

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4247/2016

ATAS/701/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 août 2018

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 ; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,
Juges assesseurs**

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 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-hypopnée, 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 montant 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 10 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 hypovestibule 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 (TSD) 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-poplité 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 la AV_____ 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 AJ_____, 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 AK_____, physiothérapeute, selon laquelle l'assuré présentait des douleurs au simple touché.
65. Le 28 mars 2017, le Dr AJ_____ 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 AK_____. 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 AL_____, neurologue FMH, AM_____, FMH en médecine interne et en rhumatologie, et à Madame AN_____, 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 AO_____, 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.
69. Le 5 décembre 2017, Mme AP_____ a rendu son rapport d'examen neuropsychologique.

La plainte qui prédominait était la fatigue chronique, engendrant des difficultés de concentration, des vertiges et une sensation d'oppression au niveau de la tête.

Elle a observé un tableau dans lequel prédominaient des performances déficitaires dans les épreuves appréciant la mémoire épisodique (difficulté dans la consolidation des informations verbales et non verbale), la mémoire de travail, le fonctionnement exécutif et l'attention. Les autres domaines cognitifs appréciés (langage, orientation, gnosies...) étaient globalement préservés.

Concernant l'évolution, si l'on considérait la nature des troubles observés, le tableau restait superposable à celui mis en évidence à l'examen neuropsychologique réalisé en mai 2013. En revanche, concernant le degré de sévérité de l'atteinte cognitive, les déficits actuels étaient clairement plus marqués que lors de la précédente évaluation.

Quant à l'analyse de la validité, elle observait certaines incohérences dans les performances de certaines épreuves. Ces résultats n'étaient pas compatibles avec ses observations cliniques ; l'assuré présentait certes des signes d'une discrète fluctuation attentionnelle, mais semblait bien présent et vif sur toute la durée de la séance. Un test de validité (TOMM) indiquait des résultats clairement en dessous du seuil admis (avec des résultats à la limite de ce que l'on pouvait obtenir en répondant au hasard).

L'aggravation des troubles cognitifs, en regard de l'examen neuropsychologique précédent, ne pouvait pas être expliquée par la composante traumatique, puisqu'habituellement les séquelles d'un traumatisme crânien avaient tendance à se stabiliser, voire à s'améliorer avec le temps. La participation de la composante psychique au tableau cognitif était très peu probable à l'heure actuelle.

En résumé, l'ensemble de ces incohérences, ainsi que ses observations cliniques, laissaient suspecter que l'assuré fournissait un effort cognitif inconstant pendant l'examen et parfois clairement insuffisant. Etant donné les signes de discordance, l'examen neuropsychologique n'était pas valide et ne lui permettait pas de se prononcer quant à la capacité de travail. Néanmoins, rien ne permettait d'affirmer, dans cette situation, que le défaut d'effort cognitif était un processus conscient.

70. Le 7 décembre 2017, le Dr AL_____ a rendu son rapport d'expertise.

L'assuré se plaignait de fatigue chronique, de difficulté à rester debout, à se réveiller, de vertiges, de problèmes de vue, d'une impression de manque de repère, de céphalées, de difficultés de concentration, d'oublis, de faiblesse, de

tremblements, de difficultés à gérer le stress, de claustrophobie et de douleurs multiples.

Un électroencéphalogramme du 22 novembre 2017 était normal, tout comme les IRM des 12 et 21 février 2013 ainsi que les scanners des 23 janvier 2013 et 25 novembre 2013.

L'assuré apparaissait détendu, peu souffrant, maniant l'humour, et ceci surtout durant l'entretien. En revanche, l'examen neurologique était parasité par des anomalies très atypiques sur le plan neurologique, en particulier lors des épreuves debout et d'équilibre. Il existait également un comportement douloureux et l'assuré surréagissait lors de la palpation même légère du segment jambier ddc. Il existait également des troubles sensitifs mal systématisés, qui dépendaient de la collaboration du sujet. En dehors de cela, le status neurologique détaillé ne mettait en évidence aucune anomalie objective et, en particulier, il n'y avait pas de méningisme, de signe d'hypertension intracrânienne au fond d'oeil, de latéralisation, de signe médullaire ou radiculaire, et ceci tant aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs, ni de signe vestibulaire. Sur le plan neuropsychologique, le comportement de l'assuré tel qu'observé par Madame AN_____, rejoignait ses observations. Son examen détaillé permettait de mettre en évidence des anomalies que l'on peinait à expliquer sur la base des éléments objectifs. En effet, le tableau n'était pas cohérent pour des séquelles de TCC ; les anomalies cognitives s'étaient péjorées depuis celles observées en 2013 ; de plus, les quatre événements déclarés étaient tous des TCC mineurs, et aucune lésion significative du parenchyme cérébral n'avait été documentée par IRM.

Au total, compte tenu de l'ensemble des éléments à disposition, anamnestiques, cliniques, électrophysiologiques, on ne pouvait retenir de diagnostic neurologique spécifique à l'origine des plaintes de cet assuré. Il confirmait les conclusions de l'expertise CORELA, qui avait considéré un TCC mineur, avec retour au statu quo ante le 24 janvier 2013. En effet, malgré les quatre chutes, il n'y avait aucune anomalie objective qui expliquerait sur le plan somatique la persistance de plaintes en relation avec les TCC. Le diagnostic de syndrome post-commotionnel persistant était controversé et, à l'heure actuelle, mis sur le compte de facteurs plutôt psychologiques ou psychosociaux, mais pas en lien avec une lésion organique du système nerveux engendré par le traumatisme. De plus, le tableau actuel tel qu'annoncé par l'assuré était très atypique, et dépassait de loin ce qui était habituellement décrit dans le cadre de ce syndrome, par ailleurs très peu spécifique. En tenant compte des plaintes, on était en mesure également d'exclure une migraine, avec ou sans aura, et il n'y avait également aucun argument, ni clinique ni électrophysiologique, en faveur d'une épilepsie. Il n'y avait pas non plus de signe de souffrance radiculaire ou médullaire qui pourrait expliquer le syndrome douloureux. Il n'y avait donc aucun diagnostic avec un impact professionnel d'un point de vue neurologique.

71. Le 8 décembre 2017, le Dr AM_____ a rendu son rapport d'expertise.

L'assuré se plaignait de fatigue chronique, de ralentissement, de manque d'énergie, de confusion, d'oublis, de manque de mots, de tremblement des mains, de céphalées avec confusion, de douleurs aux jambes, de difficultés à rester debout, de douleurs plantaires, d'œdèmes aux membres inférieurs, d'essoufflement à l'effort, de constipation, de brûlure d'estomac, de difficultés à vider sa vessie, de troubles érectiles, de vertiges et de vision abaissée. Les plaintes de l'assuré étaient multiples et mal systématisées. Il adoptait un comportement douloureux très démonstratif.

Du point de vue ostéo-articulaire, on peinait à comprendre l'importance du syndrome douloureux, sa résistance à tous les traitements et surtout l'importance de la gêne fonctionnelle annoncée et ses répercussions professionnelles alors que les rapports radiologiques ne mentionnaient que des constatations relativement banales. Une bonne partie des symptômes était attribuée aux suites d'un traumatisme crânio-cérébral qui aurait engendré des troubles neuropsychologiques et otoneurologiques.

Il a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail de cervicalgies et lombalgies chroniques non spécifiques, de vertiges intermittents sur possible cupulolithiase, d'œdème du membre inférieur gauche sur insuffisance veineuse statues après thrombose veineuse profonde probablement depuis 2015, de syndrome modéré d'apnées-hypopnées du sommeil, au moins depuis 2013, traité actuellement par un appareillage de pression positive et de gonalgies avec chondropathie anamnétique et syndrome rotulien droit.

Les différentes anomalies somatiques (contusion cervicale, contusion dorso-lombaire et du coccyx, possible contusion labyrinthique, traumatismes crâniens, cervicalgies, lombalgies, douleur au genou, éventuelle fasciopathie plantaire, insuffisance veineuse, excès pondéral, syndrome modéré d'apnées-hypopnées obstructive du sommeil, asthme hyperprolactinémie et stéatose hépatique) ne pouvaient expliquer qu'une petite partie des douleurs chroniques et des symptômes.

Différentes incohérences avaient été évoquées ci-dessus, notamment au niveau neuropsychologique. Il y avait cependant une constance dans les nombreux symptômes annoncés par l'assuré. Il n'y avait pas d'argument pour penser qu'il s'agissait d'une exagération volontaire ni, a fortiori d'une simulation. En ce qui concernait la gravité, on ne pouvait pas parler d'anomalies somatiques graves, mais plutôt d'une association d'affections de degré léger à modéré. Force était de constater que l'assuré avait conservé un bon réseau social et qu'il n'y avait pas de limitation uniforme dans tous les domaines comparables de la vie. La description de ses différentes activités actuelles démontrait qu'il possédait encore d'importantes ressources. Bien qu'il ait présenté des symptômes dépressifs et anxieux, il n'y avait pas d'argument pour une comorbidité psychiatrique significative.

Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : Limitation pour le port de charges très lourdes (>20 kg) et pour les travaux en élévation des membres supérieurs de façon répétée ou prolongée, les travaux en hauteur ou en terrain

instable, les travaux exclusivement en station debout, la conduite automobile professionnelle à défaut d'un contrôle de l'efficacité du traitement du syndrome d'apnée du sommeil et les travaux en stations accroupies ou à genoux.

Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, l'exigibilité était de 100 %, d'un point de vue médico-théorique. Il n'avait pas d'argument pour s'éloigner des conclusions de l'expertise CORELA qui retenait une capacité de travail récupérée au plus tard au 8 avril 2013. La dernière activité exercée était celle d'aide-infirmier et d'animateur. A priori, cette activité lui permettait d'alterner les positions et était compatible avec les limitations fonctionnelles susmentionnées. Il devrait porter des bas de contention au membre inférieur gauche, même s'il disait mal les supporter. D'un point de vue médical, il n'y avait pas de critères objectifs de gravité, notamment en l'absence de démonstration d'une pathologie neurologique grave. Ayant perdu son ancien emploi, il avait fait des cours d'animation, activité qui était totalement compatible avec ses différents problèmes et qu'il pourrait théoriquement exercer à 100 %. Les perspectives d'une reprise d'activité professionnelle étaient cependant très assombries par des éléments conjoncturels, notamment la très longue durée d'incapacité de travail, le conflit asséculoologique et le fait que l'assuré s'estimait incapable de travailler dans son ancienne activité, tout comme il s'estimait limité, même dans une activité adaptée.

72. Le 24 janvier 2018, le Dr AF_____ du SMR a relevé que les experts ne retenaient aucune atteinte à la santé pouvant jouer un rôle sur la capacité de travail, depuis 2013, confirmant ainsi les conclusions précédentes du SMR.
73. Le 25 janvier 2018, l'OAI a maintenu ses conclusions.
74. Le 5 mars 2018, le recourant a observé que la composante psychiatrique n'avait pas été examinée de manière satisfaisante dans le cadre de l'évaluation neuropsychologique ; ce test était considéré comme invalide sans que le défaut d'effort soit considéré comme étant une simulation ; le rapport du Dr AL_____ contenait des inexactitudes (il était suivi par un médecin-psychiatre et non seulement par un psychologue, il présentait une réduction de son champ visuel qui amplifiait les vertiges) ; le Dr AL_____ avait émis un jugement sur ses manifestations de douleurs ; quant au Dr AM_____ il confirmait l'expertise de la Clinique CORELA alors même que les pratiques de ce centre avaient été dénoncées ; le Dr AM_____ avait indiqué qu'il n'avait pas d'activité sportive tout en citant la pratique du tennis, du patin à glace et de la course à pied ; or, il ne pratiquait aucun de ces sports. Le Dr AM_____ faisait preuve de subjectivité en relevant un comportement douloureux démonstratif ; il évoquait un diagnostic d'aponevrosik plantaire sans effectuer les examens permettant de confirmer celui-ci ; il ne motivait pas le caractère non incapacitant de la fibromyalgie. Un psychiatre aurait dû être sollicité pour évaluer cette pathologie ; le Dr AM_____ excluait une comorbidité psychiatrique sans avoir consulté le Dr Z_____, lequel attestait d'un TSD.

Sa capacité de travail était évaluée à 100 % malgré un nombre important de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail. Il ne pouvait exercer une activité à un taux supérieur à 50 %. Une expertise psychiatrique devait être ordonnée.

Il a versé au dossier les pièces suivantes :

- Un rapport de bilan final d'OSEO Genève du 27 septembre 2017 concernant un projet professionnel de l'assuré d'assistant socio-éducatif CFC et réceptionniste.
- Un avis du docteur L_____, FMH ophtalmologie, du 14 février 2018 attestant d'une réduction du champ visuel entraînant une incapacité à conduire et pouvant entraîner des vertiges.
- Un rapport du Dr Z_____ du 19 février 2018 attestant d'un trouble de l'adaptation chronique, déjà relevé en novembre 2016, une fatigabilité et une sensibilité au stress nécessitant une adaptation du travail et une réadaptation progressive au travail ; actuellement, de par la cristallisation et récurrence des symptômes de fatigabilité, faiblesse, troubles de la marche, vertiges, peur d'étouffement, problèmes de sommeil, troubles de la concentration et de la mémoire, on pouvait parler d'un diagnostic de trouble somatoforme.
- Un article du Temps du 23 février 2018 concernant la Clinique CORELA.
- Un avis du Dr F_____ du 25 février 2018 attestant de vertiges paroxystiques bénins avec des antécédents de traumatisme cranio cérébral.
- Un rapport de la docteure Y_____, FMH neurologie, du 25 février 2018 attestant d'un suivi depuis le 6 mars 2014 ; son examen du 25 janvier 2018 mettait en évidence des signes fonctionnels à prendre au sérieux qui pourraient être secondaire à l'accident du 8 décembre 2012, voire à la non-reconnaissance des difficultés post-traumatiques de l'assuré ; l'examen neurologique était normal mais l'assuré présentait cliniquement des troubles fonctionnels ; il devrait pouvoir être aidé par l'AI, pour une orientation professionnelle et l'octroi d'une demi-rente AI.
- Un rapport du Dr AQ_____, FMH médecine interne générale, du 2 mars 2018 faisant suite à une consultation du 26 février 2018 évoquant les diagnostics suivants : S/p plusieurs traumatismes crâniens compliqués et contusion du rachis, syndrome métabolique (obésité de classe I, dyslipidémie de type 2B ou mixte, périmètre abdominal augmenté > 102cm, diabète de type II non insulino-requérant, hypertension artérielle), syndrome d'apnées du sommeil, léger à modéré, avec échec d'appareillage, syndrome obstructif modéré avec air trapping statique, non réversible sous béta2mimétiques, hyperuricémie, probable stéatose hépatique, carences en vitamine D, anémie microcytaire hypochrome (initialement ferriprive ; mais bilan ferrique normal en février 2018) en cours de bilan, hypovestibulie prédominant à gauche, cupulolithiase droite, avec vertiges récidivants, troubles de la vidange vésicale, probablement

multifactorielle, troubles de la fonction érectile, probablement multifactorielle, troubles neurologiques fonctionnels, troubles mnésiques et exécutifs légers à l'examen neuropsychologique du 23 mai 2013, troubles dégénératifs du rachis lombaire avec lombalgies chroniques mécaniques, syndrome douloureux chronique, possible fibromyalgie, œdème chronique du membre inférieur gauche, post thrombose veineuse profonde en 2015, fasciopathie plantaire, troubles somatoformes, troubles de l'adaptation chroniques, notion d'hyperprolactinémie avec IRM en 2016 laissant suggérer un microadénome à prolactine.

Un suivi pluridisciplinaire était indispensable, une activité adaptée devait être déterminée par le biais de mesures professionnelles et une partie de cette activité devrait être couverte par une rente AI.

75. Le 6 mars 2018, le Dr S_____ a indiqué qu'il suspectait une piste pouvant expliquer les symptômes de l'assuré, ce qui nécessitait un délai de six semaines pour investigations.

76. Le 9 avril 2018, le recourant a communiqué :

- Un avis du Dr AR_____, FMH rhumatologie, du 7 avril 2018 selon lequel les accidents dont avaient été victime l'assuré n'avaient causé aucune lésion objectivable telle que fracture ou entorse. Les différents bilans radiologiques comprenant des IRM cervicales, dorsales et un scanner lombaire n'allaient pas montrer de lésion spécifique, à part une discopathie modérée au niveau cervical et de légers remaniements dégénératifs des articulaires postérieurs sur la colonne lombaire inférieure. On notait une nette discordance entre les plaintes importantes de l'assuré et un examen rhumatologique somme toute pratiquement normal, avec une mobilité de la nuque bien conservée dans toutes les amplitudes, aussi au niveau de la colonne dorsale et lombaire, sans limitation fonctionnelle. On retrouvait une palpation diffusément douloureuse au niveau du rachis cervical ou dorso-lombaire, toutefois sans nette contracture musculaire. Aux membres supérieurs et inférieurs, les mobilités articulaires étaient globalement conservées, sans enraidissement articulaire, sans signes d'inflammation ou de tuméfaction. Ce qui était marquant, c'était la présence d'un syndrome douloureux diffus, principalement à la palpation, avec une insertionite comprenant seize points sur seize positifs, indiquant un syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie versus un syndrome somatoforme douloureux. Il était peu probable de passer à côté d'un diagnostic sous-jacent d'une maladie neurologique ou rhumatismale étant donné qu'il avait été vu à de multiples reprises par divers spécialistes comprenant plusieurs orthopédistes, rhumatologues ainsi que des neurologues. A noter que la Dre Y_____, neurologue, avait retenu la présence de troubles fonctionnels et sa psychiatre avait évoqué principalement des troubles somatoformes. On pouvait donc retenir le diagnostic d'un syndrome douloureux de type fibromyalgie (ou son

équivalent psychiatrique, un syndrome somatoforme), sans évidence d'atteinte rhumatologique objectivable.

Le caractère réellement handicapant de la fibromyalgie devait être évalué de façon disciplinaire, avec un expert psychiatre. En effet, le point principal chez cet assuré était la présence de ce syndrome douloureux chronique reconnu autant au niveau rhumatologique que psychiatrique. Les manifestations de ce syndrome restaient majeures et handicapantes si l'on tenait compte des plaintes de l'assuré évoquant des douleurs diffuses au niveau des bras, des jambes et du dos, constantes, insomniantes. Quelquefois, Il ne pouvait même pas être touché. À cela s'associait un état de fatigue important, l'assuré nécessitant de se reposer de façon fréquente. Sa capacité de travail était de 50 % maximum en raison des douleurs internes et de l'état de fatigue chronique. Les conclusions du Dr AM_____ quant à la capacité de travail étaient discutables, car ce dernier banalisait la présence d'une fibromyalgie qui s'exprimait de façon intense et handicapante.

- Un résumé d'observations du 4 avril 2018 des consultations des 19 janvier, 1^{er}, 9 février, 2 mars et 5 avril 2018 du Dr S_____ attestant d'un diagnostic de dysfonction des cordes vocales (dyskinésie bryngée-naso-laryngoscopie du 27 mars 2018.

L'assuré décrivait indéfectiblement un essoufflement au moindre effort qui l'handicapait dans ses activités quotidiennes, essoufflement que les multiples causes décrites précédemment ne pouvaient expliquer en totalité. C'était pourquoi, les investigations avaient encore été poussées plus avant, en particulier à la recherche d'une dysfonction des cordes vocales (dyskinésie laryngée), hypothèse suggérée par l'aspect crénelé de la phase ascendante de la courbe débit-volume observé aux fonctions pulmonaires, hypothèse qui avait été confirmée par la naso-laryngoscopie du 27 mars 2018. On pouvait donc définitivement retenir chez l'assuré le diagnostic de dysfonction des cordes vocales (DCV) (dyskinésie laryngée), qui rendait compte de son essoufflement au moindre effort et qui se surajoutait aux autres causes déjà retenues. Ce diagnostic devait être pris en compte dans l'appréciation de la capacité de travail de l'assuré.

- Un rapport du 29 mars 2018 de la docteure AS_____, FMH oto-rhino-laryngologie, faisant suite à une consultation du 27 mars 2018 attestant d'une nasofibroscopie normale ; il y avait une adduction paradoxale des cordes vocales déclenchée par simple contact du nasofibroscope avec la paroi postérieure du l'oropharynx ; il concluait dès lors à une dysfonction des cordes vocales.
- Un rapport du Dr AT_____, FMH allergologie et immunologie, du 29 mars 2018 attestant d'une adduction paradoxale des cordes vocales, probablement la cause principale de la dyspnée d'origine multi-factorielle ; la Dre AS_____ était

sollicitée pour objectiver ce mécanisme et exclure d'autres pathologies laryngées confondantes ; un traitement orthophonique serait ensuite ordonné.

Le recourant a observé que l'avis des experts quant à une pleine capacité de travail ne pouvait être retenu, au vu des avis de ses médecins-traitants.

77. A la demande de la chambre de céans, le Dr S_____ a donné des renseignements complémentaires le 11 mai 2018.

La dysfonction des cordes vocales entraînait une dyspnée, soit un essoufflement au moindre effort, laquelle existait depuis l'année 2016 ; la capacité de travail de l'assuré comme aide-soignant était nulle en raison des efforts physiques demandés, comme animateur ou éducateur dans une crèche elle était de 50 % ; les limitations fonctionnelles qui entraient en ligne de compte concernaient précisément les efforts physiques en raison de la sensation d'essoufflement (suffocation) au moindre effort. En d'autres termes, il y avait effectivement une limitation de la capacité de travail de l'assuré dans la mesure où ce travail comportait des efforts physiques, même de faible intensité (par ex. transport de charge, changements fréquents de position, déplacements sur les longues ou moyennes distances, manutention de machines, entretiens d'appareils, positions inhabituelles et pénibles (accroupie, couchée...), position debout de longue durée, postures acrobatiques (échelle, tabouret) ...). Remarque : au total l'assuré présentait une dyspnée (essoufflement) au moindre effort dont le substrat organique était une dysfonction des cordes vocales (DCV) dont le diagnostic avait été prouvé, démontré et clairement documenté. Cette DCV entraînait une limitation des efforts physiques. Un travail ne comportant pas d'effort physique était en conséquence envisageable. La motivation de l'assuré à trouver un travail adapté à son cas était élevée.

78. Le 23 mai 2018, le recourant a observé que le Dr S_____ confirmait la réalité des dyspnées invalidantes, ce qui excluait une pleine capacité de travail.

79. Le Dr AF_____ du SMR a rendu un avis le 25 mai 2018 en relevant que le Dr S_____ ne fournissait pas d'élément objectivable permettant de connaître la sévérité de l'atteinte pulmonaire, étant noté que le 3 décembre 2016 il ne signalait qu'un syndrome obstructif discret, qu'un diagnostic de dysfonction de corde vocale avait été confirmé par plusieurs médecins, que le Dr L_____ évoquait une réduction possible du champ visuel, sans fournir le compte rendu de cet examen de sorte qu'il fallait considérer que l'assuré présentait une nouvelle atteinte à la santé (dysfonction des cordes vocales). Mais, devant les divergences entre les rapports médicaux, en particulier pneumologique, il n'était pas possible de se positionner de façon définitive sur les conséquences éventuelles de celle-ci. De même, au niveau ophtalmologique, la sévérité de l'atteinte du champ visuel n'était pas évaluable. Une nouvelle instruction était nécessaire au niveau pneumologique et ophtalmologique.

80. Le 5 juin 2018, l'OAI a observé que l'atteinte ophtalmologique avait été objectivée en 2018 et celle, pneumologique, avait évolué entre 2017 et 2018 (le Dr S_____

concluant en décembre 2016 à un discret syndrome obstructif non incapacitant), de sorte qu'elles ne faisaient pas partie de l'objet du litige, lequel ne pouvait pas être entendu, l'état de fait n'étant pas en l'état d'être jugé.

81. Sur quoi 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. 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 trente 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. 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 sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

9. a. S'agissant du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs).

- b. La reconnaissance de l'existence desdits troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargés d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, 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).

L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a).

10. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

En particulier, dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1).

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

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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).

c. 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).

d. 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).

e. 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).

f. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

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).

12. 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).
13. 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).
14. En l'espèce, par ordonnance du 3 août 2017, la chambre de céans a considéré ce qui suit : 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 AJ_____) 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 AL_____, neurologue FMH, à Lausanne, AM_____, FMH en médecine interne et en rhumatologie, à Epalinges et à Madame AN_____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP, à Carouge.

15. En l'occurrence, l'expertise judiciaire, comprenant les rapports des Drs AM_____, AL_____ et de Mme AN_____, répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante ; ces rapports comprennent une anamnèse détaillée, les plaintes du recourant - pour le volet rhumatologique des diagnostics clairs, pour le volet neurologique une exclusion motivée de tout diagnostic, et pour le volet neuropsychologique une explication cohérente d'un examen retenu comme non valide – ainsi qu'une appréciation du cas et des conclusions cohérentes et étayées.

L'intimé se rallie aux conclusions de l'expertise judiciaire, sous réserve des nouvelles atteintes attestées par les médecins traitants, soit une dysfonction des cordes vocales et une réduction possible du champ visuel du recourant ; il considère cependant que celles-ci sortent de l'objet du litige dès lors qu'elles sont survenues après la décision attaquée du 7 novembre 2016.

Quant au recourant, il conteste la valeur probante de l'expertise judiciaire, en faisant valoir qu'il présente un syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie ou syndrome somatique douloureux, lequel nécessite une évaluation psychiatrique, ce d'autant que Mme AN_____ exclut une composante psychique, sans investigation à cet égard. Les conclusions du Dr AM_____ quant à l'absence de caractère incapacitant de la fibromyalgie ne peuvent être suivies. Le Dr AM_____ accorde à tort une valeur prépondérante à l'expertise de la Clinique CORELA ; son rapport comporte des inexactitudes et il n'est pas compréhensible que, malgré la présence de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, celle-ci soit appréciée comme entière. Quant au Dr AL_____, ses conclusions sont contestées par la Dre Y_____ qui constate des troubles fonctionnels.

Enfin, il est avéré qu'il souffre d'une dysfonction des cordes vocales entraînant une dyspnée, ainsi qu'une réduction du champ visuel amplifiant ses vertiges et un vertige paroxystique bénin.

16. La chambre de céans constate que les avis des médecins-traitants du recourant ne sont toutefois pas à même à remettre en cause les conclusions de l'expertise judiciaire.

Du point de vue neurologique, il n'était pas demandé à Mme AN_____ de prendre contact avec le psychiatre traitant du recourant, ni d'intégrer un diagnostic psychiatrique à son examen. Mme AN_____ a expliqué de façon convaincante que l'ensemble des incohérences et ses observations cliniques, en particulier un test de validité, permettaient d'affirmer que l'examen neuropsychologique n'était pas valide ; cette conclusion n'est remise en cause par aucun avis médical au dossier ; au contraire, les observations de Mme AN_____ rejoignent celles des experts AL_____ et AM_____ (expertise AL_____ p. 21 et expertise AM_____ p. 18).

Du point de vue neurologique, la Dre Y_____ confirme que l'examen neurologique est normal ; par ailleurs les troubles fonctionnels dont elle fait état ne sont pas expliqués ni objectivés ; en particulier la limitation de la capacité de travail à un taux de 50 % n'est pas motivée par des limitations fonctionnelles ; dans ces conditions, les conclusions neurologiques de l'expertise judiciaire, excluant tout diagnostic neurologique, ne peuvent qu'être confirmées ; pour le reste, les inexactitudes relevées par le recourant dans le rapport d'expertise du Dr AL_____ ne sont pas déterminantes pour l'appréciation neurologique.

Du point de vue rhumatologique, le Dr AR_____ relève, après un examen d'avril 2018, la présence d'un syndrome douloureux chronique important chez le recourant, ressenti comme handicapant et associé à un état de fatigue marqué, justifiant une évaluation bidisciplinaire ; il estime que le Dr AM_____ a banalisé la présence d'une fibromyalgie s'exprimant de façon intense et handicapante. Le 19 février 2018, le Dr Z_____ a attesté, dans le même sens, que la cristallisation et la récurrence des symptômes permettaient actuellement de parler d'un diagnostic de trouble somatoforme. Les constatations des Drs Z_____ et AR_____ pourraient témoigner d'une aggravation de l'état de santé psychique du recourant, par l'apparition récente d'un TSD dû à la chronicisation des atteintes ; le Dr Z_____ mentionne en effet que l'on peut parler « actuellement » de ce diagnostic et le Dr AR_____ a examiné l'assuré entre mars et avril 2018 (mandat du 8 mars 2018 et rapport du 7 avril 2018). En outre, comme relevé par l'expert AM_____, le Dr Z_____ n'a, antérieurement, pas fait état de trouble psychique déterminant chez le recourant ; le 12 août 2014, il a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation chronique sans répercussion sur la capacité de travail et a précisé qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail psychiatrique mais seulement une nécessité de réadaptation progressive (pièce intimé n°17) ; le 23 novembre 2016, il a attesté d'un trouble de l'adaptation chronique avec anxiété et atteinte de l'humeur de degré variable post accident avec des sensations d'étouffement ; aucune limitation fonctionnelle psychiatrique n'est mentionnée (pièce recourant n° 14) ; enfin, le 3 février 2017, il a indiqué que le recourant ne présentait aucun symptôme dont l'origine serait psychique, excepté une certaine sensibilité au stress et des sensations d'étouffement (pièce recourant n° 27).

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au

moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

En l'occurrence, compte tenu des appréciations des Drs Z_____ et AR_____, l'aggravation éventuelle de l'état de santé psychique du recourant est survenue, au degré de la vraisemblance prépondérante, postérieurement à la décision litigieuse du 7 novembre 2016, de sorte que la question de la nécessité d'une évaluation psychiatrique du recourant, en raison de l'apparition d'un TSD, n'est pas pertinente dans le cadre de la présente procédure.

Par ailleurs, le rapport du Dr AU_____ du 2 mars 2018 énumère les plaintes du recourant, déjà connues et n'objective aucune atteinte rhumatologique dont l'expert AM_____ n'aurait pas tenu compte. Le recourant reproche encore au Dr AM_____ de ne pas avoir investigué une probable fasciopathie plantaire ; cependant, l'expert a relevé qu'il s'agissait d'une affection banale, ne justifiant pas d'incapacité de travail prolongée, de sorte que ce reproche n'est pas déterminant et ne remet pas en cause les conclusions de l'expertise. En outre, il n'existe pas de contradiction entre le fait de poser des diagnostics incapacitants et la reconnaissance d'une capacité de travail entière du recourant, dès lors que celle-ci est limitée à une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, lesquelles ont été énumérées par l'expert (expertise AM_____ p. 22). Enfin, le recourant ne saurait tirer aucun argument du fait que le Dr AM_____ déclare rejoindre les conclusions de l'expertise de la Clinique CORELA, dès lors que l'expert a procédé à son propre examen du cas et fournit une appréciation de celui-ci convaincante.

Ainsi, aucun avis médical ne permet de contester les conclusions du Dr AM_____ quant à la présence d'une pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

17. Au vu de ce qui précède, il convient de constater que le recourant présente du point de vue neurologique, rhumatologique et neuropsychologique, une capacité de travail totale depuis le 8 avril 2013, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, décrite par l'expert rhumatologue.

En revanche, au vu des rapports médicaux, d'une part, du Dr S_____ des 4 avril et 11 mai 2018 et, d'autre part, du Dr L_____ du 14 février 2018, il est établi que le recourant présente un diagnostic de dysfonction des cordes vocales entraînant un essoufflement au moindre effort et une réduction de son champ visuel. Selon le Dr S_____, la dyspnée existe depuis l'année 2016 (rapport du Dr S_____ du 11 mai 2018). Quant à la réduction du champ visuel, le Dr L_____ n'a pas spécifié la

date de sa survenance ; il a cependant certifié le 3 février 2015 déjà d'une limitation de la capacité de travail du recourant à 50 % (pièce recourant n°21).

Il apparaît ainsi que le diagnostic de dysfonction des cordes vocales était déjà présent, au degré de la vraisemblance prépondérante, antérieurement à la décision litigieuse du 7 novembre 2016. Quant à la réduction du champ visuel, il n'est pas possible, compte tenu des éléments médicaux au dossier, de considérer qu'elle serait survenue, au degré de la vraisemblance prépondérante, postérieurement au 7 novembre 2016.

Au demeurant, et conformément à la conclusion du SMR du 25 mai 2018, une instruction médicale est nécessaire du point de vue pneumologique et ophtalmologique.

Il se justifie ainsi de renvoyer la cause à l'intimé afin de compléter l'instruction médicale du cas, celle-ci n'ayant pas porté du tout sur les atteintes pneumologique et ophtalmologique.

18. Partant, le recours sera partiellement admis et la décision litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 2'500.- sera accordée au recourant à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à charge de l'intimé.

Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Cette règle, qu'il convient également d'appliquer dans son principe aux expertises judiciaires mono- et bidisciplinaires (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.4), ne saurait

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

b. Au vu de l'instruction lacunaire menée par l'intimé, et de la présence au dossier de l'expertise CORELA, non pertinente, il convient de mettre les frais de l'expertise judiciaire à la charge de l'intimé, soit CHF 13'382.45.

**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 la décision de l'intimé du 7 novembre 2016.
4. Renvoie la cause à l'intimé, dans le sens des considérants.
5. Alloue une indemnité de CHF 2'500.- au recourant, à la charge de l'intimé.
6. Met les frais d'expertise de CHF 13'382.45 à la charge de l'intimé.
7. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
8. 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

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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