RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3645/2020 **ATAS/994/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 29 septembre 2021

6ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à GENÈVE, comparant recourant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Damien CHERVAZ

contre

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

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1985, marié, originaire de Serbie, travaillait pour B_____ Suisse SA à 100 % comme manœuvre depuis le 5 février 2007 et était assuré à ce titre selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20) auprès de la SUVA.

2. Le 27 janvier 2014, l'assuré a été victime d'un accident de travail. Il a été heurté par un morceau de palplanche. Il a été en incapacité de travail totale depuis le jour de l'accident. La SUVA a pris le cas en charge.

3. Le 14 juillet 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité.

4. Le service de neurochirurgie des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : les HUG) a attesté d'une hospitalisation du 7 janvier 2014 au 5 février 2014 avec des diagnostics de traumatisme crânio-cérébral (TCC) entrainant : fracture des condyles occipitaux et du clivus, fracture transverse droit de C1 passant par le foramen transverse, fracture du processus styloïde droit, foyers de sang sous-arachnoïdien post traumatique C0-C3 à gauche, axonotmèse de la branche supérieure du nerf facial droit, plaie d'impact rétromastoïdienne droite, avec écoulement faisant suspecter un écoulement salivaire avec bonne évolution.

5. Le 18 septembre 2014, la réadaptation professionnelle de l'OAI, après un entretien avec l'assuré, a proposé de rencontrer l'employeur.

6. L'assuré a séjourné à la Clique Romande de Réadaptation (CRR) du 10 mars au 14 avril 2015. Le rapport du 28 avril 2015 de la CRR mentionne un diagnostic principal d'évaluation multidisciplinaire ainsi que thérapies physiques et fonctionnelles pour cervicalgies, vertiges et troubles anxieux suite à un TCC léger avec fracture cervicale le 27 janvier 2014 et, comme diagnostics supplémentaires : un TCC léger lors d'un accident de travail le 27 janvier 2014 avec : fractures des condyles occipitaux et du clivus, fracture transverse droite de la C1 passant par le foramen transverse suivie d'une subluxation de C1-C2 traitée conservativement, fracture de la styloïde droite, entraînant une axonotmèse de la branche supérieure du nerf facial droit, de foyers de sang sous-arachnoïdiens de C0 -C3 gauche, d'une plaie rétro-mastoïdienne droite, de fractures dentaires, d'un léger déficit vestibulaire droit sur contusion labyrinthique, de séquelle millimétrique d'hématome sous-dural G à l'IRM du 7 avril 2015, de troubles de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive.

   La CRR a conclu à une incapacité de travail totale du 10 mars au 30 avril 2015 et de 50% en mai 2015, avec port de charge limité à 15 kg, sans mouvement d'extension répétitive de la nuque, puis progressivement de 100%.

7. Par communication du 26 juin 2015, l'OAI a informé l'assuré que des mesures d'intervention précoce ou de réadaptation professionnelle n'étaient actuellement pas indiquées.

8. Le 8 juillet 2015, le Docteur C_____, FMH en médecine générale, a attesté de cervicalgies, céphalées sur TCC et fracture cervicale avec état dépressif et trouble de l'adaptation, fatigabilité, difficultés de concentration ; il avait de la peine à faire de la manutention même légère.

9. Le 15 juillet 2015, la doctoresse D_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a attesté d'un état dépressif moyen et d'un syndrome de stress post-traumatique (PTSD). La capacité de travail était de 50% dès le 1er mai 2015.

10. Le 28 juillet 2015, le service de neurochirurgie du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (ci-après : le CHUV) a attesté d'une stabilité des plaintes de l'assuré depuis la sortie.

    Les plaintes principales étaient des cervicalgies hautes irradiant dans l'occiput et une instabilité pour les déplacements à l'extérieur. L'examen était rassurant et ne montrait notamment pas de signe objectivable pour une atteinte aux membres supérieurs, hormis à une légère hypoalgésie hypothénarienne et au 5ème doigt à droite, déjà présente lors de l'hospitalisation (un ENMG était normal). Les fonctions de l'équilibre étaient bien conservées. L'assuré pourrait recommencer à travailler dès le 1er mai 2015 dans une activité à 50% avec des charges limitées à 15kg, en évitant les mouvements d'extension répétitifs de la nuque. Ce taux pourrait être augmenté progressivement jusqu'à fin mai afin d'atteindre un 100%.

11. L'assuré a repris une activité à titre thérapeutique à 50% en novembre 2015, qu'il a dû interrompre en janvier 2016 en raison de douleurs.

12. Le 9 février 2016, le docteur E_____, médecin adjoint agrégé au service de rhumatologie des HUG a attesté d'un syndrome cervico-vertébral chronique dans les suites d'une fracture de C1-C2 avec persistance des douleurs. Une évaluation multidisciplinaire était recommandée.

13. Le 22 mars 2016, le Dr E_____ a relevé que le trouble anxieux et dépressif du recourant était trop intense pour participer en l'état au programme multidisciplinaire.

14. Le 24 mai 2016, l'assuré a été admis en accueil de jour au département de santé mentale et de psychiatrie des HUG, pour trois mois.

15. Le 7 juin 2016, la Dresse D_____ a attesté d'un épisode dépressif majeur, épisode actuel moyen à sévère et un syndrome de PTSD ; l'évaluation et le pronostic étaient mauvais et la capacité de travail nulle.

16. La Dresse D_____ a indiqué le 20 octobre 2016 qu'une activité sans rendement pouvait tout au plus être tentée. Il y avait un passage à la chronicité.

17. Le 23 novembre 2016, le docteur F_____, FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecin de la SUVA a effectué un examen psychiatrique. L'assuré présentait un syndrome post-commotionnel ; il était dans un processus d'invalidation ; une réinsertion professionnelle devait être tentée.

18. Le 29 novembre 2016, le Dr G_____, FMH chirurgie orthopédique, a effectué un examen de l'assuré. Celui-ci se plaignait de céphalées persistantes, de diminution de la mobilité, de troubles sensitifs de la région faciale droite. Il n'y avait pas de lésion séquellaire en dehors d'une très légère limitation de la mobilité de la colonne cervicale ; il attendait encore un bilan radiologique.

19. A la demande de l'OAI, la doctoresse H_____, FMH médecine interne générale, a indiqué le 15 décembre 2016 que l'assuré présentait des douleurs et contractures de la musculature paravertébrale et n'était pas capable d'effectuer des tâches avec vibrations, port de charge, rotation répétée du tronc, de la tête et flexion / extension extrême de la nuque.

20. Le 29 décembre 2016, le Dr G_____ a fixé à 5% le degré de l'IPAI (diminution de la mobilité cervicale). La situation médicale était stabilisée. L'assuré subissait une éventuelle diminution de rendement dans l'activité exercée, à évaluer sur le lieu de travail ; une modification de la place de travail pourrait se justifier. Sur le bilan radiologique, l'anomalie de la colonne vertébrale était déjà durable (bloc vertébral C2-C3 et C5-C7) ; l'évaluation radiologique était cohérente avec l'évaluation clinique (légère limitation de la mobilité de la colonne cervicale).

21. Le 16 janvier 2017, la Dresse D_____ a contesté le rapport d'expertise du docteur F_____, en relevant que l'assuré présentait une dystomie, une dépression et un PTSD. Ce que l'expert attribuait au registre des croyances et à un processus d'invalidation correspondait aux altérations négatives des cognitions et de l'humeur, qui faisaient partie du PTSD. Seule une activité sans rendement pouvait être tentée.

22. Le 22 mars 2017, le Dr F_____ a maintenu son appréciation.

23. Le 31 mars 2017, la SUVA a mis fin aux prestations des soins médicaux (hormis certains soins en cours) avec effet immédiat et au paiement de l'indemnité journalière avec effet au 31 juillet 2017.

24. Par décision du 27 octobre 2017, la SUVA a alloué au recourant une rente d'invalidité de 20% dès le 1er août 2017 et une IPAI de 5%. Elle a considéré que l'assuré présentait une diminution de la capacité de gain de 20 % et qu'il était à même d'exercer une activité professionnelle dans différents secteurs de l'industrie, à la condition qu'il évite les travaux nécessitant des rotations fréquente du rachis et les travaux nécessitant une flexion/extension fréquente du rachis cervical, ainsi que le maintien prolongé du tronc en porte-à-faux. Les alterances de position étaient conseillées. Une telle activité était exigible durant toute la journée et lui permettrait de réaliser un revenu de CHF 5'105.- par mois (13ème salaire inclus). Comparé au gain de CHF 6'414.- par mois (13ème salaire inclus) qu'il réaliserait sans l'accident, il en résultait une perte de 20,40 %. Il était dès lors alloué une rente d'invalidité de 20 %.

25. Le 21 novembre 2017, la Dresse H_____ a indiqué que la capacité de travail de l'assuré était nulle sur un chantier et de 30% dans une activité adaptée. Il présentait

une limitation de la nuque, des douleurs chroniques (nuque-dos-musculaire) et une faiblesse importante.

26. Les 3 décembre 2017 et 1er février 2018, le Service médical régional AI (ci-après : le SMR) a proposé de suivre les conclusions de la SUVA, soit une incapacité de travail totale dès 2014, et de 50% dans une activité adaptée dès le 1er mai 2015, puis de 100% dès le 1er juin 2015.

27. Le 16 avril 2018, la Dresse D_____ a indiqué que l'assuré avait été hospitalisé aux HUG du 21 au 27 septembre 2017 suite à une tentative de suicide (trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques selon la lettre de sortie des HUG le 27 septembre 2017). Un stage d'évaluation était contre-indiqué.

28. Le 8 mai 2018, l'assuré a été pris en charge par les urgences psychiatriques des HUG, en raison de verbalisation d'idées suicidaires.

29. Le rapport de la réadaptation professionnelle du 28 mai 2018 a conclu à la nécessité d'instruire le volet psychiatrique et de clore le mandat de réadaptation.

30. Le 11 juin 2018, la Dresse D_____ a attesté d'une symptomatologie dépressive qui s'était progressivement aggravée. Au plan clinique, l'assuré restait triste, fatigué, manquait d'élan vital, se sentait inutile et incapable. Il était anhédonique, anxieux, irritable, avec des attaques de paniques ponctuelles. L'anxiété était augmentée par l'éloignement du domicile, le fait de se trouver dans les transports publics, ce qui limitait aussi ses déplacements et ses activités. Il était la plupart du temps incapable de faire face aux activités du quotidien. Le seul investissement possible était celui de la famille, des enfants en particulier. Il se préoccupait de leur éducation et de leur évolution scolaire, passait la plupart du temps chez lui, n'arrivait à investir aucune activité personnelle. Les douleurs cervicales étaient constantes, avec des périodes d'exacerbation qui aggravaient les symptômes dépressifs ; il exprimait le sentiment d'une atteinte irréparable de son intégrité physique, de ses capacités, de ses relations aux autres, avec une absence d'espoir d'un changement. Il présentait toujours une idéation persécutoire au moindre problème rencontré avec autrui. Les hallucinations auditives, critiquées, persistaient. Il n'y avait pas d'autres symptômes de la lignée psychotique ; il avait des troubles du sommeil (s'endormait tard, se réveillait à plusieurs reprises à cause des cauchemars ou des douleurs), une hypervigilance persistante. Les autres symptômes de PTSD se réactivaient selon les situations. Par exemple lorsqu'il avait vu un accident sur la route, il avait éprouvé des flash-back de son accident, de l'angoisse et se réfugiait chez lui. Les cauchemars traumatiques s'accentuaient.

31. Par décision sur opposition du 15 juin 2018, la SUVA a confirmé sa décision du 27 octobre 2017.

32. Le 15 avril 2019, la chambre de céans a déclaré irrecevable le recours déposé par l'assuré à l'encontre de la décision sur opposition de la SUVA du 15 juin 2018.

33. Le 23 avril 2019, le SMR a estimé que du point de vue somatique, il n'y avait pas d'éléments médicaux qui parlaient en faveur d'une aggravation depuis la dernière évaluation.

34. Le 7 mai 2019, la Dresse H_____ a indiqué qu'une expertise neurologique était nécessaire, en relevant qu'en regard de la sévérité du traumatisme de la base du crâne qu'avait subi l'assuré, avec fractures déplacées des condyles occipitaux et du clivus, fracture du processus transverse de la première vertèbre cervicale, du processus styloïde de l'os temporal droit, hémorragie sous-arachnoïdienne entre CO et C3 gauche et subluxation de la mâchoire, il était légitime de s'interroger sur la présence concomitante de lésions axonales diffuse. Pour invalider ce diagnostic, il aurait fallu faire dans les 15-30 premiers jour une IRM cérébrale. Elle n'avait malheureusement pas été effectuée, l'assuré ayant uniquement bénéficié de CT cérébraux. Si un tel examen existait, on pourrait demander une analyse au docteur I_____, radiologue. Sans cet examen, on ne pouvait poser ni invalider ultérieurement le diagnostic par des moyens radiologiques. La seule solution pour étayer ce diagnostic restait l'évaluation par un neurologue compétent dans le domaine des lésions axonales diffuses (notamment le Professeur J_____). Il s'agissait d'une grosse expertise, difficile à réaliser, qui à son sens ne pouvait être confiée à n'importe quel neurologue, au vu de la subtilité du diagnostic.

35. Le 10 mai 2019, l'assuré a requis de l'OAI une expertise neurologique.

36. Par décision incidente du 13 juin 2019, l'OAI a ordonné une expertise psychiatrique, à l'exception d'une expertise neurologique, un rapport d'un neurologue ayant été effectué dans le cadre du séjour de l'assuré à la CRR.

37. A la demande de l'OAI, le professeur K_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport d'expertise le 20 juillet 2019.

    L'assuré se plaignait de douleurs aux cervicales et à la tête, de cauchemars, d'oublis, de stress, de colère, de craintes, de problèmes de couple.

    L'examen neuropsychologique montrait un niveau de fonctionnement intellectuel situé dans la zone « très faible ». Hormis un subtest, tous étaient déficitaires, signalant ainsi des difficultés cognitives globales. Au premier plan, il y avait un ralentissement de la vitesse de traitement massif, constaté aussi bien dans les tests que cliniquement. L'assuré présentait également des difficultés attentionnelles et sur le plan des fonctions exécutives. L'évaluation de la validité des symptômes mettait en évidence un biais de réponse, amenant ainsi à se questionner quant à une éventuelle exagération des symptômes ou un manque de motivation.

    Il a posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant depuis 2015 et épisode dépressif moyen dès 2017, ainsi qu'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques.

    Une réadaptation était envisageable à 50%, de suite, dans une activité stéréotypée simple, aux contacts minimaux sur le plan social. Sa capacité de travail était nulle

dans son ancienne activité. Le temps de présence maximal possible dans l'activité adaptée était de 4h par jour actuellement et la capacité de travail était de 50 % actuellement, par rapport à un emploi à 100 %.

38. Le 11 septembre 2019, le SMR a estimé que la capacité de travail de l'assuré était nulle depuis janvier 2014 dans l'activité habituelle et, dans une activité adaptée, de 50% dès le 1er mai 2015, nulle de 2017 à juin 2019 et de 50% depuis juillet 2019. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas d'utilisation d'un véhicule et de machines de chantier, pas de port de charges de plus de 10kg de façon répétitive, pas de mouvements en flexion/extension au niveau de la cervicale du rachis, pas d'activité nécessitant une responsabilité ni trop de contact avec autrui et pas de travail en équipe.

39. Le 18 septembre 2019, la réadaptation professionnelle de l'OAI, après un entretien avec l'assuré, a proposé de rencontrer l'employeur.

40. Le 4 octobre 2019, la Dresse D_____ a écrit à l'OAI que l'assuré était anxieux, que son état de santé s'était aggravé et qu'une démarche de réadaptation serait nocive pour lui.

41. La réadaptation professionnelle de l'OAI a entendu l'assuré le 16 octobre 2019, lequel a déclaré ne pas pouvoir effectuer de mesure d'orientation à 50%. Il était prévu que le SMR réévalue la situation.

42. Le 1er novembre 2019, le SMR a maintenu l'exigibilité d'une capacité de travail de 50%.

43. Le 18 novembre 2019, la Dresse D_____ a écrit au SMR que l'assuré avait présenté, depuis l'annonce d'une réadaptation envisagée, une exacerbation de l'anxiété avec agitation, de l'irritabilité avec agressivité, une thymie triste, avec désespoir. Il avait augmenté la prise des médicaments, ce qui entraînait de la fatigue, des vertiges, des nausées et des vomissements.

44. A la demande de l'OAI, la Dresse D_____ a transmis, le 10 mars 2020, des renseignements complémentaires.

    Depuis juillet 2019, l'état de l'assuré s'était plutôt péjoré ; la procédure de réadaptation avait été abandonnée, vue la péjoration des troubles ; la symptomatologie dépressive, psychosomatique et somatique cumulées ne permettaient pas une activité quotidienne régulière et avec un rendement. L'assuré restait très irritable, devait se contrôler pour ne pas passer à l'acte, ce qu'il faisait en évitant trop de contacts sociaux et parfois grâce à la présence de sa femme. Il pouvait être impulsif et devenir rapidement projectif s'il était confronté à une frustration, à ce qui lui semblait une injustice. La symptomatologie dépressive, psychosomatique et somatique s'aggravait dès qu'il était soumis à des événements stressants, même légers ou lorsqu'il était confronté à ses limites. Cela n'excluait pas d'avoir comme objectif une reprise d'une activité sans rendement, à visée d'intégration et de suivre l'évolution clinique. Selon celle-ci, une reprise d'activité

professionnelle en milieu adapté pourrait être envisagée, bien que cela semblait peu probable.

45. Le 18 février 2020, la clinique de la douleur de la Tour Medical Group a attesté d'une consultation de l'assuré pour des céphalées-cervicalgies. Un traitement par stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS) a été proposée.

46. Le 3 avril 2020, le SMR a estimé que les limitations fonctionnelles étaient inchangées, de sorte que son rapport du 11 septembre 2019 était confirmé.

47. B_____ SA a indiqué à l'OAI le 4 avril 2020 que l'assuré avait perçu, en 2019, un salaire de CHF 5'981.- par mois.

48. Le 23 avril 2020, l'OAI a fixé à 67,4% le degré d'invalidité de l'assuré. L'année déterminante était 2019. Le revenu sans invalidité était de CHF 87'950 (revenu de CHF 85'771, en 2013, annualisé à « 2018 ») et le revenu d'invalide de CHF 28'658.- (Selon l'ESS 2016, TA1, homme, total, niveau 1, pour 41,7 heures de travail par semaine, à un taux de 50%, avec une déduction de 15%).

49. Par projet du 7 mai 2020, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1er janvier au 31 juillet 2015, (degré d'invalidité de 100%), un trois quart de rente d'invalidité du 1er août 2015 au 31 juillet 2017 (degré d'invalidité de 67%), une rente entière d'invalidité du 1er août 2017 au 31 octobre 2019 et un trois quart de rente d'invalidité dès le 1er novembre 2019.

50. Le 12 juin 2020, l'assuré, représenté par un avocat, a contesté auprès de l'OAI le degré d'invalidité de 67.4%. L'expert K_____ avait indiqué un temps de travail de 4h maximum par jour, ce qui équivalait, pour une activité exercée à raison de 42,8 h/semaine, comme c'était le cas en 2016, à un taux de 46,7% et non pas de 50%. Le taux d'invalidité était donc de 69,57% arrondi à 70%. Par ailleurs, l'abattement devait être augmenté à 20%, compte tenu du temps de travail réduit possible et des limitations dans les contacts sociaux.

51. Le 18 juin 2020, l'OAI a écrit à l'assuré que l'expert K_____ avait indiqué précédemment un taux de travail de 50% et que l'abattement de 15% tenait compte de ses limitations fonctionnelles.

52. Par deux décisions du 12 octobre 2020, l'OAI a alloué à l'assuré les rentes selon le projet de décision du 7 mai 2020.

53. Le 12 novembre 2020, l'assuré, représenté par son avocat, a recouru à l'encontre des décisions du 12 octobre 2020. Il contestait sa capacité de travail de 50% ; une expertise pluridisciplinaire était nécessaire ; il a derechef considéré que son degré d'invalidité devait, en regard de son taux de travail de 46,7%, être de 70%. Par ailleurs l'abattement devait être porté à 20%.

54. Le 7 décembre 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours. Le SMR indiquait tenir compte des évaluations faites à la CRR en 2015, de sorte qu'une instruction médicale n'était pas justifiée : l'expert K_____ avait clairement fixé la capacité de

travail à 50% et la durée hebdomadaire de travail était de 41,7h et non pas de 42,8 h. Un abattement de 20% n'était pas justifié (l'assuré était titulaire d'un permis C, et le manque de maîtrise de la langue française et de formation professionnelle ne constituaient pas un critère de réduction).

55. Le 8 janvier 2021, le recourant a répliqué en relevant que l'évaluation de la CRR datait de plus de 5 ans ; le taux de travail de 50% ne tenait pas compte des troubles physiques et n'intégrait pas le degré d'invalidité de 20% reconnu par la SUVA ; s'agissant du taux de travail de 50%, l'expert psychiatre l'avait évalué sur la base d'une activité de 40h/semaine. Il convenait de prendre en compte les limitations fixées par le Dr G_____, plus étendues que celles retenues par l'OAI.

56. Le 8 février 2021, la chambre de céans a entendu le recourant lors d'une audience. Celui-ci a déclaré : « Ma santé va très mal. J'ai beaucoup de douleurs au niveau de la tête et des cervicales, je suis en état de stress permanent. Je suis très fatigué. J'ai des douleurs en permanence qui varient en fonction des médicaments que je dois prendre tous les jours. Je n'arrive déjà pas à mener les tâches ménagères. Par exemple, je ne supporte pas le bruit de l'aspirateur. J'estime que je suis totalement incapable de travailler. Mon épouse travaille à 100 %. Mon plus grand souci est au réveil, le matin, car j'ai très mal à la nuque et aux vertèbres. Je dois prendre des médicaments, j'en ai certains en réserve lorsque les douleurs sont plus importantes. Avant j'accompagnais mes enfants à l'école mais maintenant ils peuvent y aller seuls. Je ne peux pas faire des courses de plus de 4 à 5 kg en raisons de mes problèmes à la nuque. Ce n'est pas moi qui fait à manger.

    J'ai débuté le traitement de stimulation magnétique proposé par la Clinique de la douleur. J'ai déjà fait quatre séances. Pour l'instant je ne vois aucune amélioration. Le traitement est prévu sur cinq séances et je dois ensuite discuter avec le médecin de la suite. Depuis ce traitement j'ai des tremblements dans la tête mais j'ai néanmoins indiqué à mon médecin que je voulais aller jusqu'au bout du traitement. Lorsque j'ai séjourné à la CRR j'avais très mal. J'avais beaucoup de douleurs, malgré ça les médecins ont insisté pour que je continue le traitement. Mon état de santé ne s'est pas amélioré après ce séjour. J'étais même encore plus stressé. L'expertise auprès du Dr K_____ s'est bien passée même si j'ai eu des difficultés à reparler de mes problèmes.

    Je suis retourné travailler chez B_____ pendant environ six semaines à 50 % sauf erreur fin 2015 début 2016. J'avais cependant trop de douleurs. Sur conseil de ma psychiatre j'ai aussi travaillé dans un centre de brocante derrière la Poste de la Servette vers 2017. J'ai également dû arrêter ce travail en raison des douleurs. J'étais également très nerveux.

    Je vois chaque semaine ma psychiatre, la Dresse D_____. J'ai également des séances de physiothérapie tous les dix jours. Je vois également régulièrement ma médecin généraliste la Dresse H_____. Je n'aime pas prendre les transports publics car j'ai des douleurs à la tête quand le bus démarre, j'ai également des

tremblements quand le bus freine. Je peux faire des petits voyages en voiture mais seulement sous médicaments. Je peux faire seulement des petits voyages, le médecin m'a dit que dès que je sens des effets négatifs des médicaments je dois cesser de conduire. C'est le Dr L_____ qui s'occupe de mon traitement contre la douleur à l'Hôpital de la Tour. C'est mon médecin généraliste qui a fait la demande. Je me vois comme étant totalement incapable de travailler, même dans ma vie de tous les jours, à la maison, je n'arrive pas à aider. ».

L'avocate du recourant a déclaré : « Dans l'ensemble les conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr K_____ sont acceptées, sous réserve que nous estimons que la capacité de travail fixée par l'expert est de 4h comme précisée par celui-ci et non pas un 50 %. Nous souhaitons une expertise plutôt en orthopédie afin d'évaluer les douleurs des cervicales liées aux fractures ainsi que l'interaction avec les troubles psychiques. La décision la LAA est entrée en force en fixant une rente de 20 % ainsi qu'une IPAI de 5 %. L'évaluation était à l'époque contestée et nous estimons qu'une investigation se justifie. Nous maintenons que la capacité de travail doit être calculée par rapport à une activité dans le secteur primaire. ».

57. Le 16 février 2021, le recourant a communiqué un rapport du docteur L_____, FMH en anesthésiologie et traitement interventionnel de la douleur, et relevé que le traitement avait été interrompu après cinq séances en raison d'une péjoration des douleurs ; il demandait une expertise orthopédique avec un consilium en orthopédie / psychiatrie, subsidiairement l'audition du Dr L_____.

    Dans le rapport précité, le Dr L_____ a mentionné un suivi depuis le 18 février 2020, pour des plaintes de douleurs cervicale et céphalées, constantes, aggravées par l'activité physique, le stress et la fatigue ; il avait procédé à cinq séances de stimulation magnétique transcrânienne répétitives (rTMS) à visée antalgique et régulatrice de l'humeur, sans changement, voire même une péjoration des douleurs ; le traitement avait été arrêté ; l'assuré avait une capacité de travail nulle depuis l'accident, en raison des douleurs et limitations fonctionnelles, soit fatigue, troubles du sommeil, douleurs, troubles de la mémoire et concentration ; un autre traitement n'était pas susceptible, à sa connaissance, d'améliorer la capacité de travail.

58. Le 5 août 2021, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une expertise judiciaire à la doctoresse M_____, FMH neurologie, et leur a imparti un délai pour se prononcer sur une éventuelle récusation de l'experte ainsi que sur les questions libellées.

59. Le 11 août 2021, l'OAI s'est opposé à l'ordonnance d'une expertise neurologique en se référant à un avis du SMR du 10 août 2021 et a requis l'ajout d'une question complémentaire.

60. Le 13 septembre 2021, le recourant a requis l'ajout de questions ainsi que la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique ou orthopédique, selon un avis de la

Dresse H_____ du 3 septembre 2021. Par ailleurs, il a souhaité que l'expertise neurologique soit confiée au docteur J_____, FMH neurologie.

61. Le 29 septembre 2021, la chambre de céans a informé le recourant que le Dr J_____ n'acceptait pas de mandat d'expertise.

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) en vigueur dès le 1er 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).
2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
3. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.
4. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).
5. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

   Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.
6. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité au-delà du 31 juillet 2015 (étant relevé que celle-ci est admise du 1er août 2017 au 31 octobre 2019), singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.
7. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).
8. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

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

9. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

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

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

b. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge

ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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

d. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

e. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant

pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

f. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

g. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

10. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la

santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

11. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

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

13. Les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire confiée à un Centre d'observation médicale de l'assurance-

invalidité (COMAI) peuvent le cas échéant être mis à la charge de l'assurance-invalidité (cf. ATF 139 V 496 consid. 4.3). En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance décide de confier la réalisation d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire à un COMAI parce qu'elle estime que l'instruction menée par l'autorité administrative est insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervient dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui aurait dû, en principe, mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituent pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1 bis LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui doivent être pris en charge par l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.2).

Cette règle, qu'il convient également d'appliquer dans son principe aux expertises judiciaires mono- et bidisciplinaires (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.4), ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle a laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents (voir par exemple arrêt du Tribunal fédéral 8C_71/2013 du 27 juin 2013 consid. 2). En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 précité consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.3).

14. En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur l'évaluation du recourant effectuée à la CRR en 2015 ainsi que sur l'expertise psychiatrique du Dr K_____ du 20 juillet 2019 pour conclure à l'exigibilité litigieuse, soit une capacité de travail de 50 % du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles du 1er mai 2015 au 31 décembre 2016 et dès le 1er juillet 2019.

Postérieurement au séjour du recourant à la CRR, les médecins traitants de ce dernier ont attesté de cervicalgies, céphalées, fatigabilité, trouble de la concentration (avis du Dr C_____ du 8 juillet 2015), de cervicalgies (avis du service de neurochirurgie du CHUV du 28 juillet 2015), de persistance de douleurs dans les suites d'une fracture des vertèbres cervicales C1-C2 (avis du Dr E_____ du 9 février 2016), de syndrome post-commotionnel (avis du Dr F_____ du 23 novembre 2016), de céphalées persistantes, de diminution de la mobilité de la colonne cervicale, de trouble sensitif de la région faciale droite (avis du Dr G_____ des 29 novembre et 29 décembre 2016), de douleurs et contractures de la musculature paravertébrale, de douleurs chroniques avec faiblesse importante (avis de la Dresse H_____ des 15 décembre 2016 et 21 novembre 2016), de cervicalgies chroniques et céphalées constantes, de la fatigue, des troubles du sommeil, de la mémoire et de la concentration (avis du Dr L_____ de février 2021).

Au vu de la nature de ces atteintes et la description de leur intensité, ainsi que de l'avis de la Dresse H_____ du 7 mai 2019 selon lequel une expertise neurologique apparait nécessaire, il convient de constater que la situation, du point de vue neurologique, nécessite d'être instruite et que les constatations et conclusions neurologiques succinctes qui ressortent du rapport de la CRR, fondées sur un examen du recourant déjà ancien (mars-avril 2015), sont insuffisantes pour établir les atteintes neurologiques du recourant.

Dans ces conditions, il se justifie d'ordonner une expertise neurologique judiciaire, laquelle sera confiée à la doctoresse M_____, FMH neurologie, Centre d'expertise médicale P_____, à P_____.

Les questions complémentaires requises par les parties seront ajoutées à la mission d'expertise.

S'agissant d'une éventuelle expertise rhumatologique ou orthopédique spécialisée dans le rachis, selon l'avis de la Dresse H_____ du 3 septembre 2021 auquel se réfère le recourant, la question de sa pertinence sera posée à l'experte neurologue.

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

I. Ordonne une expertise neurologique. Commet à ces fins la doctoresse M_____, FMH neurologie, Centre d'expertise médicale P_____, à P_____. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

A. Prendre connaissance du dossier de la cause.

B. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des thérapeutes ayant traité la personne expertisée, en particulier les docteurs H_____, L_____ et Madame N_____, physiothérapeute.

C. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres examens.

D. Charge la Dresse M_____ d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

1. Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type)

2. Plaintes de la personne expertisée

3. Status et constatations objectives

4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)

Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogenèse). En particulier, la personne expertisée présente-t-elle des lésions axonales diffuses ?

4.1. Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.1 Dates d'apparition

4.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?

4.4 Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?

4.5 L'état de santé de la personne expertisée du point de vue neurologique s'est-il amélioré/détérioré depuis le rapport de la CRR du 28 avril 2015 ?

4.6 Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par la personne expertisée).

4.7 Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

4.8 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

4.9 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?

4.10 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

5. Limitations fonctionnelles

5.1 Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic

5.1.1 Dates d'apparition

5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

6. Capacité de travail

6.1 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?

6.1.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

6.1.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? A quel taux ? Depuis quelle date ?

6.1.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

6.2 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis le 1er mai 2015 ?

6.3 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?

6.4 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

7. Traitement

7.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.

7.2 Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?

7.3 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

7.4 En cas de prise d'antalgiques, y compris un traitement antidépresseur, effectuer un dosage sanguin de ces substances afin d'évaluer la compliance.

7.5 Le traitement médicamenteux suivi par la personne expertisée induit-il des effets secondaires ? Si oui lesquels ? Ont-ils un impact et si oui dans quelle mesure sur les capacités fonctionnelles de la personne expertisée ?

8. Appréciation d'avis médicaux du dossier

8.1 Êtes-vous d'accord avec l'avis du SMR du 11 septembre 2019 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail nulle de janvier 2014 à août 2015, de 50 % dans une activité adaptée de mai 2015 à décembre 2016, nulle de janvier 2017 à juin 2019 et de 50 % dans une activité adaptée dès juillet 2019 ? Si non, pourquoi ?

8.2 Êtes-vous d'accord avec l'avis neurologique de la CRR du 28 avril 2015 ? En particulier avec les diagnostics posés et les limitations fonctionnelles constatées ? Si non, pourquoi ?

8.3 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr L_____ de février 2021 ? En particulier avec les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail nulle ?

9. Estimez-vous qu'une expertise rhumatologique ou orthopédique est nécessaire ? Veuillez motiver votre réponse.

10. Quel est le pronostic ?

11. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

12. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles

E. Invite l'experte à déposer, **dans les meilleurs délais**, un rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans.

II. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière | La présidente

Julia BARRY | Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le