

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4247/2016

ATAS/666/2017

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 3 août 2017

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o Mme B_____, à GENÈVE,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître François
MEMBREZ

recourant

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 ou le recourant), né le _____ 1970, originaire d'Italie, célibataire, entré en Suisse en 2004, titulaire d'un diplôme d'infirmier (1997), a exercé comme aide-soignant à la maison de retraite du C_____ du 1^{er} janvier 2008 au 30 avril 2015.
2. Le 8 décembre 2012, en sortant du travail, l'assuré a glissé sur une plaque de glace. Il est tombé sur le dos, s'est tapé la tête et égratigné la main, selon la déclaration d'accident faite le 21 décembre 2012 à l'assureur.

Il avait préalablement subi deux accidents. Il avait glissé dans sa baignoire en avril 2010 avec probable perte de connaissance de brève durée, à la suite duquel il avait développé des céphalées ainsi que des rachialgies qui s'étaient améliorées spontanément. En février 2012, il avait dû déplacer une patiente de 108 kg qui avait soudainement lâché la potence et lui était tombée dessus, engendrant chez celui-là des douleurs rachidiennes diffuses.
3. Le 20 février 2012, le docteur D_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a indiqué sous « évolution du patient », que les douleurs résistaient, surtout les dorsales. Il n'y avait pas de lésion visible sur les radios et à l'IRM. Le traitement de physiothérapie, d'AINS et de Dafalgan devait se poursuivre. Il voyait le patient toutes les deux semaines. Aucune reprise de travail n'était pour l'instant prévue.
4. Le 22 février 2012, la doctoresse E_____, spécialiste FMH en radiologie, a relevé que les résultats de l'angio-IRM du 21 février 2012 indiquaient que l'IRM cérébrale n'objectivait pas d'anomalie significative. Il fallait signaler une sinusite maxillaire droite et une discrète lésion de sinusite ethmoïdale.
5. Le 1^{er} mars 2012, le docteur F_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie (ci-après : ORL) et chirurgie cervico-faciale, a rappelé quatre traumatismes crânio-cérébral de l'assuré (ci-après : TCC) : chute dans une baignoire un an auparavant ; chute vers l'arrière en portant une patiente ; chute à vélo, sans perte de connaissance, chute sur la neige. Il a conclu à des troubles de l'équilibre avec nystagmus spontané et permanent post-traumatique. Le bilan oto-neurologique serait complété par un examen au calorique lors du prochain contrôle prévu dans dix jours. Au titre de proposition thérapeutique, il suggérerait une rééducation vestibulaire.
6. Le centre médico-chirurgical Vermont-Grand-Pré S.A. a délivré, le 10 décembre 2012, un certificat médical attestant d'une totale incapacité de travailler dès le jour de la consultation. Une reprise à 100 % était prévue environ dix jours plus tard. L'assureur-accident, la Zürich compagnie d'assurance SA, a pris le cas en charge.
7. Le 18 décembre 2012, le docteur G_____, spécialiste FMH en radiologie et médecine nucléaire, travaillant pour la Clinique Générale-Beaulieu, a conclu qu'il n'y avait pas de tassement vertébral macroscopique dans le contexte post-

traumatique récent. Si la symptomatologie clinique persistait, il était à disposition pour pratiquer une IRM complémentaire.

8. Le 20 décembre 2012, le docteur H_____, de la permanence Vermont-Gand-Pré, a confirmé la totale incapacité de travailler du patient. Une reprise était envisagée « selon évolution ».
9. Le Dr H_____ a rempli, le 11 janvier 2013, un certificat médical initial. Selon la déclaration du blessé, il avait glissé sur la glace en arrière, s'était cogné la tête, la colonne dorso-lombaire, le coccyx, la main droite face palmaire. Les diagnostics de polytraumatisme, contusion cervico-dorso-lombaire plus coccyx et de traumatisme crano-cervical avec trouble visuel étaient posés. L'incapacité de travail était totale. La reprise dépendait de l'évolution. Le patient, de son propre chef, avait effectué trois consultations chez le Dr D_____ les 18 et 21 décembre 2012 ainsi que le 8 janvier 2013.
10. Par certificat du 24 janvier 2013, le docteur I_____ a détaillé le scanner crânien sans injection de produit de contraste du 23 janvier 2013. Il n'y avait pas de lésion encéphalique identifiable, ni de lésion encéphalique post-traumatique.
11. La doctoresse J_____ de la permanence Vermont-Grand-Pré, spécialiste des maladies des yeux, a détaillé sa prise de position dans un certificat du 7 février 2013. Elle avait diagnostiqué un syndrome subjectif post-traumatique. La durée des symptômes était très variable d'un cas à l'autre.

Par certificat médical initial du 1^{er} mars 2013, le médecin a indiqué que le traitement avait commencé le 15 décembre 2012. Le patient avait subi une chute dans la rue avec traumatisme crano-cérébral. L'assuré avait une impression d'altération de la vue. Le diagnostic consistait en diminution de l'accommodation et de l'amplitude de fusion en convergence. Le praticien renvoyait sur les indications du médecin-traitant pour ce qui concernait l'incapacité de travail.

12. Le 12 février 2013, le docteur K_____, spécialiste FMH en radiologie, a conclu qu'il ressortait :
 - de l'IRM de la colonne cervicale du 12 février 2013 une discopathie dégénérative en C6 – C7 avec discrète saillie discale focale en postéro-latéral gauche ; il n'y avait pas d'hernie discale, pas de rétrécissement canalaire ou foraminaire ; respect des articulaires postérieures ;
 - de l'IRM de la colonne dorsale du 12 février 2013 une discrète dextro-convexité du rachis dorsal en position couchée ; il n'y avait pas d'anomalie disco-somatique significative ni de rétrécissement canalaire.
13. Le 4 mars 2013, la Clinique de l'œil à Carouge, sous la plume du docteur L_____, spécialiste FMH en ophtalmologie, a mentionné que le patient présentait un champ visuel, PEV et bilan orthoptique dans les limites.

14. SOS-médecins a rempli le 8 mars 2013 le certificat médical initial à l'attention de l'assureur. Sous début du traitement médical, il était mentionné « chute à répétition avec trauma crânien dont la dernière le 8 décembre 2012 ». L'assuré présentait depuis cette date des céphalées, des troubles de l'équilibre, un défaut de convergence oculaire, une démarche déséquilibrée. Il avait été vu par le docteur M_____ le 5 février 2012 et avait été adressé à un neurologue pour un bilan.
15. Le 11 mars 2013, l'assureur a questionné son médecin-conseil. Selon celui-ci, il fallait compter deux à trois mois de prise en charge pour les problèmes dorsolombaires. Par contre, le rapport médical de l'ophtalmologue était nécessaire. En fonction de la lésion, il pourrait y avoir une suite de l'incapacité de travail.

Il ressort d'une annotation manuscrite sur ce document que la gestionnaire du dossier a téléphoné à l'assuré. Une reprise était peut-être prévue pour le 17 mars 2013. Elle attendait des nouvelles.
16. Par certificat médical initial du 14 mars 2013, la doctoresse N_____, spécialiste FMH en neurologie, a attesté de troubles de l'équilibre suite à plusieurs TCC. Elle l'avait adressé à un ORL.
17. Le 24 avril 2013, le docteur O_____, spécialiste FMH en neurologie, a conclu que l'examen neurologique était normal hormis l'existence de très vagues éléments le dirigeant vers une cupulolithiase fruste intéressant le canal semi-circulaire horizontal droit. Pour le reste, le patient présentait de nombreuses manifestations entrant dans le cadre d'un syndrome post-traumatique à la suite de deux commotions cérébrales de brève durée. Le praticien avait longuement discuté de la physiopathogénie de cette atteinte et il l'avait encouragé à reprendre ses activités physiques régulières afin de se redonner confiance et d'améliorer son état général. Le médecin l'avait ainsi encouragé à reprendre ses activités professionnelles de façon progressive dès que possible.
18. Le 1^{er} mai 2013, le docteur P_____, spécialiste FMH en urologie, a indiqué qu'il n'avait pas mis en évidence de façon formelle de facteur organique qui pourrait expliquer les problèmes érectiles. Un bilan neuro-psychiatrique était en cours.
19. Le 8 mai 2013, le Dr F_____ a complété un certificat médical intermédiaire à l'attention de l'assureur. Le diagnostic consistait en hypovestibulie gauche et vertiges post-traumatiques (multifactoriels). L'état était stationnaire, les vertiges permanents avec une instabilité à la marche et avec signes neurovégétatifs. L'incapacité de travail était toujours de 100 %.
20. Dans un rapport du 23 mai 2013, Madame Q_____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP, a détaillé les résultats de l'évaluation neuropsychologique (langage, calcul, gnosies, praxies, orientation, mémoire, fonctions exécutives, attention, raisonnement et élaboration de concepts).

-
21. Par certificat médical du (date illisible mais traité par l'assureur le 30 mai 2013), le docteur R_____, spécialiste FMH en médecine générale, a attesté d'une totale incapacité de travail de l'assuré du 8 décembre 2012 au 2 juin 2013. Une reprise à 25 % était envisageable dès le 3 juin 2013. L'attestation médicale précisait que le patient devait ménager le dos et ne pas soulever de patients.
 22. Le Dr R_____ a attesté d'une incapacité de travail totale depuis le 8 décembre 2012 et d'un essai de reprise à 25 % dès le 3 juin 2013.
 23. Dans un rapport du 7 juin 2013 la Dresse N_____ a fait mention « d'épisodes confusionnels anamnestiques, mais qui pourraient correspondre à une aura migraineuse, voire épileptique le patient a bénéficié d'un EEG. Celui-ci a montré une activité de base correcte (alpha à 9HZ), une électrogénèse réactive et l'absence de focalisation lente et/ou de grapho-éléments épileptiformes. Par contre, j'ai mis en évidence un photo-entraînement bilatéral à la stimulation lumineuse, cette dernière fréquemment vue chez les patients migraineux. M. A_____ n'a jamais souffert de migraine avant les TCC : le photo-entraînement plaide pour l'apparition d'une migraine suite au TCC, étant donné que le patient ne souffrait pas de migraines auparavant et dans son cas, il s'agit très certainement d'une migraine avec aura confusionnelle. Cela s'ajoute donc aux déjà lourdes conséquences des différents TCC et doit être sérieusement pris en compte, étant donné que les aura migraineuses se traitent avec difficulté et que un état confusionnel, même si de la durée maximale de 20 minutes, peut causer des dommages à la personne même et à autrui ».
 24. Les 7 et 14 juin 2013, le docteur S_____, FMH pneumologie, a posé les diagnostics de probable asthme déconditionné par une bronchite simple et syndrome d'apnées-hypophée, obstructives du sommeil.
 25. Dans le rapport du 25 juin 2013, relatif à des radiographies du genou gauche et axiale de rotule du 21 juin 2013, la doctoresse T_____, spécialiste FMH en radiologie, a conclu à une ostéophytose du pôle inférieur de la rotule pouvant être le signe indirect d'une atteinte dégénérative débutante. Pas de gonarthrose, ni d'épanchement.
 26. Dans un rapport du 8 juillet 2013, la Dresse N_____ a rappelé son diagnostic S/P3TCC deux fois avec altération VS perte de connaissance (avril 2010, février 2012, mai 2012), comorbidités : syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil. Le patient se plaignait d'une sensation de confusion, surtout matinée, de durée très aléatoire, qu'il n'arrivait pas à mieux décrire, ainsi que de troubles de l'équilibre (sensation de tangage) qui fluctuaient durant la journée. Le médecin notait aussi une fatigabilité mentale et physique qui se péjorait avec le temps. L'examen neurologique, par rapport aux fonctions cognitives, mettait en évidence des discrets troubles de la mémoire épisodique et des troubles exécutifs. L'examen neurologique somatique était quant à lui normal, si ce n'était un Weber latéralisé à droite et un Unterberger avec déviation vers la gauche. Elle avait demandé une

angio-IRM cérébrale qui n'avait pas montré d'anomalie, notamment au niveau de la fosse postérieure, raison pour laquelle elle n'avait pas de claires explications neurologiques aux plaintes de ce patient. Elle avait conclu à un syndrome post-traumatique suite aux différents TCC, mais en revoyant le patient, celui-ci lui a indiqué aller de pire en pire, surtout en ce qui concernait la fatigabilité. Elle avait pratiqué un ENMG qui n'avait pas apporté d'éléments pertinents. Elle demandait au service de neurologie des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG) de réévaluer le patient.

27. L'assuré a été hospitalisé du 18 au 30 juillet 2013 au service de réhabilitation de l'hôpital Beau-Séjour qui a posé le diagnostic de probable trouble somatique.
28. À la demande de l'assureur-accident, la Clinique CORELA a rendu un rapport d'expertise de (70 pages) le 12 août 2013, soit les docteurs U_____, chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin à Annemasse, Annecy et Sallanches (France), V_____, neurologie pathologie neurovasculaire, médecin à Contamine-sur-Arve et Annemasse (France) et W_____, oto-rhino-laryngologie phoniatrie otoneurologie, médecin à Contamine-sur-Arve, Thonon-les-Bains (France) et auprès de la Clinique CORELA.

Le diagnostic de contusion cervicale était en lien de causalité vraisemblable à plus de 51 % avec l'accident. Son évolution était allée vers la guérison sans complication majeure à craindre, l'IRM de février 2013 n'ayant révélé qu'un état dégénératif. Le statu quo sine avait été atteint en date du 12 février 2013, date de l'IRM de la colonne cervicale ayant formellement exclu toute atteinte post-traumatique de la région du rachis cervical. La capacité de travail était de 100 % (horaire et rendement) dès le 12 février 2013.

La discopathie dégénérative en C6 – C7 n'était pas en lien de causalité avec l'accident.

L'évolution de la simple contusion dorsolombaire et du coccyx avec absence totale de lésion objectivée à l'IRM du 12 février 2013 était allée vers la guérison, avec un statu quo sine atteint à cette date, et il n'y avait aucune limitation fonctionnelle propre à ce diagnostic. Le patient émettait des plaintes, caractérisées par une description de très vives douleurs dorso-lombaires, évaluées à 7/10 sur l'EVA, malgré l'absence de tout traitement antalgique. De l'avis des experts, il s'agissait d'une discordance. De surcroît, l'investigué n'avait mentionné que des dorsalgies dans ses réponses à l'auto-questionnaire de la douleur. Pendant l'anamnèse initiale, le patient était resté assis, immobile et sans modification de position. En l'absence de signes cliniques et neurologiques attestables, ainsi que de lésions dégénératives significatives à l'IRM, une limitation du port de charge n'était pas justifiée. La Clinique CORELA s'éloignait en cela de l'avis du Dr D_____. La capacité de travail était de 100 % horaire et rendement dès le 12 février 2013, date à laquelle le statu quo sine était atteint. Les traitements recommandés étaient uniquement en lien

avec l'état antérieur et n'étaient pas en charge de l'assurance-accidents, en l'absence de diagnostics accidentels encore actifs.

Les discopathies modérées L3 – L4 et L4 – L5 n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident.

Le diagnostic de traumatisme crânien bénin (MTBI) était en lien de causalité certain avec l'évènement du 8 décembre 2012 mais sans incidence sur la capacité de travail. Le statu quo ante pouvait être fixé au 24 janvier 2013, date à laquelle le scanner crânien ne montrait aucune lésion encéphalique post-traumatique identifiable. La capacité de travail était à 100 % dès cette date.

Sur le plan ORL, la contusion labyrinthique était en lien de causalité vraisemblable avec l'accident et le traumatisme crânien de décembre 2012. Le diagnostic était actuellement au stade de rémission, les signes cliniques comme le nystagmus spontané permanent ou la latéralisation à gauche à l'épreuve d'Unterberger étant désormais négatifs. Le statu quo ante était intervenu, en théorie, quatre mois maximum après le traumatisme au plus tard, soit dès le 8 avril 2013, mais l'absence de pathologies actuelles ne pouvait être prouvée que sur la base de l'examen clinique réalisé dans le cadre de l'expertise. Pour cette raison, le statu quo ante était fixé au 22 mai 2013. Il existait une tendance à la majoration des symptômes, avec un contexte psychique sous-jacent probable. Les mêmes examens ORL avaient été réalisés le 1^{er} mars 2013 chez le Dr F_____ sans qu'aucune crise d'agoraphobie ne soit évoquée, alors même que l'intéressé décrivait avoir découvert sa claustrophobie lors de l'IRM cérébral antérieur. Cliniquement, il n'existait pas de trouble de l'équilibre. La marche était tout à fait correcte et les examens réalisés lors de l'expertise étaient normaux, notamment l'examen labyrinthique réalisé par l'experte, lequel était sans particularité et normal. Des tests spécifiques, comprenant un bilan labyrinthique complet, avaient été réalisés, lesquels s'étaient révélés sans anomalie particulière au jour de l'expertise. L'assuré devait encore suivre neuf séances de physiothérapie vestibulaires, lesquelles n'étaient pas à la charge de l'assurance-accidents en l'absence de diagnostic ORL avérés et en présence d'un statu quo ante atteint. La poursuite d'un traitement par un psychologue ou par un psychiatre était à revoir, hors cadre accidentel. Le patient se trouvait en phase de rémission, car les différents examens cliniques et paracliniques étaient normaux. Par ailleurs, les plaintes d'instabilité restaient subjectives et n'avaient pas été mises en évidence avec les examens de CORELA. Concernant la contusion labyrinthique, l'évolution s'était faite vers une disparition des symptômes labyrinthiques périphériques. Le statu quo ante était fixé au 22 mai 2013, cette date étant retenue uniquement sur l'absence formelle de diagnostic le jour de l'expertise, étant sous-entendu que celui-ci avait dû survenir bien avant. Par le passé, aucune limitation fonctionnelle ne pouvait être retenue après le 8 avril 2013. Le patient décrivait une sensation de tangage permanent lequel ne pouvait pas renvoyer vers un diagnostic médical. Même si cette plainte devait être prise en considération par le passé, sur la base de l'examen du Dr F_____, une telle sensation n'empêchait pas une pratique

professionnelle car, de par sa formation professionnelle et son expérience de soignant, l'expertisé était parfaitement apte à sentir si un réel vertige survenait. Par sécurité, il pouvait être admis des limitations du port de charges lourdes (donc au transfert de malades) dans l'activité habituelle durant quatre mois post-accident du 8 décembre 2012. Sa capacité de travail, dans son dernier emploi, était à 100 % quatre mois après l'accident, soit dès le 8 avril 2013, en raison des limitations pouvant être acceptées durant quelques semaines dans l'activité habituelle. Aucune limitation fonctionnelle n'était à décrire.

29. Dans un rapport du 23 septembre 2013, la Dresse N_____ a indiqué que les diagnostics retenus consistaient en S/P3TCC, deux fois avec altération VS perte de connaissance ; migraine avec aura confusionnelle ; claustrophobie. Le patient gardait toujours des symptômes assez typiques : fatigue, ralentissement psychomoteur et trouble de la concentration et disait avoir été encore victime, à plusieurs reprises, d'épisodes confusionnels, suivis d'une céphalée d'allure migraineuse de faible intensité. Il s'agissait d'un diagnostic clinique pour lequel il n'y avait pas d'examen qui puisse objectiver. Le déroulement des symptômes était hautement suggestif et il n'était pas rare que ce type de migraines soit déclenché par un TCC mineur. Le praticien insistait sur le fait que même si le patient ne souffrait pas d'une maladie mise en évidence avec des tests objectifs, le fait qu'il ait des épisodes de confusion pouvait mettre en danger le patient, voire autrui. Le travail avec des personnes déjà fragilisées n'était donc pas indiqué. La claustrophobie était nouvelle. La Dresse N_____ n'entendait pas s'exprimer à ce propos, mais celle-là devait être évaluée par un psychiatre, le patient disant avoir des attaques d'angoisses dans l'ascenseur, ce qui n'aidait pas non plus, dans l'hypothèse où le patient devait reprendre son activité professionnelle.
30. Dans un rapport de la consultation du 9 octobre 2013 le Dr F_____, a indiqué que le patient présentait les mêmes symptômes, c'est-à-dire des vertiges atypiques, avec troubles de l'équilibre. Il n'y avait pas d'autres signes d'appel autologiques. L'examen vestibulaire clinique montrait toujours un Romberg normal et une épreuve d'Unterberger sans particularité. La vestibulo-lystagnographie objectivait un nystagmus spontané et positionnel, surtout la tête en arrière. Les épreuves caloriques montraient une hypo-vestibulie prédominante à gauche. Le spécialiste ORL en concluait que le patient présentait actuellement une persistance des troubles de l'équilibre, avec une diminution de la fonction vestibulaire bilatérale prédominante à gauche. La rééducation vestibulaire devait être poursuivie.
31. Dans un rapport du 14 octobre 2013, Mme Q_____ a indiqué qu'elle avait vu le patient en avril et mai 2013, à la demande de sa neurologue, la Dresse N_____, pour effectuer un bilan neuropsychologique des suites de son TCC survenu le 8 décembre 2012. Ses conclusions étaient les suivantes : troubles de la mémoire épisodique verbale et visuo-spatiale et dans les fonctions exécutives (planification et défaut d'inhibition). (...) Ces difficultés, de nature légère à modérées étaient compatibles avec le TCC de décembre 2012. Mais, l'assuré ayant également été

victime d'une atteinte à la tête en 2010 et 2012, il n'était pas impossible que les précédents chocs aient pu fragiliser l'assuré sur le plan cognitif. En outre l'état anxio-dépressif expliquait probablement une partie des difficultés. À la lecture de l'expertise, notamment des parties qui concernaient son évaluation, elle se permettait de faire quelques remarques.

- a. À la demande de la Clinique CORELA, elle avait fait parvenir une copie de son rapport. Sauf erreur, les conclusions de son bilan ne figuraient pas dans les pièces du dossier neurologique (pages 8 à 10), alors que par la suite, les experts les mentionnaient. Il était difficile de savoir à quoi les experts faisaient référence.
- b. Les trois experts qui avaient vu l'assuré étaient un neurologue, un chirurgien orthopédique et une oto-rhino-laryngologue. Mme Q_____ se demandait comment ils pouvaient juger d'un test neuropsychologique, n'étant pas eux-mêmes des spécialistes dans ce domaine.
- c. En page 76 du rapport, il était fait mention que les plaintes de la fatigue persistante n'étaient pas en lien avec les accidents survenus. Il paraissait étonnant de pouvoir avancer cela avec autant de certitude, alors que toute la littérature sur le sujet montrait que la fatigue était notamment l'une des séquelles qui perturbaient le plus longtemps, après un TCC, même léger, soit encore à six mois pour 34 % des patients, selon une étude dont les références étaient citées.
- d. Les experts avaient retenu que seul le cas du TCC de décembre 2012 avait été validé et que dès lors on ne pouvait pas tenir compte des précédents chocs, comme elle l'avait elle-même fait dans ses conclusions. Un nombre important de TCC légers et de commotions cérébrales n'étaient pas diagnostiqués, très souvent car les patients eux-mêmes ne consultaient pas. De plus en 2010, l'assuré avait été recousu pour une plaie à la tête montrant tout de même la présence d'un impact. De ce fait, il avait été prouvé, notamment chez les sportifs, les effets néfastes d'un second impact sur le cerveau fragilisé, provoquant notamment des séquelles plus graves sur un choc secondaire même léger.
- e. Sur la base des données normales au CT-Scan, les experts concluaient qu'il n'y avait pas de séquelles neurologiques et cognitives et que le cas neurologique était réglé le 24 janvier 2013 (date du scanner). À nouveau, ces conclusions étaient en désaccord avec ce qui était connu de la littérature à savoir que les atteintes cérébrales n'étaient pas forcément visibles à la neuro-imagerie classique. Une étude avait montré que 75 % des patients avaient une IRM et un scanner normal, alors qu'une neuro-imagerie dynamique (PET et SPECT) mettait en évidence des troubles.

Compte tenu de ce qui précédait, elle confirmait son rapport du 23 mai 2013. Il existait dans le cas de TCC légers des complications tardives dites classiques et

l'assuré en présentait tous les symptômes. La prise en charge qui avait été en son temps mise en place était tout à fait adéquate. Il avait été prévu que l'assuré reprenne à 25 % son emploi en juin 2013, avec une reprise progressive de son taux de travail, avec un suivi neuropsychologique et psychologique pour favoriser ce retour. Cette expertise et notamment son contenu avaient mis l'assuré dans une situation émotive supplémentaire, émotions sans lesquelles il serait probablement aujourd'hui, du mois du point de vue cognitif, capable d'assumer son emploi à 100 %.

32. Le 18 octobre 2013, le Dr P_____ a constaté qu'il avait de la peine à mettre en relation les troubles de l'érection de l'assuré et les accidents.
33. Par décision du 30 octobre 2013, l'assureur-accident a mis un terme à ses prestations au 12 février 2013 pour les suites de la contusion cervicale, dorso-lombaire et du coccyx, au 24 janvier 2013 pour les suites du traumatisme crânien et au 22 mai 2013 pour la contusion labyrinthique ; il a considéré que l'assuré était capable de travailler à 100 % dès le 8 avril 2013. Il a confirmé cette décision par une décision sur opposition du 28 février 2014.
34. Monsieur X_____, physiothérapeute FSP, spécialiste en rééducation vestibulaire, a mentionné qu'après une amélioration transitoire, le patient était toujours perturbé par les exercices de rééducation vestibulaire. Les douleurs articulaires avaient disparu. L'état de confusion dont le patient parlait pouvaient-ils être attribué à son instabilité, à ses pertes de mémoire ? Le physiothérapeute constatait que le patient avait été pris en charge par ses soins pour deux séries de séances (du 8 mars au 3 mai 2013, puis du 17 mai au 4 octobre 2013). La rééducation avait été très douce. Le fauteuil rotatoire était toujours très difficile à supporter. Les marches avec rotations rapides, fermer les yeux et faire des exercices devant le mur étaient très difficiles. Après ses vacances, le patient avait l'impression d'avoir régressé. Il ressortait du bilan actuel que le Romberg était un peu instable, l'Unterberger se faisait avec une déviation droite de 20°. Le patient ne frappait plus le sol de ses pieds, la marche aveugle était impossible en arrière. Ses douleurs avaient disparu.
35. Dans un rapport du 18 novembre 2013, le Dr R_____ a indiqué qu'il avait vu le patient dès le 5 mars 2013 dans les suites de sa troisième chute, survenue le 8 décembre 2012, avec impact dorsal et occipital sans perte de connaissance. Les conclusions des nombreux spécialistes évoquaient : un TCC léger avec vertiges atypiques, un nystagnus positionnel et une hypervestibulie gauche post-traumatique ; une migraine avec aura confusionnelle; une claustrophobie, une fatigue chronique, un trouble somatoforme, des troubles érectiles. Avec de nombreuses thérapies, surtout physiothérapeutiques (massages, piscine, rééducation vestibulaire), l'état général s'améliorait lentement. Il avait proposé un essai de reprise de travail à 25 % dès le 3 juin 2013, sans porter de lourdes charges, mais ceci ne s'était pas réalisé ;

36. Le 6 juin 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité en raison de symptômes post-accidentels.
37. Le 19 juin 2014, la doctoresse Y_____, FMH neurologie, a indiqué que l'évolution se poursuivait de manière favorable et une reprise professionnelle pourrait être tentée en automne, en mode thérapeutique et très prudente.
38. Le 20 juin 2014, la Dresse Y_____ a rendu un rapport médical AI dans lequel elle a posé les diagnostics de TCC sur chute de sa hauteur le 8 décembre 2012 avec troubles en mémoire épisodique verbale et visuo-spatiaux légers, troubles exécutifs légers, état anxio-dépressif probable. Chute en avril 2010, accidentelle (a glissé dans sa baignoire). Chute en février 2012, accidentelle (a retenu la chute d'une patiente de 100kg). Chute en mai 2012, accidentelle (chute du vélo de physiothérapie en arrière (selle mal fixée)).

Elle suivait l'assuré depuis le 6 mars 2014, les problèmes actuels remontaient à l'accident du 8 décembre 2012 ; les symptômes étaient les suivants : Fatigue physique, troubles du sommeil, oublis, difficulté de gestion du stress, épisodes d' « état confusionnel ». Ces épisodes surviennent 1-2 x /semaine. Une forte concentration peut induire un épisode. Dans ces moments, il est orienté, mais se sent « perdu » ; il est « différent » de son état normal. Si l'épisode est léger, il peut sortir ; sinon, il reste à la maison. La résolution en est spontanée, après quelques heures. Claustrophobie, ne supporte plus d'avoir, par exemple, un col de chemise serré (sensation d'étouffement), état d'angoisse, troubles de l'équilibre sans latéropulsion, vertiges, diminution d'endurance physique et troubles de l'érection.

Une IRM cérébrale du 21 décembre 2013 n'avait pas révélé de contusion. En conclusion « le patient présente, dans les suites de son TCC, au premier plan des troubles neuropsychiatriques. Une origine épileptique aux épisodes de « confusion » a été exclue dernièrement ; ils entrent donc dans les troubles neuropsychiatriques. Les troubles neuropsychologiques, légers au départ, semblent évoluer favorablement. Sur le plan neurologique, il présente une limitation du VI G asymptomatique et une discrète asymétrie neuroophthalmologique d'avant le TCC, je ne peux pas me prononcer d'emblée dans le sens d'une séquelle du TCC ». L'objectif thérapeutique était une reprise progressive de l'activité professionnelle.

39. Le 11 juillet 2014, le Dr R_____ a rempli un rapport médical AI attestant de quatre chutes avec traumas colonne + syndrome post-traumatique, vertiges sur hypovestibulle G, migraine avec aura confusionnel et trouble somatoforme probable. Il suivait l'assuré depuis le 5 mars 2013 ; l'assuré n'avait jamais été testé dans le cadre d'une reprise du travail à 25 %, il présentait une instabilité, trouble du sommeil, fatigue, trouble de la concentration et de la mémoire, confusion, céphalées, paresthésies des membres, douleurs dorso-lombaires, troubles érectiles, douleurs diffuses du tronc, raideurs, irritabilité.
40. Le 12 août 2014, le docteur Z_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rempli un rapport médical AI attestant d'un diagnostic de trouble de l'adaptation chronique

sans effet sur la capacité de travail ; il y avait une nécessité de réadaptation progressive.

41. Le 14 septembre 2014, l'assuré a été pris en charge au service des urgences des HUG en raison d'une amnésie globale transitoire.
42. Par arrêt du 15 septembre 2014, la chambre de céans a rejeté le recours interjeté par l'assuré à l'encontre de la décision sur opposition de l'assureur-accident du 28 février 2014 (ATAS/997/2014).
43. Le 22 octobre 2014, le Dr F_____ a rempli un rapport médical AI attestant de vertiges atypiques, avec un risque permanent de chutes, des troubles de la mobilité ; l'activité exercée n'était plus exigible.
44. Le 1^{er} décembre 2014, le Dr S_____ a rempli un rapport médical AI attestant d'un syndrome respiratoire fonctionnel obstructif discret.
45. Le 9 janvier 2015, le docteur AA_____, FMH urologie opératoire, a rempli un rapport médical AI attestant de troubles érectiles secondaires, sans effet sur la capacité de travail.
46. Le 20 janvier 2015, la doctoresse AB_____ du SMR a rendu un avis selon lequel malgré le diagnostic du psychiatre, non incapacitant, une évaluation psychiatrique était nécessaire pour évaluer le trouble somatoforme douloureux et, après avoir demandé tous les nouveaux examens depuis juin 2014 et l'avis de la Dresse Y_____, discuter si une expertise pluridisciplinaire était nécessaire.
47. Le 29 janvier 2015, le docteur AC_____, de la Clinique de Genolier, a rempli un rapport médical AI attestant de cervico-dorso-lombalgies et d'un état dépressif.
48. Le 29 janvier 2015, l'assuré a été licencié pour le 30 avril 2015.
49. Le 3 février 2015, le Dr L_____, a attesté d'un traitement d'exercices d'orthoptique à faire à la maison et d'une capacité de travail de 50 % dans l'activité exercée.
50. Le 3 février 2015, la Dresse Y_____ a rempli un rapport médical intermédiaire attestant d'un état de santé amélioré entre juin et septembre 2014 (thymie plus stable) ; il persistait une diminution d'endurance physique avec fatigue, céphalées et oublis et des lombalgies sensibles au froid ; les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : Fatigabilité physique et mentale ; cette dernière pouvait se traduire par une baisse d'attention, de concentration et des oublis. En cas de fatigue, ou d'éventuelle surcharge en terme d'activité, les angoisses pourraient resurgir ; la thymie pourrait diminuer ; les céphalées pourraient être exacerbées. Les lombalgies étaient également à prendre en compte dans les limitations fonctionnelles (position / port de charge adaptée).

Une reprise professionnelle prudente et progressive pourrait être testée.

51. Le 23 février 2015, le Dr R_____ a attesté d'un état de santé stationnaire avec un nouveau diagnostic d'œdèmes lymphatiques MI. Les limitations fonctionnelles

étaient les suivantes : Ralenti, oublis fréquents, asthémie physique et psychique. Une capacité de travail de 25 % dès le 3 juin 2013 était possible ; un autre emploi moins physique était éventuellement envisageable.

52. Le 16 avril 2015, l'assuré a informé l'OAI qu'il avait commencé un stage d'animateur.
53. Le 18 mai 2015, la Dresse AD_____ du SMR a considéré que l'expertise de la Clinique CORELA était claire, motivée et cohérente et que l'assuré était capable de travailler à 100 % depuis le 8 avril 2013.
54. Par projet de décision du 26 mai 2015, l'OAI a refusé à l'assuré tout droit à des prestations au motif qu'il était capable de travailler dans toute activité dès le 8 avril 2013.
55. Le 30 juin 2015, le Dr R_____ a attesté que l'assuré souffrait de vertiges et d'instabilité. Suivi par le Dr AE_____, ORL, il avait fait une réhabilitation vestibulaire prolongée. Il se plaignait de contractures musculaires étendues de toute la colonne, améliorées par de nombreux traitements physiothérapeutiques (massages, en piscine et à sec), d'instabilité fluctuante, de trouble de la vue, de troubles érectiles, d'asthme modéré et d'anxiété, de confusion variable. Il avait une capacité de travail de 25 % dès le 3 juin 2013 jusqu'à ce jour, mais il n'avait jamais eu l'occasion d'en faire l'essai. Il était suivi par beaucoup de médecins et, globalement, après trente mois de traitement, il devait pouvoir reprendre un travail, adapté, avec restrictions.
56. Le 1^{er} juillet 2015, l'assuré, représenté par un avocat, a contesté le projet de décision précité en relevant que l'OAI n'avait pas tenu compte des rapports médicaux des médecins-traitant et que la Clinique CORELA avait rendu son expertise en août 2013, soit un an avant le dépôt de la demande de prestations AI, dans le contexte d'une problématique accident.

Les avis des médecins-traitant contredisaient la conclusion de la Clinique CORELA.

57. Une note de travail du 26 mai 2016 indique que l'assuré est inscrit au chômage à 100 % et est en stage en EMS à un taux de 60 % comme animateur depuis le 1^{er} mars 2016.
58. Le 3 novembre 2016, le docteur AF_____ du SMR a estimé que l'avis du Dr R_____ n'apportait pas d'éléments permettant de s'écarter de l'avis du SMR du 18 mai 2015.
59. Par décision du 7 novembre 2016, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à des prestations de l'AI.
60. Le 8 décembre 2016, l'assuré, représenté par un avocat, a recouru à l'encontre de la décision du 7 novembre 2016 de l'OAI auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente

d'invalidité depuis le 10 juin 2015 ; préalablement il requérait son audition et l'ordonnance d'une expertise judiciaire ; il présentait les symptômes suivants : Douleurs dorsales-lombaires et sacrées sur contractures para-vertébrales, instabilité fluctuante – vertiges atypiques avec troubles de l'équilibre, status post TVP fémoro-poplitée G avec bonne recanalisation, excès pondéral, intolérance au sucre, dyslipémie type 2b ; stéatose hépatique, micro-adénome à prolactine possible, trouble de l'adaptation chronique avec anxiété et atteinte de l'humeur d'intensité variable post accident avec sensation d'étouffements dans des espaces confinés, syndrome modéré d'apnée du sommeil.

L'intimé n'avait pas pris en compte les nombreux rapports médicaux de ses médecins, lesquels contredisaient une capacité de travail totale depuis le 8 avril 2013, et s'était fondé sur l'expertise de la Clinique CORELA, ancienne, et rendue dans un contexte d'assurance-accident. Par ailleurs Mme Q_____, la Dresse N_____ et Madame AG_____ n'avaient pas été interrogées par l'OAI.

61. Le 5 janvier 2017, le Dr AF_____ a estimé que les nouveaux avis des Drs R_____, F_____, AH_____, AI_____, Z_____, S_____ et Y_____ n'apportaient aucun élément médical nouveau incapacitant depuis l'évaluation de la Clinique CORELA.
62. Le 9 janvier 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours en estimant que l'expertise de la Clinique CORELA était probante et que les médecins-traitant du recourant avaient rapportés des atteintes à la santé non incapacitantes.
63. Le 13 février 2017, le recourant a répliqué en relevant que les oedèmes des membres inférieurs relevés par la Clinique CORELA et le Dr R_____ n'avaient pas fait l'objet d'investigations, que le syndrome d'apnée du sommeil était invalidant, que l'obésité, l'anémie et le diabète avaient une répercussion sur le « statut financier » et que les Drs Z_____, F_____ et Y_____ faisaient aussi état de symptômes incapacitants. Il devait à tout le moins bénéficier des mesures d'ordre professionnel.
64. Le 13 mars 2017, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

Le recourant a déclaré : « J'ai été victime de quatre accidents entre 2010 et 2012. Depuis le dernier accident je ne vais pas bien. Ma vie est changée, elle est réduite, je lutte chaque jour, je me sens ralenti. Je souffre de confusion dès le matin, de vertiges, migraines, d'œdèmes aux jambes, de douleurs lombaires avec le dos qui se bloque et de douleurs aux épaules. J'ai aussi des oublis, les mains qui tremblent, l'intelligence qui s'est réduite, des difficultés au niveau sexuel, une sensibilité au stress, à la fatigue, de l'asthme, de la dyspnée et des apnées du sommeil difficiles à traiter, le champ visuel rétréci avec une double vision, du diabète et de l'anémie. J'ai débuté une reprise thérapeutique ainsi qu'un stage à 50 % à AJ_____ durant 4 à 5 mois comme assistant socio-éducatif. Je suis actuellement aidé par l'hospice général et j'essaie de trouver avec l'aide de ma conseillère un travail adapté. J'ai été

vu par trois experts de la Clinique CORELA. Le rapport mentionne des choses erronées comme une addiction à l'alcool ou encore un comportement inadéquat de ma part. J'ai la volonté de travailler mais il est difficile de trouver un travail adapté à mes limitations. Comme assistant socio-éducatif je ne faisais pas de tâche lourde. J'étais content de cette activité qui était adaptée. Je faisais surtout des tâches d'animation. J'envisage de reprendre des études et je souhaite des mesures d'ordre professionnelles de l'OAI ».

L'avocat du recourant a déclaré : « Je souhaite une expertise judiciaire, orthopédique, rhumatologique, ORL et éventuellement médecine interne. Je dépose un bordereau de pièces complémentaires ».

Le recourant a déposé les pièces suivantes :

- a. Une attestation de la Dresse AH_____ du 8 mars 2017 selon laquelle l'assuré avait été victime d'une contusion cervicale et lombosacrée, qu'il avait bénéficié de multiples séances de physiothérapie et qu'une mesure de réadaptation était appropriée pour retrouver un travail sédentaire ;
 - b. Une attestation du docteur AK_____, FMH médecine interne, maladie rhumatismale, du 8 mars 2017, indiquant qu'il transmettrait prochainement un rapport rhumatologique concernant sa pathologie ;
 - c. Une attestation du 9 mars 2017 de Monsieur AL_____, physiothérapeute, selon laquelle l'assuré présentait des douleurs au simple touché.
65. Le 28 mars 2017, le Dr AK_____ a communiqué un rapport de consultation du 27 mars 2017 selon lequel : « L'anamnèse fait état de quatre chutes de sa hauteur entre 2010 et 2012 ayant entraîné une cascade de symptômes de type neurologique. Parallèlement le patient a développé des douleurs de sa colonne vertébrale se manifestant par des cervico-scapulo-brachialgies bilatérales ainsi que des lombalgies, avec une tendance au verrouillage matinal, favorisées par le froid, l'humidité et la station debout prolongée. Ces symptômes sont bien soulagés par le repos et la physiothérapie soit à sec soit dans l'eau. L'absence de douleurs nocturnes et l'amélioration des symptômes au repos permettent dans tous les cas d'écarter une affection de la colonne vertébrale de type inflammatoire. L'anamnèse dirigée ne met par ailleurs pas en évidence d'élément pour une maladie spécifique de type inflammatoire des articulations des 4 membres.

Cliniquement hormis une raideur des segments cervical et lombaire accompagnée de douleurs à la palpation des muscles para-vertébraux. L'examen des 4 membres ne montre ni défaut d'axe, ni flexum, ni synovite, ni points de fibromyalgie.

Le bilan biologique récent met en évidence un très discret paramètre inflammatoire (CRP = 12 mg/l pour une norme jusqu'à 5) qui ne me paraît pas en lien avec les symptômes mécaniques du patient. Monsieur A_____ m'a fait part de l'amélioration de ses troubles vertébraux qui sont actuellement traités en physiothérapie chez Monsieur AL_____. Il est question d'une reprise de travail à

50 % prochainement. Dans le contexte de ces troubles vertébraux de type dégénératif, je préconise la poursuite de ce même traitement associé au Dafalgan et au Tilur retard ».

66. Le 26 juin 2017, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une expertise aux docteurs AM_____, neurologue FMH, AN_____, FMH en médecine interne et en rhumatologie, et à Madame AO_____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP, et leur a imparti un délai pour faire valoir leur éventuel motif de récusation et pour faire toute remarque sur les questions libellées dans la mission d'expertise.

67. Le 17 juillet 2017, le recourant a requis une modification du point III B et communiqué les pièces suivantes :

- un rapport du 5 mai 2017 du docteur AP_____, spécialiste FMH en médecine physique, réadaptation et en rhumatologie, selon lequel il retenait « des douleurs diffuses des membres inférieurs et des pieds probablement d'origine multifactorielle avec :

- 1- Un syndrome douloureux chronique
- 2- Lombalgies chroniques mécaniques avec possibles composants de canal lombaire étroit (revoir les examens déjà effectués)
- 3- Cervicalgies chroniques mécaniques
- 4- Œdème du membre inférieur G probablement sur insuffisance veineuse
- 5- Fasciopathie plantaire G > D dans un contexte de pieds discrètement plats. »

Il a émis des propositions de traitements.

- un rapport du 12 juillet 2017 du Dr R_____ posant les diagnostics de :

Syndrome post TCC

Syndrome douloureux chronique - fibromyalgie, cervicalgies et lombalgies mécaniques chroniques

Tendance aux pieds plats

Œdèmes des membres inférieurs sur insuffisance veineuse, plus marqués à G qu'à D (TVP récente à G)

Diabète de type 2

Syndrome d'apnées du sommeil (échec appareillage)

L'état de santé s'était globalement lentement amélioré ; « la capacité de travail et son pourcentage doivent être évalués dans un travail adapté (stress - effort prolongé - fatigabilité). Pronostic favorable dans un travail adapté mais sombre si cette évaluation, demandée depuis longtemps, ne se fait pas ».

-
68. Le 17 juillet 2017, l'OAI, en se référant à un avis du SMR du 13 juillet 2017, a estimé qu'une expertise judiciaire n'était pas justifiée, en présence d'une expertise pluridisciplinaire au dossier, tout en indiquant qu'il n'avait pas de motif de récusation à faire valoir, ni de modification de la mission 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 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. A 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.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.
5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique 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 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).
6. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui

peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

7. 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).
8. 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. A 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 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).

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).

Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier 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; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

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).

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. A 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).

9. 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).

10. 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 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).
11. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), 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.
12. a. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

b. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

c. Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu

parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

d. Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49 %, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50 %, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

13. En l'espèce, le rapport de la Clinique CORELA sur lequel l'intimé s'est fondé pour rendre la décision litigieuse, est insuffisant pour déterminer le droit du recourant à des prestations d'invalidité ; en effet, il a été rendu dans le cadre de la procédure LAA et s'est principalement attaché à répondre à la question spécifique du lien de causalité entre les divers troubles allégués et l'accident en cause. Par ailleurs, les avis subséquents des différents médecins-traitant du recourant (Drs N_____, F_____, R_____, Y_____, AC_____, L_____, AH_____ et AK_____) lesquels font état de diverses pathologies pouvant influencer la capacité de travail de celui-ci, tout comme l'examen neuropsychologique de Mme Q_____ relevant

des complications tardives des divers traumatismes cranio-cérébraux subi par le recourant, permettent de conclure à la nécessité d'une instruction médicale complémentaire, par le biais d'une expertise pluridisciplinaire, rhumatologique, neurologique et neuropsychologique.

Celle-ci sera confiée aux docteurs AM_____, neurologue FMH, à Lausanne, AN_____, FMH en médecine interne et en rhumatologie, à Epalinges et à Madame AO_____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP, à Carouge.

La question III B sera complétée dans le sens voulu par le recourant.

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

Préparatoire :

- I. Ordonne une expertise médicale. La confie aux Drs AM_____, neurologue FMH, à Lausanne, AN_____, FMH en médecine interne et en rhumatologie, à Epalinges et à Madame AO_____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP, à Carouge.

Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

II. Du point de vue rhumatologique (Dr AN_____) :

- A. Prendre connaissance du dossier de la cause.
- B. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité M. A_____, notamment le Dr AK_____.
- C. Examiner M. A_____.
- D. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes:
1. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
 2. Quelles sont les plaintes de M. A_____ ?
 3. Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre M. A_____ (diagnostics avec et sans répercussion sur la capacité de travail, dates d'apparition) ?
 4. Quel est le status détaillé et l'évolution du status depuis le début de l'atteinte ?
 5. M. A_____ suit-il un traitement adéquat ?
 6. Quelles sont les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic ?
 7. a) Compte tenu de vos diagnostics, M. A_____ pourrait-il exercer une activité lucrative ? Si non, pourquoi ?
b) Si oui, laquelle ? À quel taux ? Depuis quelle date ?
c) En particulier l'ancienne activité est-elle exigible ? Si non, une activité adaptée est-elle possible ? Si non ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ?
d) Comment la capacité de travail de M. A_____ a-t-elle évolué depuis le 8 décembre 2012 ?
 8. Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

9. Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
10. Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?
11. Etes-vous d'accord avec l'avis de la Clinique CORELA du 12 août 2013 ? En particulier avec les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail totale dès le 8 avril 2013 ? Si non, pourquoi ?
12. Quel est le pronostic ?
13. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?
14. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

III. Du point de vue neurologique (Dr AM _____) :

- A. Prendre connaissance du dossier de la cause, en particulier du rapport d'examen neuropsychologique de Mme AO_____.
- B. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité M. A_____, notamment la Dresse Y_____.
- C. Examiner M. A_____.
- D. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes:
 1. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
 2. Quelles sont les plaintes de M. A_____ ?
 3. Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre M. A_____ (diagnostics avec et sans répercussion sur la capacité de travail, dates d'apparition) ?
 4. Quel est le status détaillé et l'évolution du status depuis le début de l'atteinte ?
 5. M. A_____ suit-il un traitement adéquat ?
 6. Quelles sont les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic ?
 7. a) Compte tenu de vos diagnostics, M. A_____ pourrait-il exercer une activité lucrative ? Si non, pourquoi ?
b) Si oui, laquelle ? À quel taux ? Depuis quelle date ?
c) En particulier l'ancienne activité est-elle exigible ? Si non, une activité adaptée est-elle possible ? Si non ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ?
d) Comment la capacité de travail de M. A_____ a-t-elle évolué depuis le 8 décembre 2012 ?

8. Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?
9. Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
10. Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?
11. Êtes-vous d'accord avec l'avis de la Clinique CORELA du 12 août 2013 ? En particulier avec les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail totale dès le 8 avril 2013 ? Si non, pourquoi ?
12. Quel est le pronostic ?
13. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?
14. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

IV. Du point de vue neuropsychologique (Mme AO _____) :

- A. Procéder à un examen neuropsychologique de M. A_____.
- B.
 1. M. A_____ subit-il une diminution de sa capacité de travail en raison de troubles neuropsychologiques ?
 2. Si oui depuis quelle date et dans quelle mesure ?
 3. Êtes-vous d'accord avec les conclusions de l'examen neuropsychologique effectué par Mme Q_____ le 23 mai 2013 ? Si non, pourquoi ?
 4. Êtes-vous d'accord avec l'avis de Mme Q_____ du 14 octobre 2013 ? Si non, pourquoi ?

V. Appréciation consensuelle du cas (Dr AM_____ neurologue et Dr AN_____ rhumatologue) :

Compte tenu des limitations fonctionnelles rhumatologiques, neurologiques et neuropsychologiques, M. A_____ dispose-t-il d'une capacité de travail ? Si oui, à quel taux et depuis quelle date ? Si non ou dans une mesure restreinte quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

VI. Réserve 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