

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/562/2015

ATAS/1066/2016

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 décembre 2016

10^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o Monsieur B_____, à ONEX,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michael
ANDERS

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Pierre-Bernard PETITAT et
Georges ZUFFEREY, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1961, était employé par la société C_____ (ci-après : l'employeur) en qualité de chauffeur de poids-lourds; il était à ce titre assuré contre les accidents professionnels auprès de la CNA.

Le 5 juillet 2012, alors qu'il se trouvait au volant de son camion et effectuait une opération de déchargement de terre dans la gravière du Cambèze à Bière/VD, la ridelle de la benne ne s'est pas ouverte, de sorte que l'avant du poids-lourd a été soulevé par l'effet de la benne en ascension, puis est retombé brutalement après que cette dernière se fût détachée du châssis par bris de sa fixation. L'assuré a percuté le toit de la cabine avec sa tête, avant de retomber sur son siège, puis d'être éjecté de l'habitacle, par la porte ouverte; il a chuté au sol d'une hauteur d'environ huit mètres avec réception sur le dos.

Il a été transporté par hélicoptère au CHUV, où a été diagnostiquée une fracture par éclatement de L2 avec recul du mur postérieur comblant 80 % du canal rachidien, ainsi qu'une atteinte du cône médullaire. Une spondylodèse L1-L3 a été réalisée en urgence. Au sixième jour, vu la persistance d'un recul important dudit mur de L2, une nouvelle intervention a été pratiquée avec corpectomie L2 et mise en place d'une cage de type XPand et d'une plaque Vantage.

2. Après sa sortie d'hôpital, l'assuré a effectué un premier séjour de réhabilitation intensive à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR), du 16 juillet au 11 décembre 2012. Il a effectué un second séjour dans cette clinique, du 4 février au 1^{er} mars 2013.
3. Le 31 août 2012, l'assuré a déposé auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de prestations AI pour adultes, dans le cadre des mesures d'intervention précoce.
4. Le 19 décembre 2012, les médecins de la CRR ont établi un rapport de séjour très complet comportant les renseignements anamnestiques utiles, le status à l'entrée, les traitements et examens prodigués pendant le séjour et le status à la sortie. Ils ont notamment retenu les diagnostics suivants : fracture burst de L2 ; paraplégie incomplète ASIA D de niveau sensitivomoteur D12 ; spondylodèse L1-L3 percutané (système longitude Medtonic) le 5 juillet 2012 ; corpectomie L2 et mise en place d'une cage de type XPand et d'une plaque Vantage, le 11 juillet 2012 ; dysfonction érectile d'origine organique (dans les suites de l'accident) ; Ostéoarticulaire : aucune limitation des amplitudes. Suite à la reprise de la marche en cannes anglaises, apparition d'un épanchement du genou droit. L'I.R.M. réalisée le 4 décembre 2012 met en évidence une chondromalacie de la rotule, ainsi qu'une insertionite du tendon rotulien sur la crête tibiale avec infiltration de la graisse sous-cutanée à ce niveau. Discret épanchement. Placement d'une orthèse stabilisatrice du genou avec blocage de l'hyperextension, en plus de l'attelle Heidelberg présente pour un pied tombant. Proposition, pour un deuxième temps, d'une orthèse articulée

du genou avec attelle anti-steppage incorporée sur mesure. A décider lors du prochain séjour du patient. Neurologique : récupération motrice complète du membre inférieur gauche. Cependant, faiblesse importante et déficit de sensibilité du membre inférieur droit, muscles proximaux, créant une instabilité du genou. Le patient poursuivra du compex à domicile. Le patient se plaint de douleurs neurogènes occasionnelles dans le membre inférieur droit avec des discolorations de la jambe et parfois jambe froide. Un ENMG, le 22 octobre 2012, met en évidence une atteinte pluriradiculaire lombo-sacrée principalement de la racine L3-L4 et racine L5-S1 à droite avec des signes de dénervation ré-innervation chronique de la musculature L4-L5, L5-S1. Psychique : le patient a été évalué : il présentait une humeur dépressive liée à son accident. La psychiatre n'avait pas alors retenu de diagnostic psychiatrique mais des singularités de personnalité et de fonctionnement. Le patient a été par la suite suivi par le psychologue clinique. À sa sortie, le patient est autonome dans la réalisation de ses activités quotidiennes. Refus d'utilisation d'une chaise roulante; il marche avec deux cannes anglaises équipées de crampons pour l'hiver. Évolution neurologique : le patient est passé d'une paraplégie incomplète ASIA D de niveau sensitivomoteur D12 à droite, D11 à gauche, à une paraplégie incomplète ASIA D de niveau sensitivomoteur D12 des deux côtés. Le score moteur s'est amélioré de 34 à 41 points sur 50. Force normale au membre inférieur gauche, mais diminuée au membre inférieur droit avec au niveau L2 une force à M3 et au niveau L3 une force à M1. Le reste des myotomes du membre inférieur droit sont à M4. La sensibilité également plus perturbée du côté droit que du côté gauche. Durant les activités réalisées en atelier, le patient adopte principalement la position assise, la position debout étant rapidement douloureuse et avec un risque de chute par manque d'équilibre. Rendement globalement dans la norme. Au vu de l'importante motivation du patient et de l'impossibilité de reprendre sa dernière activité, il lui est proposé une phase I, acceptée, qui débutera le 4 février 2013. Incapacité de travail : 100 % dans l'activité de chauffeur routier du 5 juillet 2012 au 4 février 2013.

5. Les médecins de la CRR ont établi un rapport du deuxième séjour de l'assuré, du 4 février au 1^{er} mars 2013. Status : Sexuel : toujours des difficultés. Neurologique : absence de ROT aux membres supérieurs et inférieurs. RCP indifférent. Le niveau neurologique actuel est L1 ASIA D. Sinon, status sp. Ostéo-articulaire : toujours discrète tuméfaction du genou droit, sur un probable épanchement lié à la démarche du patient. Neurologique : douleurs neurogènes dans la jambe droite, plus importantes la nuit. Le traitement de Tryptizol est majoré le soir à 20 mg, avec une diminution des douleurs principalement sur la journée. Pour la nuit, le patient a en réserve des gouttes de Tramal. Caractère fluctuant des douleurs, pas forcément en lien avec une activité augmentée. ENMG le 8 février 2013 : toujours une absence de réponse «M» du nerf crural droit. Signes de dénervation parlant en faveur de l'apparition probable de ré-innervation collatérale aberrante et non de ré-innervation en voie d'amélioration. Psychique : aucune prise en charge n'a été nécessaire. Le patient est indépendant pour toutes les activités de la vie quotidienne. Il se déplace

avec deux cannes anglaises, une attelle de Heidelberg pour le pied droit, ainsi qu'une attelle anti-recurvatum pour le genou droit. Évolution neurologique : le niveau neurologique est passé de D12 à L1 depuis la dernière hospitalisation. Amplitudes articulaires complètes. Stage en atelier professionnel, et en entreprise, en particulier en horlogerie. Mise en évidence de trois domaines d'intérêt respectant les limitations physiques du patient : activités sédentaires dans le milieu des transports (comme agent de transport/disponent, déclarant en douane, etc.); un emploi en chaîne de production serait inadapté compte tenu des modifications posturales fréquentes nécessaires.

6. L'assuré a bénéficié de mesures d'intervention précoce de l'AI sous la forme d'une orientation professionnelle, dans le domaine horloger du 18 au 20 mars 2013 auprès de D_____ SA à Meyrin, puis auprès de E_____ de Vernier, du 8 au 26 avril 2013.
7. Selon compte-rendu de visite du 26 mars 2013 à E_____, l'assuré se déplace en béquilles avec beaucoup de difficulté. Pour cause d'insensibilité il ne sait pas où est sa jambe droite quand il se déplace. Il ressent une très grande colère quant à sa situation : n'accepte pas son handicap et montre une réelle animosité envers les politiques de ce pays, " qui ont donné leur accord sur l'utilisation de ce camion 5 essieux alors que d'autres l'ont jugé trop dangereux ". Son état évolue lentement mais de façon positive. Sait qu'il ne pourra jamais retrouver sa mobilité d'antan mais il espère néanmoins la récupérer au maximum pour reprendre des activités « normales ». Il précise que sa dernière carte serait une nouvelle opération et que si cette dernière devait échouer, il prendrait une décision radicale pour ne pas finir ses jours en chaise roulante. Malgré ses frustrations et son pessimisme, l'assuré a parlé de son envie de travailler dans un métier qui laisse place à la création. E_____ a communiqué son rapport le 1^{er} mai 2013. Évolution probable : Après avoir pris le temps de développer ses trois projets professionnels et de les analyser sereinement, les perspectives d'atteindre un emploi stable sont très faibles. Pour tout le temps de la mesure, l'assuré a démontré un grand respect du travail. Ses limitations fonctionnelles ne lui permettent aucun déplacement ni port de charges. En tenant compte de ses excellents résultats en français, il est suggéré qu'il se dirige sur une formation en bureautique. Quelle que soit son orientation future, les acquis obtenus seront toujours des plus-values.
8. Le case management de la CNA a établi un rapport le 1^{er} juillet 2013 : nette progression des capacités musculaires et neurologiques, mais toujours des difficultés accrues dans les déplacements. Le suivi médical est assuré uniquement par son médecin traitant, le docteur F_____, FMH médecine interne générale. Examens complémentaires (scanner et radiographie) au CHUV en juin 2013. Nouvelle consultation de contrôle prévue en décembre 2013.
9. Le 30 août 2013, l'OAI a notifié à l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation professionnelle n'est possible vu son état de santé. L'instruction se poursuivait.

10. Le 19 août 2013, le docteur G_____, FMH en médecine générale et médecine manuelle a adressé un rapport médical intermédiaire à la CNA : il a posé les diagnostics de : - # L2 avec paraplégie incomplète motrice L3 D et S1 à gauche, post trauma (juillet 2012) ; - dysfonction érectile. Il note une bonne récupération partielle; réorientation professionnelle en cours. Il n'existe pas de circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison. Traitement actuel : Palexia cp et Cialis. Les consultations sont en cours, à intervalle d'une fois par mois; traitement prévu pour six mois.
11. Le Dr F_____ a adressé un rapport médical intermédiaire à la CNA, le 12 juillet 2013 : légère amélioration de la force musculaire proximale du membre inférieur droit (janvier/février 2013) avec ralentissement mais amélioration persistante (exercices quantifiés sur bicyclette ergométrique); le pronostic est réservé pour une récupération totale. Marche avec 2 béquilles et attelle permanente de la cheville. Pas de circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison. Traitement actuel : physiothérapie avec stimulation Compex et médicaments : Palexia 50mg 4x/j. (Tramadol en réserve). Dès le 30 juillet 2013 : hypnose antalgique (Dr H_____). Poursuite du traitement. Le patient a eu une consultation neurochirurgicale au CHUV en juin 2013 : pas d'indication à une nouvelle intervention. Les consultations ont lieu à l'intervalle d'environ trois semaines; durée du traitement indéterminée. Reprise du travail : il faut s'attendre à un dommage persistant et prévoir une reconversion professionnelle.
12. L'assuré a subi un ENMG le 14 octobre 2013 à la CRR. Selon la doctoresse I_____, chef de clinique au service de réadaptation en neurologie, l'examen montre toujours une atteinte chronique sévère du nerf crural droit. L'ENMG montre des signes de la dénervation collatérale. On peut s'attendre encore à une très discrète récupération.
13. Dans un rapport du 29 juillet 2013, le docteur J_____, médecin assistant au service de neurochirurgie-polyclinique du CHUV, indique que la consultation était destinée à émettre un avis sur la possibilité d'une troisième opération chirurgicale en vue de poursuivre une amélioration de l'état de santé. Status : paraplégie incomplète ASIA D du niveau L1. Réflexes cutanés plantaires indifférents. ROT absent aux membres inférieurs et hypovifs aux membres supérieurs. Compte tenu de la condition neurologique du patient et de sa demande, en considérant les risques et bénéfices, pas d'indication chirurgicale actuellement. Recommande la poursuite du parcours réhabilitatif.
14. Dans un rapport du 7 janvier 2014, suite à la consultation ambulatoire du 16 décembre 2013 au CHUV, les médecins du service de neurochirurgie-polyclinique du CHUV ont noté ce qui suit. Status : marche avec des cannes. Station sur la pointe des pieds et les talons possible des deux côtés. Station monopodale non tenue à droite. Réflexes ostéotendineux abolis en quadricipital à droite. Force à M3 en quadricipital à droite, sinon symétrique et conservée : particularité. Examen complémentaire ENMG : signes de ré-innervation

quadricipitale à droite. En conclusion, le patient présente une très bonne évolution de son déficit, qui était très important suite à son accident. Les contrôles radio-cliniques sont satisfaisants et le patient se porte bien. Il est reconnaissant de sa prise en charge. Sera revu le 15 décembre 2014 pour un dernier contrôle radio-clinique, soit avec des radiographies en charge le même jour.

15. Le 24 janvier 2014, le service médical de l'AI (ci-après : SMR) – docteur K_____ - a émis un avis : en incapacité de travail dans son activité depuis le 5 juillet 2012, pour les conséquences d'une chute de 10 m sur le dos (fracture de L2 avec recul du mur postérieur). Selon les médecins de la CRR à l'issue du premier séjour, la récupération motrice du membre inférieur gauche est incomplète, avec douleurs neurogènes. Persistance d'un épanchement du genou droit, probablement d'origine fonctionnelle. L'assuré ne présente pas de troubles psychiques. Incapacité totale pour l'activité de chauffeur. Dans le compte-rendu du second séjour à la CRR du 4 février au 1^{er} mars 2013, les médecins précisent que même si l'évolution est lentement favorable, l'assuré se déplace encore avec deux cannes et il est nécessaire de réévaluer la situation en avril 2014 pour une évaluation définitive, au niveau neurologique.
16. Le 10 avril 2014, le Dr F_____ a établi un rapport médical intermédiaire à destination de la CNA: diagnostics inchangés. Depuis septembre/octobre 2013, l'amélioration se poursuit lentement au niveau de la force musculaire du membre inférieur droit (surtout loge postérieure de la jambe). La force du quadriceps est stationnaire. Pronostic : réservé pour la récupération totale; meilleur pour une autonomie de marche (une béquille) et la conduite de véhicule. Traitement actuel : physiothérapie et antalgique majeur, Palexia. Une réévaluation de son aptitude à la conduite de véhicules est prévue dans les trois mois. Fréquence des consultations : une fois par mois.
17. Le 17 juin 2014, l'assuré a subi une évaluation à la conduite automobile auprès de la CRR, par le docteur L_____, chef de service et spécialiste FMH en neurologie sous forme d'un test sur simulateur de conduite et entretien de synthèse. Le patient est apte à reprendre la conduite automobile du groupe B sans adaptation particulière. Catégories professionnelles et tout particulièrement les camions : le patient n'est pas apte à reprendre ce type de conduite, étant donné les séquelles physiques qui l'empêchent d'accéder à la cabine de camion, de charger et décharger de tels véhicules.
18. Le 27 juin 2014, le Dr F_____ a établi un nouveau rapport intermédiaire : diagnostics inchangés. Depuis le rapport du 10 avril 2014, l'amélioration de la force musculaire s'est poursuivie, quoique lentement. Cette amélioration est objectivée par l'évaluation de la conduite automobile réalisée à la CRR le 17 juin 2014, et depuis le 20 juin, un essai de marche sans canne, mais avec une attelle rigide de genou, est en cours. Par ailleurs, persistance de douleurs intermittentes parfois violentes. Le traitement en cours se poursuit.

-
19. Le 7 juillet 2014, la doctoresse M_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé à une appréciation médicale du cas. Quant à l'évolution de la situation, au vu des pièces communiquées, du jour de l'accident au 7 juillet 2014, jour où elle s'est entretenue téléphoniquement avec le Dr L_____ : ce dernier a confirmé que d'un point de vue neurologique, on pouvait estimer le cas stabilisé, suite à l'examen pour la conduite automobile. Concernant les capacités fonctionnelles, elles ont été déterminées en phase I lors du bilan à la CRR du 4 février au 1^{er} mars 2013. L'évaluation à la conduite automobile par la CRR, le 17 juin 2014 conclut que le patient est apte à reprendre la conduite automobile du groupe B, sans adaptation particulière. En conclusion, le médecin d'arrondissement considère que le cas peut être considéré comme stabilisé du point de vue orthopédique et neurologique. S'agissant de l'exigibilité : les capacités fonctionnelles sont celles qui ont été déterminées en phase I, à la CRR. Traitement : de la physiothérapie peut encore être acceptée de l'ordre de deux à trois fois neuf séances par an ; un contrôle spécialisé de neurologie-neurochirurgie encore deux fois; contrôle au CHUV (le dernier est prévu pour décembre 2014) ; une attelle-orthèses à vie (renouvellement) ; des cannes ; des médicaments : Palexia et Tramal ou autres antidouleurs.
20. Le 8 juillet 2014, la Dresse M_____ a procédé à l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité. Sur la base de ses constatations, le patient présente une paraplégie incomplète ASIA D de niveau sensitivo-moteur D12. L'évaluation se base ici sur le seul plan de la spondylodèse et sans tenir compte des troubles neurologiques, au vu des douleurs résiduelles permanentes également la nuit et au repos. Elle évalue l'atteinte à l'intégrité à 20 % : selon les tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité (LAA, table 7), les fractures cervicales, dorsales lombaires y compris spondylodèse, cyphose et scoliose justifient, lors de douleurs permanentes plus ou moins intenses également au repos et la nuit avec charge supplémentaire impossible, une valeur entre 10 et 20 %. Ce cas est estimé à 20 % au vu de l'intensité des douleurs déclarées.
21. Par courrier du 10 juillet 2014, la CNA a notifié une décision à l'assuré : reprenant les conclusions du service médical, la CNA indique mettre fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 novembre 2014, sous réserve de la poursuite de la prise en charge des frais médicaux (tels que recommandés par le médecin d'arrondissement). La CNA examine dès lors si elle peut encore lui allouer d'autres prestations d'assurance, vu la stabilisation de son état. Une décision lui sera notifiée dès que possible en ce qui concerne l'atteinte à l'intégrité. Copie de cette décision a été adressée à l'OAI.
22. Le 2 septembre 2014, le Dr K_____ du SMR, interpellé par l'OAI pour savoir si l'on pouvait raisonnablement exiger de l'assuré qu'il se soumette à un traitement médical qui devrait permettre d'améliorer de manière significative sa capacité de travail, ne répond pas formellement mais prend acte des conclusions de la Dresse M_____, médecin d'arrondissement de la CNA.

23. Il ressort d'une note d'entretien entre l'assuré et les représentants de la CNA et de l'OAI du 9 septembre 2014, que la CNA a fixé au 30 novembre 2014 la fin de l'indemnité journalière, vu la stabilisation de l'état de santé de l'assuré. Ce dernier a fait quelques recherches mais sans succès actuellement. Il indique avoir encore des douleurs dans les jambes, dans la cheville et dans le pied. Il prend encore du Tramal quand les douleurs deviennent trop fortes. Il lui est recommandé de solliciter une consultation auprès du docteur N_____, spécialiste en neurochirurgie aux HUG. L'OAI mentionne que le dossier a été présenté au SMR qui retient une exigibilité complète dans une activité adaptée, avec limitations fonctionnelles.
24. Le 15 septembre 2014, l'OAI a procédé à la détermination du degré d'invalidité, fondée sur un statut actif à 100 %, le revenu brut sans invalidité réactualisé est de CHF 54'395.- ; le revenu avec invalidité selon ESS 2010, tableau TA 1 pour un homme toute activité, niveau 4 pour l'année 2013, après indexation selon ISS est de CHF 62'672.- avant réduction supplémentaire admise de 25 % pour les limitations fonctionnelles. Ainsi le revenu annuel brut avec invalidité est de CHF 47'004.-: le degré d'invalidité est donc de 13.59 % (arrondi à 14%).
25. Par courrier du 26 septembre 2014, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de refus de rente d'invalidité. À l'issue de l'instruction médicale de sa demande de prestations, il est constaté qu'il a présenté une incapacité totale de travail dès le 5 juillet 2012 (début du délai d'attente d'un an) dans toute activité professionnelle. Le SMR est cependant de l'avis que, dès le mois de mars 2013, il aurait pu travailler à plein temps dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. À l'issue du délai d'attente d'un an, à savoir au 3 septembre 2013, il présente une capacité de travail nulle (0%) dans son activité habituelle de chauffeur poids-lourds et de 100 % dans une activité adaptée. Il résulte de lors de la comparaison des revenus avec et sans invalidité une perte de gain de CHF 7'391.- équivalant à un taux d'invalidité arrondi à 14 % : la demande est rejetée.
26. Par courrier du 30 septembre 2014, l'assuré a contesté ce projet. Le SMR ne tient pas compte du fait qu'il n'a plus l'usage de sa jambe droite et qu'il marche avec des béquilles, et ne tient nullement compte des violentes douleurs qu'il ressent dans sa jambe. Ses douleurs neurogènes sont de deux types : les plus courantes sont celles qu'il éprouve 24h/24h, qui vont de quasi nulles à assez douloureuses, mais qui ne sont pas insurmontables. Il les combat avec des médicaments qu'il prend toutes les six heures, soit 200 mg par jour. Sans ces médicaments, elles seraient insupportables. Les autres douleurs ne se déclarent quasiment que la nuit et l'empêchent de dormir tellement elles sont violentes. Ce sont des " décharges électriques " éclatant dans différentes zones de la jambe (mollet, tibia, orteils, plante du pied, cuisse, genou,...). Lorsque la douleur s'installe elle reste au même endroit pour toute la durée de la crise. S'il ne se soigne pas, celle-ci peut durer vingt-quatre heures à raison d'une décharge toutes les vingt secondes en moyenne. Ces crises peuvent ne pas se manifester pendant trois semaines, et quand elles arrivent, elles peuvent durer dix jours d'affilée. Dans ces circonstances, après deux

nuits sans sommeil, après avoir absorbé des doses massives de Tramal, il est complètement drogué et incapable de comprendre quoi que ce soit. Au mois de mars 2013, il avait fait un séjour de trois semaines à E_____ de Vernier, sur les conseils de l'OAI. Dans son rapport final, cet organisme spécifie qu'il a raté trois matinées et un jour complet suite à ces fameuses douleurs. Il a en outre également des douleurs dans le dos lorsqu'il est assis trop longtemps. Elles ne sont pas aussi violentes que celles de sa jambe, mais handicapantes quand même au bout d'un moment. L'OAI était invité à reconsidérer sa décision.

27. Le 4 novembre 2014, le Dr F_____ a adressé à l'OAI un rapport médical résumant le cas sur la base du dossier de demande de rente. Il a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants : status post-fracture comminutive L2. Paraplégie incomplète ASIA D (niveau D2, sensitivomotrice). Station debout impossible par non-contrôle du genou droit. Douleurs résiduelles du membre inférieur droit, en fortes crises. Quant aux diagnostics sans effet sur la capacité de travail : dysfonction érectile et troubles de la miction. Sous la rubrique « constat médical » il note : parésie du membre inférieur droit, touchant le quadriceps droit, instabilité du genou droit, avec risque de chute. Station debout instable sans soutien, avec risque de chute par lâchage du genou droit (Force musculaire abolie dans la loge antérieure de la cuisse. Nécessité de marcher avec 2 béquilles. État douloureux chronique.) Quant aux pronostics : la récupération distale du membre inférieur droit continue de s'améliorer lentement, avec l'augmentation de la force des muscles jambiers latéraux et postérieurs (selon un rapport de la CRR et de consultations ambulatoires du 14/10/2013 et 17/6/2014), avec un pronostic modérément favorable. Pour les muscles proximaux (cuisse), aucune amélioration n'est constatée. Le pronostic est donc réservé. Quant à l'incapacité de travail, il la fixe à hauteur de 100 % dans la profession de chauffeur poids-lourds, du 7 juillet 2012 à ce jour. Les restrictions physiques sont : station debout impossible sans appui, paralysie de la cuisse droite. Diminution de la force musculaire du membre inférieur droit. Lombalgies après station assise ou debout prolongées. Impossibilité de transporter des marchandises (béquille) et d'assurer le service de véhicules. Limitation de la force du membre inférieur droit rendant impossible la conduite d'un poids-lourd. S'agissant de reprendre une activité adaptée au handicap, une possibilité de reconversion professionnelle a été envisagée dès le début 2013, et les contacts ont été pris avec la CNA puis avec l'AI. Les stages ont été organisés dans les métiers de l'horlogerie. Une reconversion dans la représentation de machines ou appareils est possible, mais cette option n'a jusqu'ici pas été retenue. Depuis le dernier contrôle de juin 2014, la force musculaire du membre inférieur droit est jugée suffisante pour la conduite de voitures légères. Pour toute occupation régulière, il faut malheureusement compter avec la survenue, imprévisible, de violentes crises de douleurs dans le membre lésé. Cela ne devrait toutefois pas empêcher une reconversion dans les domaines mentionnés précédemment. Il estime que l'on peut s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle respectivement à une amélioration de la capacité de travail de 30 à 50 % dès juillet 2014 après

réinsertion dans une activité compatible. Il propose en conclusion un examen clinique du patient par les médecins agréés par l'OAI, examen qui n'a jamais eu lieu, et au besoin une expertise par des spécialistes. Il verse au dossier le rapport d'une IRM lombaire du 19 septembre 2014 : le docteur O_____, radiologue FMH au Centre d'imagerie Rive-Droite, conclut à une arachnoïdite chronique avec des anomalies bien visibles au niveau L1 et L2, malgré la présence des artefacts métalliques liés à la présence de matériel chirurgical de L1- L3.

Dans le questionnaire annexe au sujet des limitations dues à l'état de santé, le médecin traitant admet l'activité "uniquement en position assise", mais la limite à quatre heures; il admet également le travail avec les bras au-dessus de la tête et la rotation position assise/en position debout ; en revanche, il exclut toutes les autres; monter les escaliers : il précise « avec béquilles ». Les capacités de concentration et de compréhension ne sont pas limitées, mais la capacité d'adaptation est limitée (station debout impossible), de même que la capacité de résistance (parésie du membre inférieur droit et lombalgies); l'aptitude à se déplacer : en véhicule.

28. Selon l'avis médical de la doctoresse P_____ du SMR du 24 novembre 2014, sur la base du rapport du médecin traitant, les informations sont divergentes entre celles retenues par lui et celles de la CNA (sur lesquelles se base le rapport SMR) qui ne tiennent pas compte des douleurs neurogènes et de l'instabilité de la marche et de la station debout.
29. Le 3 novembre 2014, l'assuré a consulté le Dr N_____ aux HUG. Ce dernier pose le diagnostic de séquelles d'un traumatisme rachidien, avec fracture L2, traitée chirurgicalement au CHUV le 5 juillet 2012. Il ne retient pas d'indication à une prise en charge chirurgicale, mais propose une consultation spécialisée pour la douleur neurogène séquellaire au traumatisme au Centre de la douleur des HUG, avec évaluation des séquelles. Nouvelle électromyographie auprès du docteur Q_____, médecin adjoint agréé, au service de neurologie des HUG, pour évaluer les séquelles neurologiques de son traumatisme de la queue de cheval. Le patient décrit très bien deux types de douleurs. Actuellement il ne décrit pas de rétention ni de fuites urinaires, mais une légère constipation probablement liée à la prise de Palexia. Il ressort de l'IRM lombaire récente une arachnoïdite réactive au niveau du site de la fracture, pour laquelle une intervention chirurgicale n'est pas nécessaire. Une évaluation se fera au Centre de la douleur, avec une adaptation des antidouleurs et éventuellement une indication à un traitement minimal invasif de douleurs neurogènes. Pour ce qui est de sa capacité de travail, le patient est certainement incapable d'exercer sa profession et il estime qu'il sera difficile, avec les douleurs en l'état actuel, que ce patient puisse poursuivre son activité professionnelle.
30. Le 13 janvier 2015 le SMR s'est à nouveau prononcé sur la base du rapport susmentionné. Il conclut qu'au vu de ces nouveaux éléments il est approprié de considérer une baisse de rendement de 20 % dans une activité adaptée en raison de

la sédation secondaire au traitement antalgique. L'assuré présente une capacité de travail à 80 % dans une activité adaptée, dès le 1^{er} mars 2013.

31. Fort de cet avis, l'OAI a recalculé le degré d'invalidité. Prenant désormais en compte, pour le calcul du revenu avec invalidité, l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2012, table TA1 pour un homme dans une activité de niveau 1, le salaire déterminant était de CHF 65'177 en 2012, dont le 80 % déterminait un montant de CHF 52'142.-, et un revenu sans invalidité en 2012 de CHF 55'485 soit une différence de CHF 3'343.-, soit un degré d'invalidité de 6.03 %. Dans la mesure où les limitations fonctionnelles ont déjà été prises en compte dans l'appréciation médicale, l'OAI a estimé ne pas devoir accorder de réduction supplémentaire.
32. Par courrier du 16 janvier 2015, l'OAI a notifié à l'assuré la décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles. Compte tenu des éléments pris en compte dans le cadre du droit d'être entendu, soit les rapports médicaux du médecin traitant et du Dr N_____, il était désormais admis une baisse de rendement de 20 % dans une activité adaptée en raison de la sédation secondaire au traitement antalgique, et ce depuis le 1^{er} mars 2013. Le calcul nouveau a été fait en référence au tableau TA1 ESS "2010", total, de niveau 4 pour un homme, avec un revenu d'invalidité de CHF 62'672.- pour une activité à 100 %, qui, réactualisé à 2013, donne un montant de CHF 65'177.- pour un emploi 100 %, et CHF 52'142.- pour un emploi à 80 %. Le revenu sans invalidité étant resté à CHF 55'485.- par rapport au projet, la différence s'élevait à « CHF 2'253.- » (recte: CHF 3'343.-), le taux d'invalidité désormais retenu étant de 6 %.
33. Par mémoire de son conseil du 18 février 2015, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre cette décision. Il conclut à l'annulation de la décision entreprise, et à la condamnation de l'intimé à verser au recourant une rente entière à compter du 5 juillet 2012, avec suite de dépens. Dans son rapport du 4 novembre 2014, le Dr N_____ a constaté sur une récente IRM lombaire une arachnoïdite réactive au niveau du site de la fracture, et préconise une évaluation au Centre de la douleur des HUG, avec une adaptation des antidouleurs et éventuellement une indication à un traitement minimal invasif de douleurs neurogènes. Depuis fin 2014, le recourant a fini par admettre l'existence d'un problème psychique grâce notamment aux observations que lui a faites sa compagne, de sorte que, de son propre chef, il consulte un médecin psychiatre, le docteur R_____. En effet, en raison de très vives douleurs nocturnes, le recourant développe un sentiment d'anxiété, respectivement de peur de la douleur, qui engendre à son tour une absence de sommeil et des tachycardies. Il n'a pas encore retrouvé à ce jour une entière capacité de travail dans une activité adaptée, cette capacité, associée à un taux de rendement réduit, devra être déterminée à dire d'une expertise pluridisciplinaire.
34. L'intimé a conclu au rejet du recours, par courrier du 6 mars 2015. Le recourant a fait l'objet de nombreux examens cliniques auprès de différents médecins, dont les

rapports circonstanciés ont fait l'objet d'une appréciation par le SMR. Le SMR n'a pas estimé qu'une nouvelle expertise était nécessaire. La CNA a considéré que l'état de santé du recourant était stabilisé en 2014, et que les limitations fonctionnelles à retenir sont celles prises en compte par la CRR en 2013.

35. Par courrier du 23 avril 2015, le recourant a encore produit trois documents nouveaux :

- Un certificat médical du Dr R_____ du 29 mars 2015 : le patient présente actuellement un ensemble de symptômes et signes permettant de retenir le diagnostic d'épisode dépressif de degré moyen, avec syndrome somatique (F32.11) en fonction de l'anamnèse, il estime tout à fait clair qu'il y a un lien de causalité entre la survenue de cette problématique psychique et l'accident dont son patient a été victime le 5 juillet 2012.
- Une attestation établie en mars 2015 par Monsieur S_____, physiothérapeute du recourant depuis le 25 mars 2013 : le recourant n'a plus de sensibilité profonde au membre inférieur droit ; il n'a plus de sensibilité superficielle sous le genou et sur le trajet du droit antérieur. Quadriceps très faible et à renforcer (plus de droit antérieur selon ENMG). Durant toute la période où il a suivi le patient, ce dernier s'est montré très assidu et a suivi les séances de physiothérapie régulièrement à raison de deux fois par semaine. Il a pu constater que ce dernier souffre par moment, de violentes douleurs dans son membre inférieur droit. Après l'absorption des antalgiques (Tramal) afin de lutter contre lesdites douleurs, le patient n'avait plus toutes ses facultés tant le médicament est violent et les doses absorbées importantes. Ces problèmes ont eu pour effet que les jours de douleurs ou ceux qui ont suivi, le patient était à plusieurs reprises dans l'incapacité de faire ses séances de physiothérapie. Il marche actuellement toujours avec des cannes et ne peut s'en passer.
- Un rapport du CHUV au médecin traitant du 25 février 2015 : au status clinique, le patient présente une marche clairement déficitaire, nécessitant en permanence deux cannes anglaises avec une station monopodale impossible sur la jambe droite avec une importante boiterie à la marche. Sur les talons et pointes possibles en statique, difficile à la marche. La sensibilité de la jambe gauche est intacte. Au testing moteur de la jambe droite, on retrouve un déficit à M3 du quadriceps. Le testing est à M5 dans toutes les autres modalités, à M5 également de la jambe contro-latéral. On note une atteinte proprioceptive et épicrotique complète de la jambe droite; seul persiste le tact protopathique. Le patient ne présente plus de troubles sphinctériens, mais des dysesthésies un peu diffuses de la région périnéale. Hypersensibilité pénienne et quelques dysesthésies de la cuisse gauche. Les réflexes ostéotendineux sont abolis aussi bien en rotulien qu'en achilléen des deux côtés. Il ne présente pas de signe de myélopathie, pas de clonus de la cheville, pas de Babinski, pas de Lasègue ni de Lasègue contro-latéral, ni de rétro-Lasègue. Il ne présente pas d'autres troubles neurologiques ni d'autres plaintes somatiques. Léger œdème du genou droit,

probablement dû à une petite arthrose précoce suite aux micro-mouvements par abolition de la sensibilité proprioceptive de ce côté. Radiographies dynamiques le 26 janvier 2015 : pas de mises en évidence d'instabilité des niveaux sus- et sous-jacents. Matériel bien en place. Le scanner montre une très bonne fusion osseuse avec un matériel parfaitement en place. Au niveau strictement neurochirurgical, on note une très bonne récupération clinique avec un contrôle radiologique tout à fait satisfaisant. Dans ce contexte, il n'est plus nécessaire d'effectuer des imageries et de revoir le patient. Au niveau orthopédique, le patient nécessiterait éventuellement la réalisation de radiographies du genou droit afin de contrôler s'il ne développe pas une arthrose précoce.

Fort de ces documents, le recourant a sollicité la mise en place d'une expertise multidisciplinaire (somatique et psychiatrique).

36. L'intimé a dupliqué le 11 mai 2015. Les nouveaux documents médicaux ont été soumis au SMR. Selon le service médical, le psychiatre - qui n'indique pas depuis quand il suit le patient - estime que l'assuré présente un épisode dépressif de sévérité moyenne en rapport avec son accident de juillet 2012. Il ne donne toutefois aucun renseignement sur l'évolution ou l'état actuel psychique de l'assuré permettant de s'écarter des conclusions de l'examen psychiatrique de la CRR. La docteure T_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (CRR) avait en effet mentionné, dans le consilium psychiatrique du 17 juillet 2012 et suivi durant le séjour, que sur le plan psychiatrique elle ne retenait pas de diagnostic psychiatrique, mais des singularités de personnalité et de fonctionnement, auxquelles s'ajoutent des appréhensions face aux gestes thérapeutiques invasifs. Le rapport du psychiatre est plus que succinct et peu documenté. Le physiothérapeute fait une description des atteintes du membre inférieur droit déjà connues, en précisant que l'assuré prend pour cela un traitement antalgique (Tramal) mal supporté aux dires du patient. Mais le médicament annoncé est une thérapeutique habituelle et n'est en rien « violent », ne pouvant justifier a priori d'effets secondaires aussi importants. Les médecins du service de neurochirurgie confirment dans leur courrier « une très bonne récupération clinique et radiologique de son accident de 2012 ». Ils insistent sur l'absence de nécessité d'une prise en charge. Les douleurs neurogènes encore ressenties par l'assuré malgré une bonne évolution médicale sur le plan neurologique, n'entravent pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, la capacité d'accomplir une activité adaptée. Ces documents n'apportent aucun élément nouveau

37. le 27 mai 2015, le recourant a produit encore deux rapports médicaux supplémentaires :

- Un rapport du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG (ci-après: le Centre) : le patient présente des douleurs neuropathiques séquellaires d'une fracture éclatement de L2 pour laquelle il n'y a actuellement pas de nouvelle indication opératoire. Au plan fonctionnel, on note une bonne récupération de la force, toutefois il persiste une instabilité majeure à la marche

empêchant ce jeune patient de se déplacer sans cannes. Il a bénéficié d'une rééducation intensive à la CRR dont les médecins (du Centre) n'ont pas les comptes-rendus. Face à l'importance du handicap résiduel, il est proposé un nouvel ENMG afin d'avoir une meilleure idée de l'évolution sur le plan neurologique. Il sera par ailleurs convoqué pour une évaluation ergothérapeutique pré-professionnelle afin d'apprécier ses capacités fonctionnelles actuelles dans l'optique du recours face à l'OAI. Il vaudrait aussi la peine de confectionner une orthèse de stabilisation du genou. Enfin il est certainement encore possible de reprendre une rééducation fonctionnelle globale ciblée sur la fonction et l'activité, de façon à optimiser encore les capacités physiques du patient. Il est enfin proposé de modifier quelque peu le traitement médicamenteux, compte tenu notamment du mécanisme d'action très similaire des deux molécules de médicaments actuellement pris. Des essais pourraient être faits avec d'autres médicaments, mais après concertation avec le psychiatre qui vient d'introduire un stabilisateur de l'humeur.

- Un courrier du service de neurochirurgie-polyclinique du CHUV au médecin traitant du 1^{er} mai 2015. Le patient s'était présenté le jour-même à ce service, pour indiquer qu'il avait oublié de dire au médecin qu'il a vu en consultation qu'il a des douleurs intenses dans le membre inférieur droit, lesquelles sont intermittentes, interviennent comme des crises intenses de douleurs, durant des heures et qui peuvent même perdurer dix jours sans traitement adéquat. Il n'y a pas de topographie claire des douleurs. Les médecins du CHUV concluent que d'un point de vue neurochirurgical le suivi postopératoire est très satisfaisant avec une récupération totale à presque trois ans de suivi, sans complications relatives à la fixation lombaire. Il n'est donc pas prévu de revoir le patient à leur consultation.
- 38. L'intimé a brièvement pris position, le 16 juin 2015, après avoir soumis ces nouveaux documents au SMR. Il persiste dans toutes ses conclusions. Les spécialistes du traitement de la douleur expliquent que l'assuré présente une instabilité à la marche et des douleurs multiples. Ils écrivent que celles-ci sont mal calmées par les traitements et que ceux-ci provoquent des effets secondaires (sommolence diurne). Ils précisent pourtant que l'assuré est apte à la conduite automobile malgré ce risque. Ils précisent encore que l'intéressé arrive à assumer ses activités du quotidien.
- 39. La chambre de céans a informé les parties de son intention d'ordonner une expertise médicale judiciaire et les a invitées à proposer des noms d'experts potentiels.
- 40. La chambre de céans a entendu les parties en comparution personnelle le 11 avril 2016 ;

Le recourant a déclaré, s'agissant de sa situation actuelle, que sur le plan moral il vit assez difficilement les conséquences de ce qui lui est arrivé, et notamment d'avoir « perdu une jambe », et de souffrir de cette jambe, notamment pendant la nuit. Les

crises sont irrégulières: il peut effectivement ne rien subir pendant une semaine, puis parfois, pour quelques heures, quelques jours ou quelques semaines d'affilée, de souffrir de crises pour lesquelles il doit prendre des médicaments très puissants pour réduire cette douleur et la supporter. Quant à son avenir professionnel, son état de santé est tel qu'il ne voit pas ce qu'il pourrait encore faire comme travail, d'autant que son niveau d'études est assez bas. D'autre part et surtout, par rapport à la survenance de ses crises de douleurs, il se voit mal devoir périodiquement appeler un employeur, pendant plusieurs semaines d'affilée, chaque jour, pour lui dire qu'il ne peut pas venir à cause de ses douleurs. Il n'imagine donc pas un employeur pouvoir l'engager dans de telles conditions. Il avait en effet envisagé une formation de formateur pour la mise à niveau des chauffeurs de poids-lourds, mais cela n'a pas abouti. S'agissant de la conduite, il conduit des véhicules légers, sans équipement particulier ; il est limité à la conduite de véhicules automatiques. Par rapport aux médicaments qu'il doit prendre en cas de crise, il ne peut pas conduire lorsqu'il est sous l'effet de ces médicaments, mais certaines fois, lorsque les crises surviennent, alors qu'il conduit, il doit se ranger au bord de la route et attendre que cela passe; il a toujours sur lui le nécessaire pour prendre ce qui lui permet de réduire ses douleurs en cas de besoin. Il ne peut plus conduire un véhicule poids-lourd, camion ou autobus par exemple, pour la raison suivante : dans ces véhicules, la colonne de direction est située entre les jambes, et sur le plancher du véhicule, entre la pédale de frein et celle d'embrayage. Comme il ne sait pas, lorsqu'il déplace sa jambe droite, où elle se trouve, lorsqu'il la bouge, il ne sait plus où elle est : ainsi, si sa jambe est sur l'accélérateur, il n'a pas de problème jusqu'au moment où il devrait la déplacer pour freiner. C'est pour cela qu'en pratique, il devrait conduire à deux pieds, soit en freinant avec le pied gauche, ce que la colonne de direction ne permet pas, en boîte mécanique. Les poids-lourds automatiques existent, mais pour conduire un tel véhicule, il devrait de toute manière avoir une position, en travers, totalement inadéquate.

Les parties ont déclaré être d'accord que l'expert devrait notamment se prononcer sur la capacité de travail résiduelle, voire sur la question de la diminution de rendement, et de l'adéquation des douleurs ressenties avec l'état neurologique du patient.

41. La chambre de céans a interpellé les parties au sujet de l'expert pressenti en vue d'une expertise neurologique, leur a soumis le projet de mission et recueilli leurs commentaires:

Le recourant n'avait pas d'observations quant au projet de mission ni de motif de récusation, s'agissant de l'expert pressenti.

Par pli du 3 mai 2016, l'intimé a indiqué n'avoir aucun motif de récusation quant à l'expert désigné et propose les questions complémentaires suivantes, à la suggestion du SMR :

- Les atteintes relevées s'inscrivent-elles dans un contexte de conflit émotionnel ou de problèmes psycho-sociaux particuliers ?
 - Quelles sont les répercussions fonctionnelles des atteintes retenues dans les actes de la vie quotidienne ?
 - Le traitement est-il approprié ?
 - La compliance est-elle optimale ?
42. Sur quoi la chambre de céans a, par ordonnance du 17 mai 2016 (ATAS/375/2016) complété la mission d'expertise en y intégrant sous ch. 12, 13, 15, et 16 les questions complémentaires demandées par l'intimé, respectivement son service médical, et désigné à cette fin le docteur U_____, spécialiste FMH en neurologie.
43. L'expert a rendu son rapport le 29 août 2016. L'expert s'est fondé sur un entretien clinique prolongé avec l'assuré, ses observations cliniques, l'étude du dossier et des pièces rapportées par ses soins, ainsi qu'un échange téléphonique avec le Dr F_____, médecin traitant du recourant. Le rapport contient une anamnèse personnelle et familiale pour la période précédant l'accident, ainsi qu'une anamnèse détaillée depuis la survenance de l'accident, en juillet 2012, l'évolution de l'état de santé de l'expertisé depuis lors, ainsi que la description des différents types de douleurs et troubles ressentis (p. 2 à 8) ; l'énumération systématique des pièces du dossier judiciaire, ainsi que les pièces produites par le recourant à l'appui de ses écritures, et enfin celles composant le dossier de l'intimé, précisant et résumant celles qui présentent un intérêt médical, comportant respectivement des références médicales utiles à l'expertise (p. 9 à 43) ; le rapport de l'examen clinique du recourant par l'expert (p.44 et 45) ; la discussion du cas (p.46 à 50) ; le questionnaire et les réponses données par l'expert (p. 51 à 57)

S'agissant plus précisément des réponses aux questions posées, l'expert a posé le diagnostic de fracture par éclatement du corps vertébral de L2 avec atteinte du cône médullaire et de la queue de cheval, survenue le 5 juillet 2012. Le recourant présente des troubles neurologiques depuis le moment de l'accident. Les plaintes du patient sont objectivées du point de vue neurologique, par l'examen neurologique, les documents radiologiques (scanner et I.R.M.) et les examens électrodiagnostics (ENMG). Les limitations fonctionnelles liées aux conséquences de cette fracture par éclatement du corps vertébral sont pour le moins : un déficit moteur sévère proximal du membre inférieur droit, des troubles sensitifs prédominant aux membres inférieurs et intéressant aussi en partie le tronc, des douleurs neurogènes parfois sévères, des troubles sphinctériens et sexuels. Le diagnostic posé a pour conséquence une incapacité totale de travail (100%) du recourant, dès le 5 juillet 2012, jour de l'accident. Ce taux d'incapacité de travail n'a pas changé à ce jour. Aucun domaine d'activité adaptée lucratif n'entre en considération dans le cas précis. Compte tenu de l'incapacité totale de travail du recourant, la question de la diminution de rendement est sans objet. Le traitement est approprié et la compliance est optimale. Aucune mesure médicale ne saurait améliorer

significativement la capacité de travail. Les atteintes relevées ne s'inscrivent pas dans un contexte de conflit émotionnel ou de problèmes psychosociaux particuliers. Le recourant n'a jamais été traité pour une affection psychologique avant son accident. On doit comprendre que le retentissement émotionnel, psychosocial et relationnel d'un pareil accident et de ses conséquences est évident pour n'importe qui. Les répercussions quotidiennes des atteintes retenues dans les actes de la vie quotidienne ne concernent pas l'habillement, les soins corporels, l'usage des toilettes et l'administration de ses affaires. Par contre, les répercussions fonctionnelles consécutives à la nécessité de l'usage de cannes anglaises ont une répercussion fonctionnelle importante sur le ménage qui est presque intégralement dévolu à autrui. S'agissant des avis médicaux du SMR et des médecins traitants, sur la question des diagnostics, et de leur appréciation par l'expert, le Dr U_____ a précisé que mis à part les avis médicaux du SMR, il apparaît une excellente concordance dans l'appréciation clinique, les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles et l'estimation de la capacité de travail entre sa propre appréciation et celle des autres médecins et intervenants qui jalonnent le parcours médical du recourant. Ce sont les avis médicaux du SMR et essentiellement du Dr K_____ qui apportent des discordances importantes dans ce dossier. Dans son rapport du 2 septembre 2014, ce médecin rappelle en une demi-page la situation du patient. Il affirme que l'activité habituelle exigible est de 0 % mais qu'une activité adaptée exigible est de 100 % depuis le 1^{er} mars 2013 avec des limitations fonctionnelles concernant la conduite professionnelle de poids lourds, la marche et l'usage d'escaliers, une directive de position assise principalement et de déplacement n'excédant pas 10 à 15 minutes, une limitation du port de charges à 10 kg. À ce moment-là, le SMR est en possession des rapports d'hospitalisation de la CRR. Le Dr K_____ a-t-il réalisé la sévérité de l'atteinte motrice du membre inférieur droit ? A-t-il pris en compte le résultat de deux EMG des 22/10/2012 et 8/2/2013 qui montrent l'un et l'autre une dénervation complète des muscles innervés par le nerf crural ? Comprend-il que ce déficit moteur est compliqué d'un déficit sensitif, notamment proprioceptif qui rend les déplacements encore plus compliqués, même avec deux cannes ? Comprend-il les limites fonctionnelles importantes de cet état de fait ? Le Dr K_____ ne s'est pas attardé non plus sur les douleurs neurogènes présentées par l'expertisé. Pourtant elles sont parfaitement documentées dans ces deux dossiers. Il est simple de s'apercevoir ainsi qu'à la sortie de ses deux hospitalisations à la CRR, le patient sort avec un traitement de Lyrica de 600mg/jour, ce qui est la dose maximale que l'on puisse prescrire et qu'elle s'accompagne toujours d'effets secondaires. A-t-il vu aussi qu'il y a été ajouté 10 mg de Tryptizol le soir lors de sa première sortie, prescrit aussi lors de sa deuxième sortie le 1^{er} mars 2013 où il est ajouté du Tramal en réserve à fortes doses ? Ceci témoigne du sérieux accordé par ses médecins à Sion face à ces douleurs et de leurs difficultés à les traiter. Un autre point apparaît au dossier dont dispose le SMR : le consilium psychiatrique du 17 juillet 2012 et le suivi durant le séjour à la CRR. On peut y lire qu'un suivi d'entretiens psychothérapeutiques a été

justifié par les efforts d'adaptation de l'expertisé à sa nouvelle situation, et il est précisé qu'à sa sortie, une symptomatologie anxieuse et dépressive émerge. On trouve là les prémices de ce qui se développera par la suite et qui doit éveiller chez un médecin des nuances dans l'appréciation du cas. Cette perspective se voit confirmée par l'évolution du recourant décrite par le Dr R_____, que le Dr K_____ rejette sous prétexte d'un document incomplet. À partir de ce moment, le Dr K_____ ne changera plus d'avis, acceptant néanmoins l'idée d'une baisse de rendement de 20 % dans une activité adaptée en raison de la sédation secondaire au traitement antalgique dans un avis médical le 13 janvier 2015. Ceci est basé sur la parfaite concordance qui apparaît entre l'appréciation des douleurs par le Dr N_____ avec ce qui a déjà été dit auparavant sur ce sujet. Par contre, le Dr K_____ ne mentionne pas la notion d'arachnoïdite, parfaitement décrite par le Dr N_____. Le Dr K_____ qui dispose de cette information, pourrait se méfier d'une évolution capricieuse et insatisfaisante du syndrome douloureux dans ces circonstances. Ce médecin intervient à nouveau dans le dossier par un avis médical du 12 juin 2015, quand il lui est demandé de se prononcer à nouveau sur le syndrome douloureux et cette fois spastique de l'expertisée. Il écrit alors : « il est étonnant que ce soit seulement trois ans après l'accident que le centre antidouleur soit sollicité alors que les douleurs neuropathiques surviennent dans les semaines, au plus tard les mois, après le traumatisme. De plus, l'évolution ne se fait pas vers une aggravation majeure comme cela semble être le cas pour l'assuré ». Sur cette base, il n'est pas convaincu de l'évolution défavorable de l'assuré et s'en tient à son point de vue initial. Ce document est pour le moins surprenant. Ce médecin doit savoir l'historique du syndrome douloureux de l'expertisé, ce qu'il feint d'ignorer en suggérant qu'on ne se préoccupe de celui-ci qu'après trois ans ! Le Dr K_____ devrait savoir aussi qu'on s'adresse à un centre antidouleur quand les cas sont désespérés car il est évident que la majorité des médecins rééducateurs connaît parfaitement la panoplie des traitements des douleurs neurogènes comme en témoigne le dossier de la CRR. De plus, il ne se souvient pas non plus de l'arachnoïdite, parfaitement documentée, qui pourrait, - selon l'expert -, expliquer une évolution défavorable. Quoi qu'il en soit, le syndrome douloureux est prévalant depuis le début de l'histoire médicale post-traumatique de l'expertisé. Enfin, le 16 juin 2015, dans un nouvel avis, le Dr K_____ argue d'un nouvel avis neurochirurgical, cette fois-ci du CHUV. Il se base sur le résultat des interventions neurochirurgicales pratiquées au CHUV, qualifié d'excellent sans complication relative à la fixation lombaire et donc à l'absence de toute préoccupation neurochirurgicale complémentaire, pour affirmer « la bonne évolution postopératoire ». Le médecin du SMR semble tout confondre : les neurochirurgiens ne se préoccupent exclusivement que de l'état de la colonne vertébrale, point particulièrement délicat dans la prise en charge du patient après son accident. Que les neurochirurgiens soient satisfaits et parlent d'une récupération totale ne concerne que le versant mécanique de la stabilité de la colonne vertébrale, les neurochirurgiens ne se préoccupant ni de douleurs neurogènes ni des séquelles

neurologiques d'un traumatisme quand il n'y a plus d'opération à envisager. L'aspect neurochirurgical du problème de l'expertisé ne joue aucun rôle dans son degré de handicap actuel ni dans sa capacité de travail, sinon pour rappeler que la statique de la colonne est quand même modifiée, phénomène à l'origine de douleurs rachidiennes non neurogènes dont il faut se souvenir quand le sujet reste longtemps assis ou debout. Il faut aussi préciser que les neurochirurgiens ont raison d'être satisfaits de leur travail, mais que le mur postérieur du corps vertébral est toujours déplacé, que le canal rachidien est estimé à 7mm de diamètre alors que sa taille normale est supérieure à 11mm, et qu'il persiste donc, avec la notion d'arachnoïdite, une hypothèque pour l'avenir. Quant au pronostic global, l'expert indique qu'il est celui d'une stabilité du déficit moteur et sensitif des muscles du bassin et des membres inférieurs à droite, la persistance de douleurs neurogènes de plusieurs types, difficiles à traiter et susceptibles de s'aggraver avec la notion d'arachnoïdite, la persistance de troubles neurovégétatifs dont sphinctériens, actuellement discrets, et la persistance de douleurs rachidiennes liées aux postures assise et debout lorsqu'elles sont longtemps maintenues.

44. Par courrier du 7 septembre 2016, l'OAI, se fondant sur l'avis du SMR (Dr K_____), annexé à son courrier, observe que le service médical régional met en exergue que certains points du rapport d'expertise tendent à faire douter de sa valeur probante, et sollicite ainsi que l'expert soit réinterrogé par rapport aux incohérences soulevées par le SMR. Le SMR observe, dans son avis du 12 septembre 2016, que l'expert retient une incapacité de travail dans toute activité, depuis l'accident de juillet 2012. Il justifie toutefois cette conclusion par des facteurs non médicaux (en particulier l'absence de formation du recourant), et l'absence, pour lui, d'activités compatibles avec les limitations fonctionnelles. De plus, l'expert indique que l'assuré « ne peut assurer une activité quelconque en position assise, plus longtemps que 2 ou 3 heures », mais précise qu'il « ne peut retrouver une activité professionnelle même à temps partiel ». La description médicale du status clinique est relativement pauvre : par exemple, la fréquence d'accès douloureux intenses n'est pas notée. L'expert écrit également que les douleurs permanentes répondent au traitement, mais qu'elles restent totalement incapacitantes. Enfin l'expert se prononce sur le taux d'invalidité, élément non médical, par définition. Le SMR considère que cette expertise ne peut être retenue comme convaincante : l'appréciation de la situation médicale et les conclusions ne sont pas complètement cohérentes et insuffisamment justifiées. L'évaluation de l'expert repose sur des critères d'appréciation de la situation différents, le Dr U_____ ne restant pas sur un plan strictement médico-théorique, intégrant des facteurs psycho-sociaux et professionnels ne devant pas être pris en compte. On constate cependant que l'état de santé de l'assuré est mauvais avec, en particulier, des douleurs neurogènes persistantes. Mais il n'est pas possible de suivre l'expert dans son évaluation d'une incapacité de travail totale dans toute activité, une nouvelle évaluation étant ainsi nécessaire.

45. Pour sa part, le recourant a indiqué par courrier du 22 septembre 2016 qu'il n'avait pas d'observations à formuler au sujet de cette expertise.
46. Par courrier du 29 septembre 2016, la chambre de céans a soumis à l'expert l'avis médical du SMR, le juge délégué observant que certains points du rapport devraient être précisés:
- En réponse aux questions 6 à 10 de la mission (rapport p.52), il conclut à une incapacité de travail dans toute activité depuis l'accident de juillet 2012. Or, au premier paragraphe de la page 50, il indique que l'expertisé ne peut assurer une activité quelconque en position assise, plus longtemps que 2 ou 3 heures, ce qui laisse entendre qu'il aurait encore une capacité résiduelle de travail, certes partielle, mais existante sur le principe. Qu'en est-il en réalité ?
 - Toujours à la page 50 ce rapport mentionne, en particulier aux 3^e et 4^e paragraphes, que l'expertisé n'a aucune formation depuis l'obtention de son CFC de mécanique sur camion à l'âge de 20 ans, et qu'il est sujet à un syndrome douloureux complexe d'intensité variable, parfois très sévère, nécessitant l'usage de médicaments à des doses variables, susceptibles d'entraîner occasionnellement des effets secondaires importants (ralentissement, troubles de la concentration et de la mémoire, troubles de l'attention,...) qui peuvent interférer avec un travail. En conclusion l'expert « imagine mal que l'expertisé puisse retrouver une activité professionnelle même à temps partiel, dans les temps à venir. » Pour arriver à cette conclusion, en dépit de ce qu'il admet au premier paragraphe, quel poids attribue-t-il à la lacune de formation (élément non médical) mis en évidence au § 3 ?
 - À la p. 47 du rapport, l'expert indique que les douleurs dont se plaint l'expertisé jouent un rôle déterminant dans le suivi de son affection ; elles constituent le point le plus difficile à traiter, et sont à l'origine du différend qui oppose l'expertisé à l'OAI. L'expert indique à cet égard qu'« il ne fait aucun doute que ces douleurs sont réelles, parfaitement décrites par un sujet authentique qui n'exagère pas, et qu'elles mettent l'intéressé à rude épreuve, que ce soit du fait de leur intensité ou des effets secondaires des traitements qu'il utilise pour les combattre » : le SMR semble déduire de plusieurs parties de l'expertise que les douleurs permanentes dont se plaint le recourant répondent au traitement (p. 6 1^{er} §, traitant de ce type de douleurs) mais sont incapacitantes; peut-il expliciter cet aspect ?
47. L'expert s'est déterminé par courrier du 17 octobre 2016 :
- S'agissant de l'impossibilité pour l'expertisé d'assurer une activité quelconque en position assise plus longtemps que 2 ou 3 heures, sans autre précision, l'expert se réfère aux pages 6 et 7 de son rapport, où il est mentionné que les douleurs éprouvées par l'expertisé sont incluses dans des catégories que l'expert qualifie de « permanentes », « de type névralgique », de « douleurs liées à des troubles neurovégétatifs », et enfin au bas de la page 7, il fait un commentaire

particulier de ce qu'il qualifie tout au long de son expertise de «douleurs dorsales». Il distingue ces dernières de toutes les autres puisqu'elles sont de nature mécanique et non pas neurogène. Ce sont elles qui sont liées à ce fait statique, et qui interdisent à l'expertisé de rester assis trop longtemps, soit (plus) de 2 à 3 heures sans bouger. Sachant que ce fait est reconnu par la majorité des médecins qui sont intervenus dans ce dossier, il a simplement cru bon le rappeler en page 50, en le considérant comme un fait acquis. Pour sa part toutes les autres catégories de douleurs qui sont d'origine neurogène jouent un rôle déterminant dans la situation du patient, et notamment sur sa capacité de travail.

- S'il a fait référence, à la page 50 de son expertise, au niveau de formation de l'expertisé, il le cite en réalité tout simplement pour faire comprendre à quelle référence il s'adresse quand on lui pose la question précise d'évaluer l'exigibilité en pour cent d'une activité lucrative adaptée et indiquer le domaine d'activité adaptée. Dès lors que la question lui est posée, la référence à la formation lui semble raisonnable.
 - Au sujet des critiques du SMR quant au fait que le rapport d'expertise mentionne des facteurs psychosociaux et professionnels qui ne devraient pas être pris en compte, l'expert s'interroge alors sur la raison pour laquelle la question lui est posée (question numéro 15) d'un rapport éventuel entre les atteintes relevées chez l'expertisé et un « contexte de conflit émotionnel ou problèmes psycho-sociaux particuliers ». Dans la mesure où la question lui était posée, il lui paraissait raisonnable de la commenter.
 - S'agissant enfin de la remarque du SMR qui suggère que les douleurs permanentes dont l'expertisé est atteint répondant au traitement, elles ne devraient donc pas être « incapacitantes » comme l'expert l'affirme : se référant à la page 6 du rapport, où sont précisément inventoriés les différents types de douleurs de l'intéressé, ce qu'il qualifie de « douleurs permanentes » est bien décrit au 2^e alinéa. Ces « douleurs permanentes », qui nécessitent un traitement de fond, doivent être distinguées des « douleurs névralgiques », des « douleurs associées aux troubles neurovégétatifs » et des « douleurs dorsales ». La réponse au traitement est décrite dans le texte de cette même page 3.
48. Le 28 octobre 2016, le recourant a informé la chambre de céans de qu'il n'avait pas d'observations à formuler au sujet de ce rapport complémentaire ni ne souhaitait l'audition de l'expert.
49. L'intimé s'est déterminé par courrier du 7 novembre 2016 auquel il annexe un nouvel avis du SMR (Dr K_____). Il relève que l'assurance-invalidité n'a pas à répondre des difficultés pour trouver un emploi approprié lié à l'âge ou au manque de formation professionnelle. S'il est vrai que de tels facteurs - étrangers à l'invalidité - jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement

exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle. L'OAI conclut qu'il ne peut suivre les conclusions de l'expert quant à la capacité résiduelle de travail. L'expertise ne lui permet dès lors pas de modifier ses conclusions.

Dans son avis du 1^{er} novembre 2016, le SMR peine à comprendre comment concilier une possibilité d'activité pour un type d'atteinte, si toute activité est impossible à cause des autres atteintes. Quant à ses explications au sujet du manque de formation de l'assuré, l'expert ne prend nullement position sur l'absence de facteurs psycho-sociaux. Il explique faire une appréciation, ne restant pas strictement médico-théorique, mais intégrant des facteurs psychosociaux dans son évaluation de l'incapacité de travail. Si l'on constate cependant que l'état de santé de l'assuré est mauvais avec, en particulier, des douleurs neurogènes persistantes, il n'est pas possible de suivre l'expert dans son évaluation d'une incapacité de travail totale dans toute activité. En effet, les limitations fonctionnelles sont relativement limitées, une activité strictement adaptée à celles-ci n'est pas limitée par les douleurs séquellaires. Par conséquent si pendant les crises la capacité est nulle pour toute activité, en dehors de celles-ci l'assuré devrait garder une capacité médico-théorique, au moins partielle.

50. Sur quoi la chambre de céans a communiqué aux parties leurs prises de position respectives et les a informées de ce que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

1. La question de la compétence de la juridiction de céans ainsi que celle de la recevabilité du recours ont d'ores et déjà été traitées dans l'ordonnance d'expertise du 17 mai 2016 (ATAS/375/2016), de sorte qu'il n'y sera pas revenu dans le présent arrêt.
2. Le litige porte sur la question de savoir si le recourant a droit à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a fixé le taux d'invalidité sur la base d'une capacité résiduelle de travail de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.
3. 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).

-
4. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

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

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

5. 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).

a. 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).

b. 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.

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

Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

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

c. Dans le cas d'espèce, la question litigieuse doit désormais être tranchée à la lumière du résultat de l'expertise judiciaire ordonnée par la chambre de céans pour les motifs exposés dans son ordonnance d'expertise (ATAS/375/2016), et singulièrement de la question de savoir si le rapport d'expertise du Dr U_____ du 29 août 2016, au besoin avec les précisions contenues dans les explications

complémentaires qu'il a apportées dans son courrier du 17 octobre 2016 en réponse aux objections de l'intimé dans ses observations du 16 septembre 2016 reposant en particulier sur l'avis médical émis le 12 septembre 2016 par le Dr K_____ du SMR.

Selon la jurisprudence, le juge ne s'écarter 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).

En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

6. 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).

7. a. En l'espèce, la chambre des assurances sociales constate que le rapport d'expertise du Dr U_____ du 29 août 2016 répond, à la forme, aux exigences posées par la jurisprudence pour que l'on puisse lui reconnaître une pleine valeur probante : l'expert s'est fondé sur un entretien clinique prolongé avec l'assuré, au cours duquel il a procédé à l'examen clinique et en particulier neurologique de l'expertisé, en consignant ses observations ; l'étude approfondie du dossier est clairement reconnaissable, non seulement par rapport à l'inventaire détaillé du contenu du dossier et des pièces, dont les plus importantes médicalement ont été résumées, mais également complétées par les soins de l'expert ; cette connaissance approfondie du dossier ressort également de la discussion du cas et de la réponse aux questions posées, en particulier à celle qui invitait l'expert à se prononcer sur les avis médicaux des divers médecins traitants et du SMR, en expliquant au besoin les raisons pour lesquelles il écartait certains avis au profit d'autres (ces raisons ayant été rapportées en détail ci-dessus au ch. 43 de la partie en fait) ; de plus, l'expert a encore eu un échange téléphonique avec le Dr F_____, médecin traitant du recourant. Les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée ; le rapport se fonde sur des examens complets ; il prend également en considération les plaintes exprimées, l'expert ayant d'ailleurs inventorié et décrit les différents types de douleurs éprouvées par l'expertisé, en en déterminant les conséquences incapacitantes, au besoin de manière différenciée ; ce rapport a été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), la description des interférences médicales est claire et enfin que les conclusions de l'expert sont a priori bien motivées.

b. L'intimé a prétendu toutefois que certains points du rapport d'expertise tendraient à faire douter de sa valeur probante. Il s'agit ainsi d'apprécier la pertinence de l'argumentation de l'intimé, pour déterminer si, sur le fond, le rapport de l'expert au besoin complété par ses explications complémentaires peut se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Le SMR a observé, dans son avis du 12 septembre 2016, que l'expert retient une incapacité de travail dans toute activité, depuis l'accident de juillet 2012, en justifiant toutefois cette conclusion par des facteurs non médicaux (en particulier l'absence de formation du recourant), et l'absence, pour lui, d'activités compatibles avec les limitations fonctionnelles. Il voit en outre une contradiction dans le fait que l'expert indique que l'assuré « ne peut assurer une activité quelconque en position assise, plus longtemps que 2 ou 3 heures », ce qui dans l'esprit de l'intimé aurait dû le conduire à retenir au moins une capacité résiduelle de travail même très partielle, alors que l'expert prétend ensuite que l'expertisé « ne peut retrouver une activité professionnelle même à temps partiel ». L'intimé considère aussi que la description médicale du status clinique est relativement pauvre : par exemple, la fréquence des accès douloureux intenses n'est pas notée. L'expert écrit également

que les douleurs permanentes répondent au traitement, mais il affirme d'un autre côté qu'elles restent totalement incapacitantes. Enfin le SMR prétend que l'expert se prononce sur le taux d'invalidité, élément non médical, par définition.

La chambre de céans constate d'emblée que, contrairement à ce qu'affirme le SMR, à aucun moment l'expert ne s'est prononcé sur le taux d'invalidité de l'expertisé. Dans les réponses aux questions qui lui étaient posées, ainsi que dans la discussion du cas, l'expert évoque toujours l'incapacité de travail, et non pas l'invalidité de l'expertisé. Une seule remarque de l'expert, au 5^e paragraphe de la p. 50 de son rapport, fait référence au « taux d'invalidité de 14 %, puis de 6 % » retenu par l'intimé : l'expert ne se prononce toutefois pas sur le taux d'invalidité en tant que tel, mais marque simplement sa surprise par rapport aux conséquences dans la décision entreprise de la mauvaise appréhension de la réalité clinique de l'expertisé par le Dr K_____, observant à cet égard son étonnement de voir que le recourant n'ait pas exprimé plus de ressentiment à l'égard des décisions de l'OAI, lors de l'entretien qu'il a eu avec lui.

En dépit du fait que ces objections n'apparaissent pas prima facie fondées, après une lecture objective remettant chaque élément dans son contexte, la chambre de céans a néanmoins interpellé l'expert en lui demandant de se prononcer sur l'avis exprimé par le SMR.

c. Dans sa détermination, l'expert a observé :

- S'agissant de l'impossibilité pour l'expertisé d'assurer une activité quelconque en position assise plus longtemps que 2 ou 3 heures, sans autre précision, l'expert se réfère aux catégories de douleurs inventoriées aux p.6 et 7 de son rapport, qualifiées de « permanentes », « de type névralgique », de « douleurs liées à des troubles neurovégétatifs », et enfin «douleurs dorsales», qu'il distingue de toutes les autres puisqu'elles sont de nature mécanique - et non pas neurogène -, et qui sont celles qui interdisent à l'expertisé de rester assis trop longtemps, soit (plus) de 2 à 3 heures sans bouger. Sachant que ce fait était reconnu par la majorité des médecins intervenus dans ce dossier, il a simplement cru bon le rappeler comme un fait acquis en page 50. Pour sa part ce sont toutes les autres catégories de douleurs, d'origine neurogène, qui jouent un rôle déterminant dans la situation du patient, et notamment sur sa capacité de travail.
- S'il a fait référence au niveau de formation de l'expertisé, c'était tout simplement pour faire comprendre à quel domaine d'activité adaptée il songe dans la mesure où on lui posait la question d'évaluer l'exigibilité d'une activité lucrative adaptée en indiquant le domaine d'activité adaptée.
- Quant aux critiques du SMR au sujet de la mention des facteurs psychosociaux et professionnels qui ne devraient pas être pris en compte, l'expert s'interroge alors sur la raison pour laquelle la question lui est posée (question 15) d'un rapport éventuel entre les atteintes relevées chez l'expertisé et un « contexte de

conflit émotionnel ou problèmes psycho-sociaux particuliers» : la question lui étant posée, il lui paraissait raisonnable de la commenter.

- S'agissant enfin de la remarque du SMR qui suggère que les douleurs permanentes dont l'expertisé est atteint répondant au traitement, elles ne devraient donc pas être « incapacitantes » comme l'expert l'affirme : se référant à la page 6 du rapport, où sont précisément inventoriés les différents types de douleurs de l'intéressé, ce qu'il qualifie de « douleurs permanentes » est bien décrit au 2^e alinéa. Ces « douleurs permanentes », qui nécessitent un traitement de fond, doivent être distinguées des « douleurs névralgiques », des « douleurs associées aux troubles neurovégétatifs » et des « douleurs dorsales ». La réponse au traitement est décrite dans le texte de cette même page 6.

d. À la lumière des précisions apportées par l'expert, la chambre de céans considère que les objections de l'intimé, qui prend à son compte les critiques du Dr K_____ à l'égard de l'expertise, relèvent plus du prétexte que d'une critique objective propre à véritablement susciter des doutes quant à la valeur probante de l'expertise. L'expert a en effet précisé de façon convaincante que s'il évoquait le fait que le recourant « ne peut assurer une activité quelconque en position assise, plus longtemps que deux à trois heures », il faisait référence à un fait acquis par l'ensemble des médecins traitants ayant eu à connaître de ce dossier, soit la constante de douleurs dorsales, mécaniques, qui à elles seules limitent de toute manière quelque activité que ce soit, ceci indépendamment des douleurs neurogènes, faisant précisément l'objet de son expertise, et qui, elles, jouent un rôle déterminant dans la situation du patient, et notamment sur sa capacité de travail. Ce sont essentiellement ces douleurs-là qui conduisent l'expert au constat que l'expertisé est sujet à un syndrome douloureux complexe d'intensité variable parfois très sévère, qui nécessite l'usage de médicaments à des doses variables parfois susceptibles d'entraîner des effets secondaires importants comme, par exemple, un ralentissement, des troubles de la concentration et de la mémoire, et des troubles de l'attention de nature à interférer avec un travail. C'est précisément ce qui amène l'expert à la conclusion qu'il est inimaginable selon lui que l'intéressé puisse retrouver une activité professionnelle, même à temps partiel, dans les temps à venir. Comme il l'a expliqué, - et justement en réponse à la question 15, - qui avait précisément été ajoutée à la mission initialement prévue, à la demande du SMR -, les atteintes relevées ne s'inscrivent pas dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psychosociaux particuliers. À ce sujet, les explications complémentaires de l'expert sont convaincantes, et les objections formulées par le Dr K_____ à ce sujet sont pour le moins paradoxales, dans la mesure où c'est lui qui avait demandé l'adjonction de cette question à la mission de l'expert. Une saine interprétation du rapport d'expertise ne permet donc pas de considérer que l'expert aurait pris en compte de façon prépondérante des facteurs psychosociaux et socioculturels dans l'appréciation de l'incapacité de travail complète de l'expertisé à laquelle il conclut. Quant à la formation professionnelle

limitée mentionnée par l'expert, elle s'inscrit dans le contexte de la question spécifique qui lui était posée, mais sans incidence concrète sur ses conclusions, n'en déplaise à l'intimé reprenant à son compte les derniers commentaires du SMR.

Les dernières remarques de l'intimé (7 novembre 2016), n'y changent rien. Hormis les remarques – reprenant les premières objections du SMR – auxquelles il a déjà été répondu ci-dessus, le SMR fait valoir en dernier lieu, que si l'on doit admettre que l'état de santé de l'assuré est mauvais avec, en particulier, des douleurs neurogènes persistantes, il ne serait pas possible de suivre l'expert dans son évaluation d'une incapacité de travail totale dans toute activité, au motif que les limitations fonctionnelles sont relativement limitées, une activité strictement adaptée à celles-ci n'étant pas limitée par les douleurs séquellaires. Il en conclut que si pendant les crises la capacité est nulle pour toute activité, en dehors de celles-ci l'assuré devrait garder une capacité médico-théorique, au moins partielle. Comme l'expert l'a déjà relevé dans son rapport du 29 août 2016, le SMR, - soit l'intimé qui adhère aux prises de position de son service médical - n'a pas pris la mesure de la gravité des conséquences de l'accident survenu le 5 juillet 2012 sur l'état de santé du recourant, et en particulier sur sa capacité de travail. À nouveau, dans ses observations, du 7 novembre 2016, fondées sur le dernier avis du Dr K_____, l'intimé minimise singulièrement l'importance des limitations fonctionnelles qui affectent le recourant. Il suggère que si, pendant les crises, la capacité, pour toutes activités est nulle, en dehors de celle-ci l'assuré devrait garder une capacité médico-théorique au moins partielle. Sous prétexte de voir une incohérence de l'expert à soutenir qu'en dépit de certaines douleurs (mécaniques) le recourant pourrait avoir une activité de l'ordre de deux à trois heures en restant en position assise, et de nier toute capacité de travail en raison d'autres douleurs, il fait totalement abstraction des explications complémentaires de l'expert, et suggère qu'en dehors des crises, il subsisterait une capacité résiduelle de travail à tout le moins partielle. Il ignore en cela l'incidence des douleurs neurogènes entraînant, selon l'expert, l'incapacité totale de travail du recourant, ne retenant que la remarque de l'expert au sujet des douleurs dorsales pour y voir une capacité de travail résiduelle. Non seulement l'intimé se trompe, mais il perd encore de vue que l'expert a encore moins prétendu que la « possibilité » d'exercer une activité en position assise, limitée à ces deux à trois heures, serait donnée quotidiennement ; or, tel n'est manifestement pas le cas. À supposer même, - ce que la chambre de céans ne saurait du reste reconnaître -, que l'on puisse retenir une capacité résiduelle de 2,5 heures par jour, 5 jours par semaine à raison de 41,7h de travail par semaine, qu'il subsisterait à tout le moins une incapacité de travail de 70%. Mais une fois encore la réalité est, dans la meilleure des hypothèses pour la thèse de l'intimé, bien en deçà de ces chiffres. Ainsi, dans l'hypothèse la plus favorable, on ne saurait imaginer que le recourant puisse être réintégré dans un circuit économique normal.

Force est ainsi de constater que l'on doit reconnaître une pleine valeur probante à l'expertise litigieuse, la chambre de céans n'ayant aucun motif impératif de

s'écarter des conclusions de l'expertise judiciaire, au sens de la jurisprudence rappelée précédemment.

Dans la mesure où il ressort que le recourant est totalement incapable de travailler quelle que soit l'activité envisagée, y compris dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles résultant des conséquences de l'accident du 5 juillet 2012, date du début du délai d'attente, il a droit à une rente d'invalidité entière.

La décision entreprise doit donc être annulée, et le dossier retourné à l'intimé pour nouvelle décision et calcul de la rente.

8. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 16 janvier 2015 sera annulée. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée 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]).
9. La procédure n'étant pas gratuite, en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (art. 69 al. 1bis phr. 1 LAI), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à CHF 300.- (art. 69 al. 1bis phr. 2 in fine LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève du 16 janvier 2015
4. Dit que Monsieur A_____ a droit à une rente d'invalidité entière.
5. Renvoie le dossier à l'intimé pour nouvelle décision et calcul de la rente, dans le sens des considérants.
6. Alloue à Monsieur A_____ une indemnité de procédure de CHF 2'500.- à la charge de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève.
7. Met un émolument de CHF 300.- 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

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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