_), selon lequel les derniers documents produits ne démontraient pas de faits nouveaux susceptibles d'être responsables d'une quelconque aggravation par rapport à l'avis du SMR du 5 mai 2011. Les radiographies des 5 avril et 13 mai 2011 avaient été

effectuées par deux praticiens différents ayant chacun leur manière de décrire les choses, les uns parlant de protrusions, les autres de proéminence discale. Le rapport du 15 avril 2011 parlait d'une hernie discale au niveau C6/C7 responsable d'un rétrécissement foraminaux modéré (lequel, selon le Dr U\_\_\_\_\_, pouvait être dû « aussi bien à une hernie discale qu'à une uncarthrose »), alors que celui du 4 mars 2010 évoquait, pour cette même région, une discopathie protrusive avec un caractère plus focal au niveau foraminaux D entraînant un rétrécissement du trou de conjugaison. Les conséquences semblaient être les mêmes pour les deux médecins, ce qui était le plus important, attendu que la description radiologique pouvait être légèrement différente. Surtout, le rapport du 15 avril 2011 ne retenait pas de myélopathie cervico-arthrosique et le cordon médullaire conservait un calibre satisfaisant avec intégrité de la jonction bulbo-médullaire. Par ailleurs, l'uncarthrose mise en évidence sur l'IRM du 15 avril 2011, décrite comme responsable avec la hernie d'un rétrécissement des trous de conjugaison (par lesquels les nerfs passent), était déjà décrite dans le rapport du 4 mars 2010 comme entraînant, au niveau C4/C5, un rétrécissement significatif des trous de conjugaison C4/C5 des deux côtés. Dès lors, ce qui risquait de constituer une diminution des trous de conjugaison était déjà présent dans le rapport de mars 2010 et la transformation de ce débord discal circonférentiel en protrusion puis en hernie ne pouvait avoir d'influence sur un canal déjà obstrué. Le peu de changement radiologique survenu en environ une année correspondait bien à l'évolution qu'on était en droit d'attendre d'une arthrose cervicale, lieu où les contraintes de gravité étaient relativement modestes par rapport à d'autres régions du corps. En outre, dans son rapport du 13 mai 2011, le Dr W\_\_\_\_\_ avait probablement fait une erreur en localisation la névralgie du nerf d'Arnold à gauche, plutôt qu'à droite, comme l'avait constaté le Dr S\_\_\_\_\_ ; ce dernier praticien n'avait posé aucune indication neurochirurgicale.

Concernant la discordance exprimée par le Dr S\_\_\_\_\_ dans son rapport du 22 avril 2011 (discordance relative aux radiographies effectuées le 22 avril 2011 et à l'IRM cervicale du 15 avril 2011), le Dr U\_\_\_\_\_ a relevé que le Dr S\_\_\_\_\_ n'avait évalué la hernie discale C4/C5 et C6/C7 que comme une protrusion ; selon l'IRM, à l'étage C7/T1, on ne retenait pas de hernie discale, ni de rétrécissement foraminaux marqué.

57. Dans ses observations du 27 juillet 2011, le recourant a persisté à demander la mise en œuvre d'une « expertise indépendante ». Selon lui, dans sa réponse du 2 mars 2011, l'OAI n'avait pas pris en compte l'IRM du 4 mars 2010. De plus, la situation décrite dans l'expertise du Dr R\_\_\_\_\_ (sans hernie discale manifeste) n'était pas celle décrite dans l'IRM cervicale du 15 avril 2011, respectivement dans le

rapport du Dr S\_\_\_\_\_ du 5 avril 2011, où il était clairement question de hernies au niveau C4-C5 et C6-C7. Dans ces conditions, affirmer que la « situation ayant prévalu à la décision attaquée serait inchangée frisait l'imposture ».

58. Par envoi du 29 juillet 2011, le recourant a encore transmis un rapport d'IRM du Centre d'imagerie médicale et diagnostique de Y\_\_\_\_\_ (Turquie), du 22 juillet 2011, rédigé en turc, ainsi qu'une traduction non officielle, faisant en particulier état d'une « dégénération » dans tous les disques intervertébraux thoraciques, de protubérances annulaires asymétriques minimales plutôt manifestes vers la postérieure droite dans les disques intervertébraux Th3-Th4 et Th4-Th5, de protubérances annulaires asymétriques plus manifestes vers l'antérieure et la postérieure droite dans le disque intervertébral Th8-Th9.
59. Dans un avis du 22 août 2011, le SMR (Dresse AB\_\_\_\_\_) a relevé que, dans sa réponse du 2 mars 2011, l'OAI avait pris en compte l'IRM du 4 mars 2010 dans la mesure où ledit office s'était fondé sur l'avis du SMR du 20 mars 2010 (recte : avril), lequel avait bien pris en compte les conclusions de l'IRM du 4 mars 2010 et en avait comparé les conclusions avec celles du rapport d'expertise du Dr R\_\_\_\_\_. Dans son avis du 21 juin 2011, le SMR avait relevé la discordance radio-clinique qui avait échappé au Dr S\_\_\_\_\_ et le fait que ce dernier mettait l'accent plus sur « un syndrome post-traumatique qu'une pathologie somatique », qui, selon lui pouvait être corrigée par une infiltration de stéroïdes. Ainsi, sur le plan clinique, tous les traitements susceptibles d'apporter une amélioration n'avaient pas été réalisés (par exemple administration de Xylocaïne®). La comparaison de l'IRM cervicale de 2011 avec celle de 2010 ne faisait apparaître aucune aggravation clinique : en particulier, il n'existait pas de myélopathie cervico-arthrosique et le cordon médullaire conservait un calibre satisfaisant avec intégrité de la jonction bulbo-médullaire. La traduction de l'examen IRM des vertèbres cervicales du 22 juillet 2011 ne démontrait aucune franche hernie discale et la nomenclature n'était pas différente de celle de l'IRM cervicale du 15 avril 2011 du Dr L\_\_\_\_\_. Quoiqu'il en soit, des modifications radiologiques ne pouvaient constituer en elles-mêmes une quelconque justification d'incapacité de travail, seule la définition des limitations fonctionnelles faisant foi.
60. Dans ses déterminations du 28 septembre 2011, le recourant a relevé qu'il subsistait des divergences importantes quant aux atteintes à la santé et aux limitations fonctionnelles qui en découlaient et a conclu à la mise en œuvre d'une expertise auprès d'un neurochirurgien. A cet égard, il a encore produit un certificat du Dr BA\_\_\_\_\_, neurochirurgien, du 7 juin 2011, destiné au Dr S\_\_\_\_\_, posant le diagnostic de cervicobrachialgies droites avec irradiation omoplate droite

et parésie triceps droit. L'IRM du 15 avril 2011 mettait en évidence une compression médullaire avec hernie discale médiane, une discarthrose L5-L6 bilatérale et une sténose foraminale C6-C6 bilatérale. Le médecin précisait « patiente (sic) susceptible d'être améliorée par un triple Cloward C4 à C7 ».

61. Dans ses observations du 16 novembre 2011, l'OAI a persisté dans ses conclusions, sur le vu d'un avis du SMR du 14 novembre 2011 (Dr VOW, spécialiste en médecin interne), selon lequel le certificat du Dr BA\_\_\_\_\_ n'apportait rien de nouveau au regard de l'IRM cervicale du 15 avril 2011 du Dr L\_\_\_\_\_, lequel n'avait pas retenu de myélopathie cervicarthrosique et constaté par ailleurs que le cordon médullaire conservait un calibre satisfaisant avec intégrité de la jonction bulbo-médullaire.
62. Par courrier du 25 novembre 2011, la Chambre de céans a demandé à l'OAI de produire les documents suivants :
  - le rapport médical du Dr H\_\_\_\_\_ du 15 mars 2002, dont seules les annexes figuraient au dossier.
  - la copie du rapport de stage effectué aux EPI du 7 juin au 2 juillet 2010.
  - les résultats de fin de stage IPT et l'avis de l'employeur et le rapport du MAMAC (mentionnés dans l'avis du SMR du 5 mai 2011).
63. Par courrier du 12 décembre 2011, l'OAI a indiqué que le Dr H\_\_\_\_\_ n'avait pas rempli d'autre rapport que les annexes transmises sous documents 23 et 24 et qu'il ne disposait pas non plus des résultats de fin de stage ITP. Il a en outre précisé que le montant de 67'709 fr. 85 (mentionné dans sa note de travail du 26 octobre 2010) résultait de l'addition des salaires mensuels pour l'année 2011 (recte : 2001), tels que fournis par l'employeur.

L'office intimé n'a pas non plus communiqué l'avis de l'employeur et le rapport du MAMAC requis. Il a en revanche produit un rapport de stage aux EPI du 16 septembre 2010, proposant une orientation professionnelle dans le domaine du conditionnement léger en milieu adapté (avec alternance de position), ou de la réception, soit un poste d'orientation plus relationnelle et sociale. Le pourcentage de rentabilité de 50% pouvait être amélioré avec de la pratique. Tout au long de son stage, durant lequel il n'avait effectué aucun port de charge, l'assuré avait fait preuve d'un bon engagement, de respect et de ponctualité ; il s'était montré consciencieux, méticuleux, méthodique, motivé et assidu ; il avait toutefois montré des signes de fatigue en fin de journée. Il avait porté une minerve et avait dû arrêter

« des activités de type sérielles » (mouvements répétitifs) de longue durée, ainsi que toutes celles qui impliquaient des tractions trop fortes, lesquelles provoquaient, selon ses dires, des douleurs dans la nuque ou des maux de tête. Les douleurs avaient aussi eu une influence sur sa précision et sa concentration, en particulier dans les travaux nécessitant des gestes plus fins. L'assuré avait un rythme de travail lent « lors de la plupart des exercices demandés », compte tenu en particulier de ses oublis et avait eu de la peine avec les travaux techniques, l'assuré disant ne pas être habitué aux travaux mécaniques.

64. Par envoi du 12 décembre 2011, le recourant a versé au dossier une copie d'un « Contrat individuel de travail » conclu avec La Poste le 19 novembre/14 décembre 2001, faisant état d'un salaire annuel brut de 66'266 fr. dès le 1<sup>er</sup> janvier 2002, moyennant un taux d'activité de 100%.
65. Par courrier du 20 janvier 2012, le recourant a demandé l'audition du Dr H\_\_\_\_\_ dans la mesure où son rapport du 15 (mars) 2002 n'existerait pas, selon l'OAI. Il y avait en outre lieu de s'interroger quant au caractère exhaustif du dossier dont disposait l'OAI puisqu'il n'existait pas de résultats de rapport de fin de stage IPT alors que ceux-ci étaient mentionnés dans l'avis du SMR du 5 mai 2011. Il résultait en outre du rapport de stage des EPI du 16 septembre 2010 un handicap avec une influence sur la capacité de travail, ce que l'office intimé ne contestait pas, tout en retenant toutefois un taux inférieur à celui donnant droit à une rente. Dans la mesure où l'évaluation médicale sur laquelle s'était fondé l'office intimé n'était pas documentée, il y avait lieu d'ordonner une expertise, laquelle devrait prendre en considération, sur le plan orthopédique, les éléments nouveaux produits durant la présente procédure.
66. Dans ses déterminations du 9 février 2012, l'OAI a persisté dans ses précédentes conclusions. Il s'est opposé à l'audition du Dr H\_\_\_\_\_, qui lui paraissait superflue au vu des nombreux rapports médicaux figurant au dossier. L'évaluation médicale sur laquelle l'office s'était fondé était parfaitement documentée, le SMR s'étant par ailleurs prononcé de manière circonstanciée dans plusieurs avis, concluant à l'absence de fait nouveau démontrant une quelconque aggravation. En outre, le recourant soutenait de manière erronée qu'il n'existait pas de résultats de fin de stage, le rapport des EPI du 16 septembre 2010 permettant de constater qu'il pouvait accéder à des travaux de conditionnement légers permettant l'alternance de positions et sans port de charge, ou être dirigé vers un poste de réception.
67. Le Tribunal a informé les parties, par courrier du 11 septembre 2012, de son intention de confier une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et neurologique)

aux CHUV, respectivement au Dr CA\_\_\_\_\_, du service d'orthopédie (sous la supervision du Dr DA\_\_\_\_\_), et à la Dresse EA\_\_\_\_\_, du service de neurologie (sous la supervision du Prof. FA\_\_\_\_\_), et leur a communiqué les questions qu'il avait l'intention de poser aux experts, tout en leur impartissant un délai pour faire part de leurs éventuels motifs de récusation (art. 39 LPA) ou questions complémentaires.

68. Les parties se sont déterminées par courriers des 18 et 25 septembre 2012.

### **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 ; RS E 2 05), en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, 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. Déposé dans les formes et délai prévus par la loi, le recours est recevable à la forme (art. 56 et 60 LPGA).

3. A teneur de l'art. 61 let. c LPGA, le juge établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige ; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. S'il considère que les faits d'ordre médical ne sont pas suffisamment élucidés, le juge doit en principe mettre lui-même une expertise en œuvre, et non plus renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction (cf. changement de la jurisprudence inauguré par l'ATF 137 V 210).

4. En l'occurrence, la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire s'impose, afin de trancher la question controversée du degré de la capacité de travail résiduelle de l'assuré, depuis août 2001 (100%, selon l'OAI ; 50%, selon le Dr C\_\_\_\_\_ et le CRR). En effet, la décision litigieuse du 15 décembre 2010 se fonde à cet égard essentiellement sur le rapport d'expertise du Dr R\_\_\_\_\_, établi le 25 novembre 2006, soit quatre ans plus tôt, alors même que l'assuré souffre d'une pathologie de nature dégénérative (cf. supra, § 6 et 12) et qu'une aggravation du tableau médical ressort par ailleurs a priori du rapport d'IRM cervicale du 15 avril 2011 et des rapports du Dr S\_\_\_\_\_ des 5 et 22 avril 2011, lesquels font en particulier état d'une seconde hernie (cependant que l'expert avait conclu à l'absence d'hernie « manifeste »). A cela s'ajoute que l'on ne saurait

accorder pleine valeur probante à l'expertise du Dr R\_\_\_\_\_. En effet, celui-ci paraît exclure, sans explication, tout rétrécissement des trous de conjugaison en l'occurrence, contrairement à ce que mentionnaient les rapports d'IRM cervicale du 29 août 2000 ou radiologique du 14 mars 2001. Or, l'IRM cervicale du Centre de radiologie de Gaillard, du 15 avril 2011, a confirmé l'existence de tels rétrécissements, en particulier aux niveaux C3-C4, C4-C5, 5-C6, C6-C7. L'expert n'a pas non plus retenu le diagnostic d'uncarthrose, alors que le SMR n'a lui-même pas exclu que cette affection ait pu entraîner un rétrécissement des trous de conjugaison (cf. avis du 21 juin 2011). Par ailleurs, à l'appui de ses conclusions, l'expert s'est expressément rallié à l'avis du Dr D\_\_\_\_\_ du 20 avril/11 décembre 2000, selon lequel les plaintes du patient étaient essentiellement subjectives et sans justification clinique évidente. Or, ce faisant, l'expert n'a pas pris en considération les incidences des deux autres accidents ayant atteint, ultérieurement (soit en août 2001 et en novembre 2005), le rachis cervical de l'assuré. L'expert ne s'est pas non plus prononcé sur les conclusions du Dr N\_\_\_\_\_ du 11 janvier 2005, selon lesquelles les déficits liés aux cervicalgies post-traumatiques avaient « indéniablement une conséquence sur le mode de vie et les capacités professionnelles du patient », se bornant à affirmer que ce neurologue n'avait constaté aucun trouble neurologique, ce qui est au demeurant inexact (le Dr N\_\_\_\_\_ ayant attesté l'existence de troubles « relativement légers ») ; l'expert ne s'est pas davantage déterminé sur les observations de la psychologue O\_\_\_\_\_, selon lesquelles l'assuré présentait des troubles cognitifs « qui entraînaient des répercussions significatives sur son rendement » (rapport du 4 novembre 2005). On notera encore que l'expert ne se détermine pas à satisfaction de droit sur la question qui lui était soumise de savoir si les cervicalgies de l'assuré représentaient un handicap pour l'activité de bureau : en effet, l'expert s'est limité à conclure à cet égard qu'une telle activité « semblerait » adaptée aux limitations du patient, ce qui ne permet pas d'admettre que tel serait le cas, au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales.

En outre, les avis du SMR des 20 avril 2010, 5 mai 2011, 23 juin 2011 et 22 août 2011 – lesquels ne reposent d'ailleurs pas sur des observations cliniques auxquelles l'un de ses médecins aurait personnellement procédé - ne sont pas non plus convaincants. En effet, ils nient en particulier l'existence d'une aggravation depuis l'expertise du Dr R\_\_\_\_\_ de novembre 2006, au motif principal que l'existence d'un canal cervical rétréci - voire « déjà obstrué » - était déjà mentionnée dans le rapport du 4 mars 2010 ou l'IRM du 29 août 2000. Or, dans son expertise de novembre 2006, le Dr R\_\_\_\_\_ paraissait, au contraire, exclure tout rétrécissement des trous de conjugaison en l'occurrence. Par ailleurs, le constat selon lequel le cordon médullaire conserve un calibre « satisfaisant », avec intégrité

de la jonction bulbo-médullaire (not. avis du 21 juin 2011), ne permet pas d'exclure d'emblée toute incidence de la compression médullaire, - effectivement mise en évidence dans l'IRM du 15 avril 2011 -, sur la capacité de travail du recourant.

D'un autre côté, les nouveaux rapports médicaux produits à l'appui du recours ne se déterminent pas sur la capacité de travail résiduelle du recourant, le Dr W\_\_\_\_\_, se limitant par ailleurs à relater les douleurs « cervicales interscapulaires et invalidantes d'aggravation progressive » décrites par l'intéressé lui-même.

Au vu de ces divergences (qu'il n'est pas possible de lever sans autre en l'occurrence) et de l'absence d'appréciation globale quant à la répercussion des atteintes orthopédiques et neurologiques sur la capacité de travail de l'assuré, il convient de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire (orthopédique et neurologique), dont la réalisation sera confiée au CHUV.

\*\*\*

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

**Statuant préparatoirement**

1. Ordonne une expertise bidisciplinaire (orthopédique et neurologique).
2. La confie au CHUV, respectivement au Dr CA\_\_\_\_\_, du service d'orthopédie, et à la Dresse EA\_\_\_\_\_, du service de neurologie.
3. Dit que la mission des experts sera la suivante :
  - a. Prendre connaissance du dossier de la cause.
  - b. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins intervenus en l'espèce.
  - c. Examiner le recourant et établir un rapport détaillé répondant aux questions suivantes :
    1. Anamnèse.
    2. Données subjectives de l'expertisé.
    3. Constatations objectives.
    4. Diagnostic(s).
    5. Mentionner pour chaque diagnostic posé ses conséquences sur la capacité de travail de l'expertisé, en pour-cent.
    6. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant.
    7. Préciser l'évolution de la capacité de travail depuis lors (dans l'ancienne activité, respectivement dans une activité de remplacement).
    8. Dans quelle mesure (durée et/ou fréquence) une activité lucrative adaptée est-elle raisonnablement exigible de l'expertisé ?
    9. Et, dans ce dernier cas, quel domaine/quelles activités correspondent à ses éventuelles limitations fonctionnelles ?
    10. Evaluer les chances de succès d'une réadaptation professionnelle.
    11. La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales ?
    12. Pronostic.
    13. Toute remarque utile et proposition des experts.

4. Invite les experts à faire une appréciation consensuelle du cas s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.
5. Invite les experts à déposer dans les meilleurs délais leur rapport en trois exemplaires à la Cour de céans.
6. Réserve le fond.

La greffière

Le président suppléant

Florence SCHMUTZ

Jean-Louis BERARDI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le