

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4215/2017

ATAS/712/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 août 2018

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, anciennement domicilié à GENÈVE,
actuellement sans domicile ni résidence connus

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Christine LUZZATTO et Christian PRALONG, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né le _____ 1965, a travaillé pour B_____ Sàrl comme ouvrier de la construction à 100% dès le 28 juillet 2016.
2. Le 22 août 2016, son employeur a déclaré à la SUVA Caisse nationale d'assurances en cas d'accident (ci-après : la SUVA ou l'intimée) un accident subi par l'assuré le 18 août 2016, précisant que celui-ci était, suite à une torsion de la cheville gauche, tombé d'une échelle d'une hauteur de 2 m en se réceptionnant sur le sacrum, le côté droit et la tête. Les premiers soins avaient été donnés par la docteure C_____, spécialiste FMH en médecine générale.
3. Dans un rapport du 18 août 2016, les docteurs D_____ et E_____, radiologues, ont conclu à une fracture engrainée du passage entre l'arc postérieur et l'arc latéral de la 8^{ème} côte de l'assuré et à un petit trait radiotransparent compatible avec une lésion traumatique au niveau de l'arc latéral de la 9^{ème} côte droite.
4. Dans un rapport du 18 août 2016, le docteur F_____, spécialiste FMH en radiologie a indiqué avoir procédé à un scanner cérébral, le même jour, à la suite d'un traumatisme de l'assuré avec chute au niveau cérébral et cervical avec traumatisme crânien. Il concluait à l'absence de lésion hémorragique intracrânienne, de fracture crâniale ou cervicale et à la présence de remaniements dégénératifs de la colonne cervicale.
5. Le 29 août 2016, la SUVA a informé l'assuré qu'elle lui allouait ses prestations d'assurance pour les suites de l'accident survenu le 18 août 2016.
6. Le 5 décembre 2016, le docteur G_____, spécialiste FMH en radiologie, a conclu que les radiographies lombaires auxquelles il avait procédé le 1^{er} décembre précédent étaient sans particularité.
7. À teneur d'un rapport médical initial du 3 janvier 2017, les premiers soins après l'accident de l'assuré ont été donnés au centre médical de Carteret le 18 août 2016. La chute lui avait causé un TCC (traumatisme crânien cérébral) avec PC (perte de connaissance) et vomissements. Des vertiges et une vision trouble avaient persisté. L'assuré souffrait de douleurs au thorax du côté droit, à la cheville gauche et tout le long de la colonne vertébrale avec une prédominance au niveau cervical et lombaire. Le RX (radiographie par rayons X) du thorax avait mis en évidence une fracture de la 8^{ème} côte de droite. Une douleur avait été constatée à la palpation de la région cervicale, de toute la colonne vertébrale et des muscles paravertébraux correspondants. Il y avait une importante contraction musculaire au niveau de ces muscles et une grande limitation de la mobilité du tronc sur tous les plans. Le diagnostic était une fracture de la 8^{ème} côte de droite, cervicalgie, lombalgie et entorse de la cheville.
8. Le 6 janvier 2017, le Dr G_____ a procédé à une IRM lombo-sacrée en raison de la persistance d'une raideur lombaire importante post-traumatique et conclu à une

légère dessiccation discale L5-S1. Il n'y avait pas de lésion post-traumatique visible à l'examen.

9. Le 6 janvier 2017, la SUVA a demandé à son médecin d'arrondissement, le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, si l'incapacité de travail de l'assuré était toujours justifiée.
10. Le Dr H_____ a examiné l'assuré le 27 janvier 2017. Il a résumé dans son rapport du 30 janvier 2017 l'évolution de l'état de santé de celui-ci selon les pièces communiquées, ses déclarations et les constatations cliniques. Il a posé les diagnostics de contusion des rachis cervical et lombaire, sans lésion traumatologique récente, avec persistance de douleurs à ce niveau, relevant qu'il y avait une suspicion de fracture de côtes à droite, mais que l'assuré n'avait pas apporté de radiographie en rapport. Le bilan avait permis d'éliminer une lésion traumatologique. L'assuré semblait présenter une rigidité importante du rachis. L'expert concluait à un séjour à la CRR dès que possible, avec une reprise de l'activité professionnelle dans les suites.
11. Le 13 mars 2017, la docteure I_____, spécialiste FMH en radiologie, a effectué un CT thoracique (scanner) en raison des douleurs postéro-latérales droites persistantes de l'assuré après fracture costale. Elle a conclu à une fracture consolidée des arcs postérieurs des 8^{ème}, 9^{ème} et 10^{ème} côtes droites sans anomalie sous-jacente ni pleuro-parenchymateuse en regard.
12. Dans un rapport établi le 7 avril 2017 par le docteur J_____, directeur-médical de la clinique romande de réadaptation (ci-après CRR) et spécialiste en médecine physique et réadaptation et rhumatologie FMH, et le docteur K_____, médecin assistant, il est mentionné que l'assuré a séjourné à la CRR du 14 mars au 15 avril 2017. Le diagnostic principal était « thérapies physiques et fonctionnelles pour état douloureux chronique étendu ». Les diagnostics supplémentaires étaient des discrets troubles dégénératifs cervico-dorso-lombaires, une maladie hyperostotante débutante, une chute du 18 août 2016 avec traumatisme crânien simple et des fractures des 8^{ème}, 9^{ème} et 10^{ème} côtes droites. Aucun diagnostic n'avait été posé sur le plan orthopédique et aucune psychopathologie n'avait été détectée sur le plan psychiatrique. La tentative d'entretien entre le psychiatre et l'assuré avait été difficile malgré la présence d'un interprète, car le discours de l'assuré était digressif et très circonstancié. Il se montrait très algique. Sur le plan neurologique, le diagnostic de traumatisme crânien simple avait été retenu. Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient pas par les lésions objectives constatées. Il s'agissait d'un patient kosovar seul et en situation irrégulière en Suisse, appartenant à une famille nombreuse qui vivait en partie de son salaire au Kosovo et qui n'était pas informée de sa situation. Il cohabitait avec des compatriotes, mais s'était fait loger par divers amis depuis sa chute. Ces facteurs contextuels pouvaient influencer négativement ses aptitudes fonctionnelles. Sa participation aux thérapies avait été faible. Il était très souvent perdu et en retard aux thérapies. La barrière de la langue et le comportement douloureux inadapté

avaient compliqué l'adhésion à un programme thérapeutique structuré. De multiples incohérences avaient été constatées. Le patient était capable de faire sensiblement plus que ce qu'il considérait être capable. Il avait par exemple dit ne pas être capable de soulever une petite caisse de 2,5 kg, mais avait ensuite déplacé une chaise sur demande. En l'absence d'atteinte à la santé identifiable, l'incapacité de travail ne pouvait pas être prolongée, mais la réintégration professionnelle s'annonçait difficile. La situation de l'assuré concernant le permis de séjour n'était pas réglée. Il avait été en incapacité totale de travailler dans sa profession de plâtrier-peintre du 14 mars au 5 avril 2017.

Le rapport de la CRR se fondait notamment sur :

- un rapport établi le 20 mars 2017 par la docteure L_____, médecin adjointe de la CRR, suite à une IRM médullaire le 17 mars 2017, qui concluait à l'absence de lésion traumatique décelable sur l'ensemble de la colonne vertébrale de l'assuré. Des protrusions disco-ostéophytiques sans rétrécissement canalaire significatif ni effet de masse sur le cordon médullaire avaient été constatées, sans conflit radiculaire.
 - un rapport établi le 30 mars 2017 par les docteurs M_____, médecin adjoint, et N_____, médecin-assistant, de la CRR, suite à une IRM du médiastin du 30 mars 2017, qui concluait à l'absence de lésions décelable aux parties molles et aux structures osseuses basi-thoraciques à droite, à la hauteur de la zone sensible décrite par l'assuré.
13. L'assuré a requis des prestations de l'assurance-invalidité le 13 avril 2017 en raison d'une incapacité de travail à 100% due à son accident du 18 août 2016, précisant avoir travaillé comme ouvrier de la construction à 100% dès le 28 juillet 2016.
 14. Dans un rapport établi le 21 avril 2017, le Dr H_____ a indiqué qu'à la lumière de l'examen multidisciplinaire réalisé à la CRR, on pouvait s'attendre dès le 21 avril 2017 à une reprise professionnelle de l'assuré dans son ancienne activité.
 15. Une IRM cervicale effectuée par le docteur O_____ le 24 avril 2017 n'a pas mis en évidence d'anomalie disco-vertébrale d'allure post-traumatique chez l'assuré.
 16. À teneur d'un rapport médical établi le 4 mai 2017 par la Dre C_____, la cause de l'incapacité de travail était un accident. Les diagnostics avec effet sur la capacité de travail étaient une lésion traumatique superficielle de la tête, une fracture de la 8^{ème} côte droite, des cervicalgies, des lombalgies et une entorse/foulure de la cheville gauche, existant depuis le 18 août 2016. L'assuré continuait à souffrir de céphalées, de cervico-dorso-lombalgies et de douleurs thoraciques à droite, mais la symptomatologie douloureuse était en amélioration avec des séances de physiothérapie et les AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens). Le pronostic était favorable. L'assuré était en incapacité de travail totale dans son activité de plâtrier-peintre depuis le 18 août 2016. Il ne pouvait pas stationner longtemps debout, marcher pour de longs trajets, soulever et porter des charges, travailler accroupi ou avec les bras et la tête en élévation. Ces restrictions physiques se manifestaient au

travail par l'apparition de douleurs. L'activité exercée n'était plus exigible. Le rendement était réduit à 100% à cause de la douleur. On pouvait s'attendre à la reprise d'une activité professionnelle dans une activité adaptée à 50% dès le 1^{er} juin 2017.

17. Selon un rapport établi par le docteur P_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le 10 mai 2017, l'assuré avait toujours des douleurs et des raideurs dorso-lombaires. Le pronostic était mauvais. L'incapacité de travail était toujours de 100% pour une durée indéterminée. Du point de vue médical, l'activité exercée n'était plus exigible à 30%. Le rendement était réduit à 50% (trop de charges). Les restrictions pouvaient être réduites par une réadaptation avec un effet moyen sur la capacité de travail. Le début de l'aptitude à la réadaptation était le 18 août 2016.
18. La SUVA a informé l'assuré le 14 juin 2017 que selon son service médical, il était apte à reprendre son activité professionnelle à 100% dès le 19 juin 2017 et que les indemnités journalières lui seraient donc allouées à 100% jusqu'au 18 juin 2017.
19. À teneur d'un rapport d'évaluation d'intervention précoce établi par l'OAI suite à un entretien du 28 juin 2017, l'assuré s'était présenté avec de très fortes mimiques douloureuses. Il marchait très lentement et de manière peu sûre. Durant l'entretien, il avait eu, à plusieurs reprises, le souffle comme coupé en raison de douleurs aux côtes. L'assuré semblait mieux comprendre le français qu'il ne le parlait. Il disait ne pas pouvoir reprendre son activité habituelle. Tenant compte du fait que l'assuré était apte à 100% dans son activité habituelle, l'auteur du rapport avait clos le mandat d'intervention précoce.
20. Par projet de décision du 3 juillet 2017, l'OAI a refusé toute prestation à l'assuré. Après instruction de sa demande, il retenait une incapacité totale de travail dans toute activité depuis le 18 août 2016, début du délai d'attente d'un an. Selon les éléments transmis par la SUVA, l'assuré avait retrouvé une pleine capacité de travail dans toute activité professionnelle depuis le 19 juin 2017. Ne présentant pas une année d'incapacité de travail, il n'avait pas droit une rente. Des mesures professionnelles n'avaient pas lieu d'être.
21. Par décision du 28 juillet 2017, la SUVA a confirmé à l'assuré que les indemnités journalières lui seraient versées à 100% jusqu'au 18 juin 2017.
22. Le 15 septembre 2017, l'assuré a demandé à la SUVA de continuer le versement de ses prestations et sollicité l'établissement d'un examen par une clinique spécialisée pour que soit mis en évidence le lien direct entre l'accident et son invalidité. Depuis l'accident, il souffrait de douleurs importantes. Il ne pouvait plus de travailler dans son activité habituelle. Le défaut de paiement était très pénalisant pour lui et il se trouvait dans une situation financière très précaire.
23. En l'absence de contestation de l'assuré, l'OAI a confirmé son projet de décision le 15 septembre 2017.

24. Par courrier réceptionné par l'OAI le 15 septembre 2017, l'assuré s'est opposé au projet de décision, alléguant être totalement incapable de travailler dans son activité de plâtrier. Vu qu'il devait trouver une autre activité dans une activité adaptée, il avait besoin de mesures de réadaptation, car il n'avait aucune formation.
25. Le 12 octobre 2017, les Drs C _____ et P _____ ont indiqué à l'OAI que le patient souhaitait une réadaptation professionnelle et qu'ils le soutenaient dans sa démarche, car il n'était plus en état de reprendre son activité habituelle définitivement.
26. Le 19 octobre 2017, l'OAI a transmis, pour raison de compétence, à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice l'original du courrier de l'assuré non daté et celui de ses médecins du 12 octobre 2017 ainsi que la copie de la décision du 15 septembre 2017.
27. La chambre de céans a enregistré le recours de l'assuré.
28. Par réponse du 20 novembre 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours. La SUVA était intervenue en tant qu'assureur-accidents dans ce dossier et avait pris en charge les suites de l'accident. Selon le rapport de la CRR du 7 avril 2017, l'assuré avait présenté une incapacité de travail limitée dans le temps. Le médecin d'arrondissement de la SUVA indiquait dans son rapport du 13 avril 2017 qu'à la lumière de l'examen multidisciplinaire prolongé réalisé à la CRR, on pouvait s'attendre dès ce jour à une reprise professionnelle de l'assuré dans son ancienne activité. Il n'y avait aucun motif de s'écarter de l'avis de la SUVA, qui reposait sur des conclusions médicales convaincantes concernant la capacité de travail et l'exigibilité. Des mesures d'ordre professionnel ne se justifiaient pas, au regard de l'art. 8 al. 1 LAI, l'assuré pouvant reprendre son activité habituelle à 100%.
29. L'assuré a été convoqué à une audience par courrier du 4 juin 2018, également adressé à ses médecins traitants, la chambre de céans ayant constaté dans le cadre de la procédure parallèle en lien avec la décision de la SUVA que l'assuré était introuvable à l'adresse annoncée dans son recours.
30. Le 3 juillet 2018, les médecins traitants de l'assuré ont informé la chambre de céans avoir remis le 13 juin 2018 en main propre au recourant la convocation du 4 juillet en l'encourageant à se rendre à la convocation.
31. Le 4 juillet 2018, l'assuré ne s'est pas présenté à l'audience.
32. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} 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. 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.
3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Le litige porte sur le droit du recourant à des mesures de réadaptation.
5. Selon l'art. 8 al. 1^{er} LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1^{bis} LAI en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid. 1).

6. Se pose en premier lieu la question de savoir si l'assuré est invalide ou menacé d'une invalidité permanente (art. 28 al. 1^{er} LAI). On rappellera qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C_385/2009 du 13 octobre 2009). Il faut également relever que si une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (arrêt du Tribunal fédéral 9C_464/2009 du 31 mai 2010).

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 ou mentale 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).
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).

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

En présence de douleurs, les données subjectives de l'assuré ne sont pas suffisantes pour justifier une incapacité de travail. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations des assurances sociales, il faut que les douleurs soient explicables, soit qu'elles correspondent aux constatations faites par les médecins (durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind). La fixation de l'incapacité de travail en lien avec un trouble somatoforme relève de la compétence de l'expert psychiatre. Elle nécessite l'existence de troubles psychiques ayant valeur de maladie, et l'expert doit décrire le troubles somatoforme de telle manière que le juriste puisse vérifier que les conditions posées dans la classification médicale CIM-10 au chiffre F45.40 sont réalisées.

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165

consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 244/06 du 20 juin 2007 consid. 6.1 et les références).

La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail.

Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2). Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; arrêts du Tribunal fédéral 9C_387/2009 du 5 octobre 2009 consid. 3.2).

Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable

(symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 590/05 du 27 février 2007 consid. 3.1).

À l'inverse, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

9. 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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il 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.

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).

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. Etant 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).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement

sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

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).

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

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

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

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

12. Selon l'art. 28 al. 2 LPGA, celui qui fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et fixer les prestations dues. Aux termes de l'art. 43 al. 1 1ère phrase LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (art. 43 al. 2 LPGA). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (art. 43 al. 3 LPGA). Le cas échéant, l'assureur pourra rejeter la demande présentée par l'intéressé en considérant que les faits dont celui-ci entend tirer un droit ne sont pas démontrés (cf. ATF 117 V 261 consid. 3b p. 264 et les références).

Selon l'art. 55 al. 1 OLAA, l'assuré ou ses survivants doivent donner tous les renseignements nécessaires et tenir à disposition les pièces qui servent à déterminer les circonstances et les suites de l'accident et à fixer les prestations d'assurance, en particulier les rapports médicaux, les rapports d'expertises, les radiographies et les pièces permettant de déterminer le gain de l'assuré. Ils doivent autoriser des tiers à fournir de tels documents et à donner des renseignements.

Selon l'art. 55 al. 2 OLAA, l'assuré doit se soumettre à d'autres mesures d'investigation ordonnées par l'assureur en vue d'un diagnostic et de la fixation des prestations, en particulier aux examens médicaux que l'on peut raisonnablement lui imposer. Ne sont pas raisonnablement exigibles les mesures médicales qui représentent un danger pour la vie ou la santé de l'assuré.

En présence d'un refus de collaborer, le juge est fondé à procéder à une appréciation des preuves sur la base des éléments du dossier (KIESER, ATSG-Kommentar, Zurich 2003, note 59 ad art. 61). Il ne peut toutefois se contenter d'examiner la décision attaquée sous l'angle du refus de collaborer de l'intéressé et s'abstenir de tout examen matériel de ladite décision sous l'angle des faits médicaux retenus par l'assureur (ATFA non publié du 16 novembre 2001, U 77/01 consid. 3 bb; voir aussi RCC 1985 p. 322).

13. En l'espèce, l'intimé a fondé la décision querellée sur le rapport d'expertise établi par la CRR le 7 avril 2017. Les conclusions des experts se fondent sur un examen effectué par un rhumatologue, un examen neurologique, un examen neuropsychologique réalisé avec un interprète albanais par deux psychologues, une IRM médullaire du 17 mars 2017 et une IRM du médiastin du 30 mars 2017. L'anamnèse est courte et incomplète. Aucun rapport des médecins traitants de l'assuré n'est résumé et ceux-ci n'ont pas été contactés par les experts. Seuls les examens radiologiques effectués depuis l'accident sont mentionnés. Les conclusions du rapport font référence à un examen entre l'assuré et un psychiatre dont il n'y a pas trace au dossier. L'on ne peut déterminer si un psychiatre a réellement examiné l'assuré. Par ailleurs, les conclusions sur le plan psychiatrique mentionnent un entretien difficile malgré la présence d'un interprète, alors que les psychologues qui ont procédé à l'examen neuropsychologique ont mentionné que l'expertisé avait une expression spontanée, fluente et informative et qu'il était collaborant, ce qui apparaît contradictoire. Il est retenu que la participation du recourant aux thérapies avait été faible, ce qui apparaît comme un reproche infondé, dès lors que le rapport précisait que la barrière de langue avait compliqué son adhésion aux thérapies. Par ailleurs, le rapport mentionne de multiples incohérences tout en ne citant qu'un seul exemple concret, ce qui donne une impression de parti pris des experts. Les Drs J_____ et K_____ ont conclu qu'en l'absence d'atteinte à la santé identifiable, l'incapacité de travail ne pouvait être prolongée, en se contentant de relever qu'il y avait des discordances et que les mesures médicales dispensées n'avaient eu aucun effet, ce qui est une motivation insuffisante au regard de la jurisprudence du Tribunal fédéral sur les troubles somatoformes douloureux. Les éléments de fait au

dossier sont trop lacunaires pour pouvoir exclure d'emblée de tels troubles, ce qui permettrait de renoncer à une appréciation du cas par un expert psychiatre. Dans ces circonstances, il y a des doutes quant à la fiabilité et la pertinence de l'appréciation des médecins de la CRR.

Les conclusions de la CRR sont contestées par les Drs C_____ et P_____ dont les rapports ne répondent pas non plus aux réquisits pour se voir reconnaître pleine valeur probante.

La cause ne peut donc pas être tranchée en l'état du dossier et elle sera en conséquence retournée à l'intimé pour qu'il fasse procéder à une expertise par un expert indépendant (art. 44 LPGA).

L'attention du recourant est attirée sur le fait que s'il ne se soumet pas de manière inexcusable à son obligation de collaborer à l'instruction, l'assureur pourra se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière, après lui avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (art. 43 al. 3 LPGA).

14. Le recours est ainsi partiellement admis et la décision querellée sera annulée.
15. Un émolument de CHF 500.- sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1^{bis} LAI).
16. Il ne sera pas alloué d'indemnité de procédure au recourant, qui n'est pas assisté d'un conseil et qui n'a pas fait valoir de frais engendrés par la procédure (art. 61 let. g LPGA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule décision rendue le 15 septembre 2017 par l'intimé.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision.
5. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimée.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée à l'intimée et l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

ainsi qu'au recourant par publication du dispositif dans la Feuille d'Avis Officielle

copie pour information à la Dre C_____