

GE_GERICHTE A/3267/2018 vom 2. September 2019

GE Cour de justice, 2019-09-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3267_2018

FR: GE_GERICHTE A/3267/2018 du 2 septembre 2019

IT: GE_GERICHTE A/3267/2018 del 2 settembre 2019

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 02.09.2019
A/3267/2018

A/3267/2018 ATAS/781/2019 du 02.09.2019 (AI) , PARTIELMNT ADMIS En fait En droit rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/3267/2018 ATAS/781/2019 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 2 septembre 2019 6 ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Daniel MEYER recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1960 et titulaire du CFC de transport national et international de marchandises et voyageurs par route depuis 2003, est associé gérant avec signature individuelle de B_____ Sàrl (ci-après : l'entreprise) dont le but social est notamment l'organisation de voyages et l'exploitation de liaisons de transport de personnes et de marchandises. 2. Le 4 novembre 2012, l'assuré a subi un accident sur une autoroute en Hongrie. 3. Souffrant de multiples traumatismes, le 8 novembre 2012, l'assuré a été transféré intubé en avion médicalisé de Hongrie aux hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). Il a séjourné du 8 au 18 novembre 2012 au service des soins intensifs en raison d'épanchements pleuraux avec atélectasie, puis du 18 novembre 2012 au 11 janvier 2013 au département de chirurgie. 4. Selon la lettre de sortie du 18 janvier 2013, l'accident avait entraîné une fracture de la symphyse pubienne et des branches ilio-pubiennes des deux côtés (ostéosynthésée par plaque symphysaire), une fracture du pilier antérieur du cotyle droit (traitement conservateur), une fracture de l'aileron sacré droit, en regard de l'articulation sacro-iliaque et ouverture de la sacro-iliaque gauche (traitement conservateur), des fractures de l'arc postérieur des côtes 4 à 12 à gauche, déplacées pour la plupart (traitement conservateur), des contusions pulmonaires et atélectasie lobaire inférieure gauche avec épanchement pleural bilatéral prédominant à gauche et broncho-pneumonie (ci-après BPN)post-opératoire à Moraxella Catharalis et Staphylocoque aureus, une rupture splénique avec splénectomie en urgence, une contusion de la tête du pancréas et rénale droite et gauche ainsi que des escarres des talons sur immobilisation. L'assuré devait effectuer des séances de physiothérapie et son incapacité de travail était totale (rapport du docteur C_____, médecin interne à l'unité de médecine physique et réadaptation orthopédique des HUG). 5. La SUVA, Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, a pris en charge les suites de l'événement assuré. 6. Le 13 mai 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après OAI) au vu de son incapacité de travail entière depuis le 4 novembre 2012. 7. Dans un rapport du 23 mai 2013 adressé à l'OAI, le Dr C_____ a rappelé les diagnostics posés. Il a constaté une marche avec boiterie gauche en raison d'une douleur postérieure de fesse, une mobilisation sacro-iliaque bonne à gauche et peu mobile à droite. L'évolution était lentement favorable

avec probablement la persistance de séquelles à long terme sous forme de douleur persistante sacro-iliaque avec risque arthrosique important et limitation en position prolongée assise ou debout ainsi que lors de l'accroupissement. Une reprise professionnelle adaptée devrait être possible à moyen terme. 8. Selon la description du poste de travail faite par l'employeur le 17 juin 2013, l'assuré était chauffeur de bus d'un maximum de quinze personnes, organisateur de voyages en bus et seul employé. Au sein de l'entreprise, il n'y avait pas d'autre activité possible que celle de chauffeur. Les activités alternatives consistaient à fusionner avec une autre entreprise et effectuer des trajets plus courts. 9. Dans un rapport non daté et reçu le 23 août 2013 par l'OAI, le docteur D_____, spécialiste FMH en orthopédie et traumatologie, a diagnostiqué une fracture du bassin. L'assuré souffrait de douleurs chroniques lors de la marche et des changements de positions. Son incapacité de travail était entière depuis le 4 novembre 2012. Il lui était difficile de dire en ce moment si l'activité exercée était encore exigible. On pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à 50% approximativement dès le 1^{er} novembre 2013. 10. Dans un avis du 2 septembre 2013, la doctoresse E_____, médecin au service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a indiqué que, selon le téléphone qu'elle avait eu avec le Dr D_____, l'état pourrait être considéré comme stabilisé d'ici environ trois mois. Étant donné que l'assuré conduisait des bus entre Genève et la Serbie, soit un trajet de quatorze heures à trois chauffeurs, la capacité de travail dans l'activité habituelle ne dépasserait pas 50%. L'assuré pouvait participer à des cours ou à des mesures professionnelles. 11. Dans un rapport du 11 septembre 2013, le Dr C_____ a relevé que les radiographies du 4 septembre 2013 montraient une arthrose sacro-iliaque gauche plus que droite, des signes de surcharges enthésitique et ischiatique gauches ainsi qu'une arthrose de hanche bilatérale débutante. Aucune reprise du travail n'était prévue. Le traitement allait encore durer probablement de trois à six mois au minimum. Il y avait lieu de craindre un dommage permanent sous forme de probables douleurs persistantes au vu de la statique perturbée du bassin et de l'atteinte sacro-iliaque. Il était fort probable que l'assuré subît des limitations, en particulier en position statique, debout ou assise et que le port de charges fût difficile sur de longues durées, respectivement le port de charges importantes sur du moyen à long terme. 12. Par communication du 24 octobre 2013, l'OAI a informé l'assuré que, dans le cadre de ses mesures d'intervention précoce, il lui accordait un soutien pour la reprise de son activité professionnelle. Il allait contacter l'assureur-accidents afin de procéder à un bilan de sa situation et collaborer au processus de reprise d'une activité professionnelle. 13. Du 29 octobre au 20 novembre 2013, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après CRR). Selon la lettre de sortie du 20 novembre 2013, l'assuré présentait outre les diagnostics connus, des douleurs chroniques du bassin, des douleurs chroniques thoraciques à gauche, une hernie inguinale droite et une presbyacousie bilatérale. A sa sortie, une cure de la hernie inguinale était préconisée. L'assuré se plaignant d'acouphènes pulsatiles et de vertiges rotatoires ainsi que d'hypoacousie depuis l'accident, un avis spécialisé avait été demandé. Par rapport du 6 novembre 2013, le docteur F_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie (ci-après ORL), a noté qu'il n'y avait eu vraisemblablement pas de choc sur la tête, ni perte de connaissance, ni traumatisme crânio-cérébral. A son réveil, l'assuré se plaignait d'acouphènes pulsatiles et de malaises. Le bilan était normal et l'examen ne permettait pas d'objectiver l'acouphène ressenti par l'assuré. Il présentait une presbyacousie compatible avec son âge. L'imagerie par résonance magnétique (ci-après IRM) cérébrale du 12 novembre 2013 ne montrait aucune malformation artério-veineuse ni de lésion post-traumatique. Par rapport du 7 novembre

2013, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué que l'assuré se plaignait de douleurs lombaires basses, de sa sacro-iliaque gauche et de la région inguinale droite. A la suite de son examen et sur la base de l'imagerie, le médecin a conclu que les douleurs lombaires basses pouvaient être expliquées à ce niveau, celles de la sacro-iliaque gauche également et du fait de sa perte de mobilité, cela se répercutait sur le bas du dos, ce qui expliquait les douleurs à la fesse gauche et lombo-sacrées basses, pour lesquelles il n'y avait pas de proposition thérapeutique. A la suite de l'électroneuromyographie réalisée le 14 novembre 2013, dans un rapport du 21 novembre 2013, le docteur H_____, médecin associé et neurologue FMH, a relevé que l'assuré présentait depuis l'accident des dysparesthésies diffuses des membres supérieur et inférieur gauches, sans déficit sensitivo-moteur. L'examen électronique était rassurant mais révélait une légère altération subjective de la sensibilité tacto-algique ainsi que diffuse au bras et au pied. Mais les neurographies sensitivo-motrices étaient tout à fait normales, tout comme l'EMG. Cet examen ne relevait pas de signe pour une atteinte périphérique, plexulaire ou radiculaire. Dans un rapport du 3 décembre 2013, le docteur I_____, médecin adjoint et rhumatologue, a posé le diagnostic principal de « thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs persistantes dans les suites d'un polytraumatisme datant d'une année ». Il a rappelé les diagnostics posés précédemment et a également diagnostiqué des douleurs chroniques thoraciques à gauche et du bassin, une hernie inguinale droite, une presbyacousie bilatérale et une obésité avec un BMI de 35 kg/m². Il n'y avait aucun diagnostic sur le plan psychiatrique et sur le plan neurologique. La hernie inguinale avait été objectivée lors de l'examen clinique. La presbyacousie était compatible avec l'âge. Les plaintes et les limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. La participation du patient aux thérapies avait été considérée comme faible. Il était très fixé sur ses douleurs et s'autolimitait pour chaque exercice. Des incohérences avaient été relevées. L'assuré présentait des limitations fonctionnelles provisoires quant au port de charges lourdes et les positions debout ou assise prolongées. La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles, compte tenu de l'apparition d'une hernie inguinale et de douleurs chroniques du bassin notamment à droite. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était pour le moment défavorable au vu des facteurs médicaux et non-médicaux. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était favorable.

14. Dans un rapport du 23 décembre 2013, le Dr D_____ a indiqué que l'état santé était resté stationnaire depuis le 19 août 2013. Il a répondu par la négative à la question de savoir si, en cas de troubles psychiques, leur gravité nécessiterait une prise en charge psychiatrique. L'assuré présentait des douleurs après avoir été assis ou debout plus qu'une heure. La capacité de travail était nulle pour l'instant dans l'activité exercée. On ne pouvait pas envisager un retour au travail ultérieurement dans le même métier. Un deuxième avis était bienvenu.

15. Par rapport du 17 janvier 2014, l'OAI a clôturé le mandat d'intervention précoce. Lors de l'entretien d'évaluation du 23 octobre 2013, l'assuré avait précisé que l'entreprise avait été initialement constituée entre trois associés (l'assuré, son frère et un autre associé en Serbie). Toutefois, avant l'accident, l'assuré exploitait seul l'affaire car ses associés s'étaient retirés. Il assurait les transports de personnes entre la Suisse et la Serbie selon la demande, à raison d'environ deux voyages par semaine correspondant à environ quarante heures de travail. L'assuré n'avait aucune vision de son avenir professionnel et n'était pas preneur d'une quelconque mesure d'intervention précoce.

16. Sur demande de l'OAI, l'assuré a communiqué à celui-ci, le 24 février 2014, le bilan et

le compte de pertes et profits 2012 de l'entreprise. Il a précisé que la comptabilité 2013 serait probablement bouclée à fin juillet 2014. 17. Dans un avis du 7 mars 2014, le docteur J_____, médecin praticien FMH et médecin du SMR, a retenu les mêmes limitations fonctionnelles objectivables que celles décrites par la CRR et a précisé qu'actuellement la situation médicale n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. Il a considéré que la capacité de travail de l'assuré dans l'activité habituelle était nulle, celle-ci n'étant plus exigible. En revanche, sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée et ceci depuis le mois d'octobre 2013, date à laquelle selon le Dr D_____, son état de santé était stabilisé. Il y aurait un intervalle d'incapacité totale de six mois après l'opération programmée. 18. Par rapport du 27 mai 2014, la doctoresse K_____, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué que l'assuré se plaignait depuis l'accident de paresthésies de type fourmillements aux membres supérieurs localisés sur la face externe des bras, des avant-bras et la face dorsale des mains, prédominant à gauche, et dans les trois derniers doigts, de douleurs à l'omoplate gauche et de cervicalgies. L'assuré se plaignait de douleurs chroniques du membre inférieur gauche avec des crampes dans le mollet gauche ainsi que de douleurs du bassin. Il existait des mouvements involontaires de type secousses de la main gauche. L'assuré notait des sensations de bruits dans la tête prédominant dans la région pariétale, sans réels vertiges. Il notait des troubles de la concentration et des oublis. L'IRM cérébrale révélait une cervicarthrose. Le médecin a conclu que sur le plan neurologique, l'assuré souffrait d'une cervico-brachialgie et de douleurs du bassin et du membre inférieur gauche accompagnées de troubles de la sensibilité des membres supérieur et inférieur gauches. Elle avait observé des mouvements anormaux de type secousses de l'hémicorps gauche prédominant au niveau de la main gauche. Il ne s'agissait ni d'un tremblement, ni de myoclonies, mais probablement de mouvements anormaux de nature psychogène dans le contexte d'un syndrome douloureux chronique post-traumatique. L'examen du membre supérieur gauche ne révélait pas d'anomalie de la conduction des nerfs médian et cubital, ni de déficit radiculaire. Il existait également des troubles neuropsychologiques de type troubles de la concentration et de la mémoire anamnétiques, probablement à intégrer dans le syndrome post-traumatique également. Elle proposait d'introduire un traitement antidépresseur. 19. Par rapport du 18 juin 2014 adressé à la SUVA, la Dresse K_____ a diagnostiqué des cervico-brachialgies et des douleurs du bassin et du membre inférieur gauche post-traumatiques, ainsi que des troubles de la concentration et de la mémoire suite à l'accident. A l'examen, elle avait constaté des troubles de la sensibilité du membre supérieur gauche, et des secousses incontrôlables du bras gauche. Le pronostic était réservé compte tenu de la persistance des troubles (syndrome douloureux, syndrome subjectif post-traumatique) un an et demi après l'accident, mais la situation n'était pas encore stabilisée. Le traitement suivi était la prise d'antalgique et des séances de physiothérapie. Une reprise du travail n'était pas envisageable à l'heure actuelle. 20. Le 12 septembre 2014, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a transmis à la SUVA une copie du scanner pelvien et d'une échographie pratiqués le 28 février 2014. Selon l'assuré, il était vraisemblable, à la lecture du rapport de neurologie du 27 mai 2014, que ses troubles et ses atteintes s'inscrivaient dans le contexte d'un syndrome post-traumatique. 21. L'OAI a procédé à une enquête pour activité professionnelle indépendante. Selon son rapport du 19 septembre 2014, l'assuré n'avait pas repris la conduite d'un véhicule depuis son accident car il présentait des pertes d'équilibre et de la confusion, voyait trouble et ressentait des « palpitations » dans sa tête. Il était vite irritable et angoissé. Tout l'énervait et il supportait mal le bruit. S'agissant de l'entreprise, son fils

l'aidait sur le plan administratif sans être rémunéré, de même que son épouse en répondant parfois au téléphone ainsi qu'en lavant les rideaux et les appuie-têtes en tissu. L'entreprise était de moins en moins rentable en raison de la forte diminution du prix des billets d'avion et de la baisse de clientèle due à la crise économique. Au début, elle possédait deux cars de cinquante personnes, puis à partir de 2008 plus qu'un seul. En 2012, afin de réduire les coûts, l'assuré avait vendu son car pour acheter d'occasion un minibus avec onze places. Son principal client était l'agence de son associé en Serbie. Il effectuait des covoiturages avec d'autres amis chauffeurs, à raison d'un à deux voyages par semaine d'une durée variable d'un à trois jours suivant la distance parcourue. Pour chaque voyage, il comptait quatre heures d'entretien de base du véhicule ainsi qu'un temps identique de nettoyage et d'agencement du véhicule. Son revenu annuel s'élevait à CHF 48'000.-. Actuellement, son entreprise était dormante mais il n'avait pas pu se résoudre à la radier du registre du commerce, n'ayant pas encore accepté de ne pas pouvoir reprendre son activité. 22. Par projet de décision du 6 octobre 2014, l'OAI a rejeté la demande de rente et de mesures professionnelles. Il a retenu un statut d'indépendant. En comparant en 2013 le revenu sans invalidité avec un revenu d'invalidé fixé statistiquement et en tenant compte d'un abattement de 15% en raison des limitations fonctionnelles et de l'ancienneté, le taux d'invalidité était nul. 23. Le 4 novembre 2014, l'assuré a subi une cure de hernie inguinale bilatérale. 24. Dans ses observations du 10 novembre 2014, l'assuré a contesté présenter une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 31 octobre 2013. En effet, il ressortait des différents avis médicaux que son incapacité de travail était totale dans toute activité. Compte tenu de ses multiples handicaps, l'OAI aurait dû mettre en oeuvre un bilan de compétences afin d'évaluer au mieux ses capacités professionnelles résiduelles. Il n'était pas en mesure de regagner le circuit économique normal, de sorte qu'il avait droit à une rente entière d'invalidité. 25. Dans un avis du 25 novembre 2014, la doctoresse L_____, médecin au SMR, a observé que la Dresse K_____ faisait l'hypothèse de douleurs de nature psychogène puisqu'il n'existait pas d'élément médical objectif susceptible d'expliquer les cervico-brachialgies gauches. De plus, elle relevait des troubles de la concentration et de la mémoire rapportés par l'assuré. Or, le rapport de la CRR du 3 décembre 2013 ne mentionnait aucune anomalie sur les plans psychiatrique, neurologique et neuropsychologique, de sorte que les troubles relatés par l'assuré étaient subjectifs. En définitive, ce dernier n'avait pas fourni d'éléments médicaux objectifs faisant état d'une aggravation de son état de santé. 26. Le 4 décembre 2014, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport du Dr D_____ du 18 novembre 2014 mentionnant une prochaine opération d'une hernie vésicale et pour AMO. Selon ce médecin, tout pronostic quant à l'évolution de son état de santé était prématuré. 27. Le 15 décembre 2014, l'assuré a également communiqué à l'OAI un rapport du 8 décembre 2014 établi par le docteur M_____, généraliste FMH. Selon ce dernier, on assistait à une péjoration de l'état général de l'assuré générée par une décompensation de son état psychique prise en charge par un psychiatre. Il a diagnostiqué un épisode dépressif récurrent important. 28. Dans un avis du 28 décembre 2014, le docteur N_____, médecin au SMR, a considéré que l'assuré n'apportait pas d'éléments médicaux objectifs permettant de retenir une aggravation durable de son état de santé. Notamment, le Dr M_____ ne fournissait aucune information médicale permettant de se faire une idée quant à la modification dudit état de santé. 29. Le 26 janvier 2015, l'assuré a adressé à l'OAI un avis de sortie des HUG du 10 novembre 2014, consécutif à son séjour au service de chirurgie viscérale du 4 au 10 novembre 2014 en raison d'une cure de hernie inguinale bilatérale et de l'AMO de la symphyse pubienne pratiquée le 4 novembre 2014.

30. Par décision du 2 février 2015, l'OAI a confirmé le refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles. 31. Suite au recours interjeté par l'assuré contre cette décision, les rapports suivants ont été produits : - par rapport du 16 février 2015, le docteur O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que l'assuré présentait une dépression d'intensité significative caractérisée par une humeur triste, une perte d'énergie et d'élan vital, avec une fatigue physique et psychique, une anxiété constante sous forme de crainte, tension, nervosité et la présence permanente d'acouphènes, un pessimisme, une perte de confiance en soi et un sentiment d'insécurité, des troubles cognitifs par diminution de la mémoire de travail et de stockage, des troubles de la concentration, surtout pour les activités soutenues, un sommeil agité et perturbé avec des ruminations négatives et des cauchemars. Ces manifestations traduisaient une situation dépressive d'incertitude et de précarité psychosociale due au changement brutal survenu dans sa vie depuis 2012. Ces problèmes psychiatriques importants avaient été entraînés par des manifestations d'ordre somatique, soit une douleur permanente au niveau du bassin dans la région ilio-coxale suite à l'accident, une douleur permanente au niveau abdominal suite à la hernie inguinale et à l'opération en 2014, des troubles neurologiques avec une douleur constante entraînant une diminution de la capacité sensitive et motrice de la jambe gauche et du membre supérieur gauche. Ces problèmes somatiques avaient impacté directement la vie de l'assuré avec une affectation significative de sa sphère psychique. Les limitations adaptatives avaient mené à un stress et aux difficultés morales, intellectuelles, sociales et physiques. Ces aspects renvoyaient à la notion de handicap, condition qui n'avait pas encore été reconnue par les institutions. La non-reconnaissance et la non-validation de sa souffrance avaient aggravé son état moral et psychologique. Le traitement consistait en la prise d'un neuroleptique (Seroquel) et d'un antidépresseur (Valdoxan) ; - par avis du 8 avril 2015, le SMR a considéré que le Dr O_____ n'avait pas procédé à un status détaillé, avait retenu des éléments purement subjectifs basés sur les plaintes du recourant, enfin que le diagnostic d'épisode dépressif d'intensité importante ou d'intensité significative ne constituait pas un diagnostic selon la CIM-10 ; - dans un rapport non daté, le Dr D_____ a précisé que lors de l'opération de novembre 2014, il avait été décidé d'abandonner la procédure d'ablation de la plaque au vu des risques d'une nouvelle fracture du bassin. En outre, le recourant présentait des douleurs lombaires dues à un déséquilibre du bassin. - dans un rapport du 10 mai 2015, le Dr O_____ a constaté chez l'assuré une humeur dépressive sans irritabilité qui n'était pas présente toute la journée, une diminution d'intérêt ou de plaisir pour la vie, une énergie (ou élan vital) diminuée avec fatigue physique et psychique, des troubles du sommeil avec des ruminations négatives et des cauchemars, une attitude pessimiste face à l'avenir et à l'incertitude. L'assuré était fatigué car les difficultés et les douleurs permanentes ainsi que les efforts pour la recherche de positions antalgiques l'épuisaient. Il présentait également une anxiété constante sous forme de crainte, tension due au sentiment d'insécurité et d'incertitude avec la présence permanente d'acouphènes. Les symptômes retenus dépassaient les deux semaines nécessaires pour poser le diagnostic d'épisode dépressif de sévérité moyenne (F32.1) selon la CIM-10. Les troubles somatiques ainsi que la douleur quasi permanente et aiguë (cinq critères sur neuf) expliquaient sa problématique. Ces critères permettaient de considérer sa dépression comme une maladie survenue secondairement aux problèmes d'ordre somatique. Les troubles physiques avaient entraîné un état de dépression qui durait depuis longtemps. La douleur entraînait un état d'anxiété et de vigilance qui consommait beaucoup de ressources et d'énergie. Si la douleur était aiguë ou grande, si elle durait, l'organisme se fatiguait et

s'épuisait. Le cerveau diminuait ainsi ses performances en étant concentré sur la douleur et sur toutes les manoeuvres antalgiques possibles. Au vu de l'effet dépressogène permanent de la douleur et de l'affectation délétère des fonctions cognitives, la capacité de travail du recourant était nulle dans tous les types d'activité ; - dans avis du 15 juin 2015, la doctoresse P_____, médecin au SMR, a indiqué que s'agissant de l'existence d'une atteinte psychiatrique incapacitante et de troubles cognitifs, il existait des discordances entre le psychiatre et les experts de la CRR puisque ceux-ci n'avaient retenu aucun diagnostic psychiatrique et qu'un examen neuropsychologique s'était avéré normal. En outre, en décembre 2013, le Dr D_____ avait répondu à la question concernant l'existence d'une atteinte psychiatrique, alors que le Dr O_____ parlait de limitations cognitives sans avoir procédé à des tests neuropsychologiques ; - par rapport du 2 juin 2015, le docteur Q_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que l'assuré présentait une hernie inguinale droite qui le gênait un petit peu à la marche. Il avait aussi des douleurs chroniques au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche, avec un substrat au scanner visible (troubles dégénératifs et début de fusion). Il y avait par ailleurs aussi subjectivement, une diminution discrète de la sensibilité de tout le membre inférieur gauche au toucher ainsi que, objectivement, une diminution de la force globale au niveau du membre inférieur gauche cotée à M4+. Le médecin continuait à penser qu'il était trop dangereux d'enlever la plaque de symphyse et qu'elle participait très peu à la symptomatologie du patient. Au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche, il n'y avait pas de geste chirurgical à proposer. S'agissant de la hernie inguinale droite, il convenait que l'assuré revoie son chirurgien. 32. Par arrêt du 27 janvier 2016 (ATAS/56/2016), la chambre de céans a admis le recours, annulé la décision de l'OAI du 2 février 2015 et renvoyé le dossier à celui-ci pour instruction complémentaire sous forme d'une expertise pluridisciplinaire. Elle a notamment considéré que la stabilisation de l'état de santé de l'assuré n'était pas établie et que l'OAI ne pouvait pas se fonder sur le rapport de la CRR pour retenir une capacité de travail entière dans une activité adaptée. 33. Par rapport du 27 janvier 2016, le Dr D_____ a indiqué que l'assuré présentait toujours des douleurs résiduelles au niveau de l'articulation sacro-iliaque. Il présentait encore une boiterie, des douleurs au niveau des hanches, une boiterie d'épargne et un léger surpoids. Par conséquent, l'assuré allait continuer à être en arrêt de travail jusqu'à ce qu'il soit « souverain en position sûre par rapport à son invalidité ». 34. Le 5 avril 2016, l'assuré a été opéré aux HUG pour des hernies inguinales bilatérales récidivantes à contenu vésical et colique. 35. Le 7 juillet 2016, le docteur R_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, et médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné l'assuré. Par rapport du même jour, ce médecin a indiqué que l'assuré avait présenté un accident de la voie publique il y avait trois ans et demi en Hongrie. Une splénectomie et une ostéosynthèse de la symphyse pubienne pour une probable disjonction importante avaient été réalisées, mais les premiers clichés n'étaient pas au dossier. Une plaie à la face externe de la cuisse était également mentionnée. Après transfert aux HUG puis rééducation, l'évolution avait été lentement satisfaisante. Un bilan avait été réalisé à la CRR en octobre 2013 devant la persistance de douleurs et la mise en évidence d'une hernie inguinale post-opératoire. Il avait également été retenu une symptomatologie d'acouphènes pulsatiles et de vertiges pour laquelle le diagnostic de presbyacousie bilatérale avait été retenu. Une tentative d'ablation du matériel d'ostéosynthèse gênante avait été réalisée, mais évaluée comme trop dangereuse. Une réfection du plan pariétal antérieur avait été réalisée. Devant une nouvelle récurrence de hernie, une nouvelle intervention avait eu lieu en avril 2016 avec, à ce jour, un

bon résultat au niveau de la paroi. Celle-ci était néanmoins considérée comme fragilisée et en conclusion, le port de charges était très limité. L'assuré se plaignait toujours de douleurs au niveau sacro-iliaque gauche et au niveau du pubis qui limitaient la déambulation et l'obligeaient à se mobiliser fréquemment et à alterner les positions assise et debout. En l'absence d'une nouvelle intervention chirurgicale prévue, le cas était considéré comme stabilisé. L'ancienne activité de conducteur de car n'était pas exigible. Dans une activité professionnelle réalisée alternativement en position assise ou debout avec un port de charges limité à 3 kg, sans déplacement répété dans les escaliers, sans devoir s'agenouiller, ni s'accroupir, ni monter sur une échelle, on pouvait s'attendre à une capacité de travail entière sans baisse de rendement. S'agissant de la prise en charge ultérieure, une consultation de suivi en orthopédie et une consultation en chirurgie digestive étaient acceptées chaque année, ainsi que le traitement par antalgiques. Une séance de rééducation hebdomadaire chaque semaine pendant une année afin d'encadrer la reprise de l'activité professionnelle, puis une séance mensuelle par la suite étaient également prises en charge. S'agissant de l'estimation de l'atteinte à l'intégrité, le médecin a indiqué que l'assuré avait nécessité en urgence une splénectomie et le traitement d'une disjonction pubienne sévère « afin atteinte sacro-iliaque ». Les suites avaient été marquées par la persistance de douleurs sacro-iliaques et de plusieurs interventions nécessaires pour la réfection du plan pariétal antérieur devant une hernie inguinale récidivante. Un taux de 10% était reconnu pour la perte de la rate ainsi qu'un taux de 10% pour les conséquences des traitements de la hernie de la paroi abdominale, celle-ci restant globalement affaiblie. Un taux de 5% était également retenu pour les séquelles fonctionnelles au niveau de l'articulation sacro-iliaque, soit un taux global de 25%. 36. Le 2 août 2016, la SUVA a informé l'assuré qu'elle cesserait le paiement de l'indemnité journalière entière au 30 septembre 2016. 37. Le 31 août 2016, l'assuré a été examiné par le docteur S_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et médecin conseil de la SUVA. Par rapport du 7 septembre 2016, ce médecin a diagnostiqué une dysthymie (F34.1). Il a expliqué que l'assuré, qui conduisait un minibus, avait percuté un camion qui lui avait coupé la route. Si l'assuré se sentait la plupart du temps fatigué et déprimé, avec des ruminations négatives et pessimistes, il restait dans l'ensemble capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, notamment de préserver ses liens sociaux, ses relations familiales ou encore de gérer son administratif. Il n'y avait pas d'état de stress post-traumatique, l'assuré ayant été « protégé » de son vécu traumatique par sa perte de conscience. Il existait une anxiété légère que l'on pouvait considérer comme normale compte tenu des incertitudes existentielles de l'assuré. S'agissant d'une éventuelle atteinte à l'intégrité, si l'on faisait remonter le début de la présence d'une symptomatologie psychique à l'année 2014, le temps écoulé était encore insuffisant pour pouvoir se prononcer sur une atteinte chronique puisqu'en principe il faudrait respecter un délai de cinq à six ans pour pouvoir vraiment valablement se prononcer quant à la durabilité d'un tel trouble. A priori, on s'acheminait vers la persistance d'un état dysphorique, dont l'intensité serait située entre le minime et le léger. 38. Par rapport du 17 octobre 2016, le Dr Q_____ a indiqué que l'assuré souffrait indéniablement d'une hernie de la région inguinale droite. En revoyant un scanner effectué en 2015, le médecin a constaté qu'il y avait quand même un effondrement notable de l'interligne articulaire coxo-fémoral autant à droite qu'à gauche en postérieur. L'articulation sacro-iliaque semblait soudée. Les douleurs que l'assuré présentait étaient aussi d'origine orthopédique avec probablement une composante d'un début d'arthrose de la hanche et aussi des séquelles des lésions sacro-iliaques à droite et à gauche. 39. Le 27 octobre 2016, la

SUVA a informé l'assuré qu'elle lui allouerait à nouveau les prestations d'assurance. 40. Le 4 novembre 2016, l'assuré a été opéré (cure de hernie droite). 41. Par rapport du 7 décembre 2016, le Dr Q_____ a indiqué qu'au vu des résultats du spect-CT, les douleurs ne provenaient nullement d'un problème coxo-fémoral puisque les articulations de la hanche ne présentaient ni signe d'arthrose, ni signe d'ostéonécrose. Par contre, il y avait un petit foyer bilatéral au niveau des sacro-iliaques qui étaient déjà partiellement fusionnées. Il n'y avait pas d'origine orthopédique à évoquer pour les douleurs que l'assuré présentait. Ces douleurs étaient liées à une récurrence de hernie. 42. Par communication du 3 janvier 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'une expertise serait effectuée par la Policlinique médicale universitaire de Lausanne (ci-après PMU) et comporterait des examens de médecine interne, neuropsychologie, orthopédie, psychiatrie et rhumatologie. 43. Par rapport d'expertise multidisciplinaire établi le 9 mai 2017, le docteur T_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, la doctoresse U_____, spécialiste FMH en médecine interne, et le docteur V_____, spécialiste FMH en psychiatrie de la Policlinique médicale universitaire de Lausanne (ci-après PMU), ont diagnostiqué, avec influence sur la capacité de travail de l'assuré, des douleurs des articulations sacro-iliaques sur arthrose post-traumatique dans un contexte de polytraumatisme le 4 novembre 2012 (avec fracture de la symphyse pubienne et des branches ilio-pubiennes des deux côtés ostéosynthésée par plaque symphysaire, fracture du pilier antérieur du cotyle des deux côtés, fracture de l'aileron sacré droit en regard de l'articulation sacro-iliaque et ouverture de la sacro-iliaque gauche, fractures de l'arc postérieur des côtes 4 à 12 à gauche, contusions pulmonaires, rupture splénique avec splénectomie en urgence, contusion de la tête du pancréas et rénale droite et gauche) ainsi qu'une deuxième récurrence de hernie inguinale droite (status post cures de hernie inguinale). Sans influence sur la capacité de travail, l'assuré présentait une dysthymie (F34.1), une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), des lombo-sciatalgies gauches d'origine indéterminée et des cervico-brachialgies gauches d'origine indéterminée. Les médecins ont conclu à une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et à une capacité de travail résiduelle de 80% dans le cadre d'une activité adaptée, sans diminution de rendement et dans le respect des limitations fonctionnelles suivantes : alternance de position assise et debout, port de charges limité à 3 kg, absence de travaux lourds, marche inférieure à 1 km, pas de travail nécessitant une attention soutenue, ni de vitesse d'exécution. L'assuré devait être à nouveau opéré d'une récurrence de hernie inguinale ; il était en mesure de reprendre une activité professionnelle adaptée un mois après cette chirurgie, en l'absence de complication post-opératoire. Selon les médecins, l'assuré était allongé sur le siège passager avant du minibus avec un passager à l'arrière, lorsqu'ils avaient été percutés par un camion. L'assuré n'avait pas vu les circonstances de l'accident puisqu'il dormait. Lorsqu'il a été réveillé par l'impact, il était incarcéré avec les membres inférieurs coincés sous le tableau de bord. Il était resté vigilant jusqu'à ce qu'il soit transporté dans l'ambulance. Après qu'on lui ait branché une perfusion, il avait perdu connaissance et ne s'était réveillé à Genève que 12 jours plus tard. Selon les médecins orthopédistes, docteur W_____, spécialisé depuis 2018 en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et X_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, l'assuré présentait, objectivement, une autolimitation globale, des douleurs lombaires basses prédominant dans la musculature para-lombaire gauche sans substrat radiologique identifiable, une boiterie de sous-utilisation du membre inférieur gauche avec non déroulement volontaire du pas et un pas court, des douleurs en lien avec les articulations

sacro-iliaques qui étaient le siège d'une arthrose avancée, quasi-arthrodésante, plus marquée à gauche et dont l'origine serait très probablement post-traumatique, des douleurs du pli de l'aîne plutôt en rapport avec une problématique de paroi abdominale dans le cadre d'une cure de hernie inguinale bilatérale avec une récurrence actuelle à droite, la plaque d'ostéosynthèse/stabilisation de la symphyse pubienne n'était que peu impliquée dans les douleurs du pli de l'aîne ; les articulations coxo-fémorales étaient cliniquement très peu douloureuses, radiologiquement saines et ne semblaient pas incriminées dans les douleurs du pli de l'aîne ; les calcifications dans les parties molles présymphysaires pouvaient aussi expliquer les douleurs péripubiennes ; il s'agissait probablement d'une fracture du bassin de type Tile B1 versus une Tile B3. Subjectivement, l'assuré présentait des cervico-brachialgies déficitaires, tant sur le plan sensitif que moteur, prédominant à gauche, de territoire aspécifique avec un examen électro-neuromyographique du membre supérieur gauche, qui en 2014, ne révélait pas d'anomalie de la conduction des nerfs médian et cubital, ni de déficit radiculaire ; des lombo-sciatalgies gauches déficitaires sur le plan sensitif mais pas clairement sur le plan moteur, de territoire aspécifique. Avec un membre supérieur gauche, un membre inférieur gauche et une colonne lombaire fonctionnellement limitée, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, ce d'autant plus que l'assuré consommait un neuroleptique. L'assuré avait une capacité de travail entière dans une activité adaptée peu demandeuse en termes de déplacements, de port de charges, avec alternance de position assise et debout, sur des surfaces sèches et régulières. L'activité devait impliquer des déplacements sur de petites distances (inférieures à 1 km), une limitation du port de charges à 3 kg (exigence également de la chirurgie abdominale). La situation globale était jugée comme stabilisée. Un geste chirurgical pour des lésions objectives, notamment l'arthrose des articulations sacro-iliaques, ne permettrait pas d'améliorer la situation douloureuse au niveau du bassin. Les cervico-brachialgies gauches et les lombo-sciatalgies gauches étaient en cours d'évaluation (IRM), selon le rapport du neurochirurgien du 27 janvier 2017. Les médecins confirmaient l'IPAI à 25% (10% pour la splénectomie, 10% pour la persistance d'une hernie inguinale et 5% pour l'arthrose et les remaniements sacro-iliaques). Selon l'expert rhumatologue, l'assuré présentait une hémicorporalgie gauche chronique, d'étiologie indéterminée (inflammatoire, métabolique, toxique entre autre), survenue dans le décours d'un accident avec notamment fracture du bassin ; les séquelles des lésions traumatiques de l'appareil locomoteur faisant l'objet d'une évaluation orthopédique spécialisée. L'examen était pauvre, non contributif, parasité par un comportement douloureux. Les douleurs n'étaient pas explicables par un modèle biomédical ou une maladie ostéo-articulaire spécifique. Il n'y avait pas de limitation fonctionnelle pour une activité physiquement légère, ne nécessitant pas de maintien de position statique prolongé, ni de soulèvement de charge. Selon la neuropsychologue, Madame Y _____, l'assuré présentait un ralentissement au 1^{er} plan auquel s'associaient des signes de fléchissement exécutif, attentionnel et mnésique. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, car le ralentissement associé aux troubles exécutif étaient de nature à contre-indiquer la conduite automobile. Dans une activité adaptée, une capacité de travail de 80% pouvait être attendue. Selon l'expert psychiatre, l'assuré présentait, sans répercussion sur sa capacité de travail, une dysthymie (F34.1) et une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). L'assuré se plaignait d'une augmentation de l'appétit, des troubles de la concentration, des troubles du sommeil, une fatigue, une légère irritabilité et une humeur en dents de scie. Lors du séjour à la CRR, les spécialistes avaient relevé plusieurs incohérences cliniques, avec des comportements

d'autolimitation et un enkystement dans le vécu douloureux. Le Dr V_____ a indiqué que l'évaluation clinique avait été parasitée par un sujet légèrement agité et démonstratif, qui livrait une anamnèse fruste, avec peu d'implication et de motivation. La collaboration était rapidement apparue douteuse. Il y avait un écart entre l'humeur exprimée et l'humeur observée et l'assuré n'était aucunement ralenti sur le plan psychomoteur, ce qui serait observé dans les dépressions moyennes à sévères. On ne retrouvait pas d'autre symptôme cardinal de dépression comme la dévalorisation, un sentiment de culpabilité, une anhédonie, une perte d'appétit ou de graves troubles du sommeil. Le diagnostic de dysthymie était retenu. S'agissant des plaintes somatiques, si l'on estimait que celles-ci s'écartaient d'un modèle bio-médical, on ne se trouverait pas dans le contexte d'un syndrome douloureux somatoforme ou apparenté. L'assuré s'exprimait sur un ton dramatique et démonstratif. Le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques était retenu. Il y avait des incohérences sur le plan psychiatrique, qui ne permettaient pas de conclure à une limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie. Cette situation ne générait pas de limitations fonctionnelles suffisantes pour abaisser la capacité de travail. L'assuré n'était pas désorganisé dans sa pensée et ne manifestait pas de troubles cognitifs suffisants pour ne plus pouvoir répondre à des tâches simples. La persistance des douleurs quatre ans après l'accident sans substrat anatomique prépondérant s'inscrivait dans un contexte psychopathologique particulier chez un expertisé qui avait frôlé la mort, avait perdu son activité professionnelle et se figeait dans une attitude de revendication. Comme le Dr S_____, l'expert était d'avis que l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles somatiques. 44. Le 18 mai 2017, le Dr R_____ a souligné que pour la partie orthopédique, le Dr X_____ mentionnait, sous réserve d'une activité adaptée, une exigibilité entière. La limitation de la capacité de travail à 80% était en rapport avec des troubles neuropsychologiques. 45. Le 21 juin 2017, l'assuré a été opéré d'une récurrence de hernie inguinale droite avec éviscération sus-pubienne et fragment osseux intra-abdominal par le docteur AA_____, spécialiste FMH en chirurgie générale et digestive. 46. A la demande de l'OAI, par pli du 28 juin 2017, les Drs U_____ et T_____ ont précisé qu'à la date de l'expertise, ils avaient considéré que du point de vue orthopédique, la situation médicale du recourant était stabilisée au vu du rapport du Dr R_____. Les experts rejoignaient l'avis de ce dernier concernant les limitations fonctionnelles et l'évaluation de sa capacité de travail résiduelle. Vu que la troisième chirurgie de hernie inguinale n'était pas programmée dans l'immédiat, ils avaient considéré que l'assuré avait récupéré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée du point de vue orthopédique, au plus tôt le 7 juillet 2016. A partir de cette date, en prenant en compte les résultats des tests neuropsychologiques, la capacité de travail du recourant était de 80% dans toute activité adaptée. 47. Le 3 août 2017, la Dresse Z_____ du SMR, a estimé que les conclusions des experts de la PMU pouvaient être suivies : la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle depuis le 4 novembre 2012 et de 80% dans une activité adaptée dès le 7 juillet 2016, avec les limitations fonctionnelles suivantes : alternance des positions assise et debout ; port de charges de maximum 3 kg ; pas de travaux lourds ; nécessité de travailler sur des surfaces sèches et régulières ; marche inférieure à 1 km ; pas de travail nécessitant une attention soutenue ni de vitesse d'exécution. Les atteintes sans répercussion sur la capacité de travail étaient : une dysthymie, une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, des lombosciatalgies gauches d'origine indéterminée et des cervico-brachialgies gauches d'origine indéterminée. 48. Le 6 septembre 2017, l'OAI a

fixé le degré d'invalidité de l'assuré à 7,22%, sur la base d'une année de référence 2016, d'un revenu sans invalidité de CHF 49'119.- et d'un revenu d'invalidité de CHF 45'575.- (fondé sur l'ESS 2014, indexé à 2016, tableau TA1, niveau 1, pour 41,7 h. de travail hebdomadaire, au taux de 80%, avec une déduction de 15% en raison de l'âge et d'une activité légère seule possible). 49. Par rapport du 20 septembre 2017, le Dr AA_____ a relevé que l'évolution était satisfaisante avec une bonne amélioration de la force de la paroi abdominale et une absence de récurrence herniaire. La cicatrisation était bonne. La symptomatologie semblait petit à petit s'améliorer avec toutefois de discrètes douleurs résiduelles au bas du ventre, lors des efforts, mais clairement en diminution par rapport à la situation per-opératoire. 50. Par projet du 27 septembre 2017, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2013 au 31 octobre 2016 ; son incapacité de travail était totale du 4 novembre 2013 au 6 juillet 2016 et de 80% dès le 7 juillet 2016 dans une activité adaptée, de sorte que, dès cette date, son degré d'invalidité était de 7,9%. 51. Le 31 octobre 2017, l'assuré, représenté par un avocat, a estimé que le taux d'abattement sur le revenu statistique devait être de 25% ; du point de vue médical, des investigations orthopédiques et rhumatologiques étaient en cours ; il avait été opéré le 21 juin 2017 ; une capacité de travail de 80% était totalement injustifiée. Il a joint : - un rapport du 31 octobre 2017 du Dr D_____ proposant que l'assuré soit examiné par l'équipe du traitement de la douleur. L'assuré présentait des douleurs à la palpation de la colonne cervicale, lombaire, para-cervicale et sacrale bilatérale, des douleurs de la ceinture pelvienne et de l'articulation sacro-iliaque des deux côtés ; une hypoesthésie du membre supérieur gauche et hypoesthésie de la face interne du mollet et pied droit connu depuis longtemps et déjà mis en évidence par l'examen neurologique et l'examen du docteur AB_____. A l'examen radiologique, il y avait une arthrose sacro-iliaque. Il pensait que son cas allait empirer avec le temps et une accentuation de l'arthrose. Il était difficile d'envisager que l'assuré reprenne un métier quelconque sans une réinsertion professionnelle ; - un rapport du 23 octobre 2017 du docteur AC_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, indiquant qu'au niveau radiologique, on retrouvait une arthrose sacro-iliaque (spect-CT du 15 novembre 2016) et le matériel d'ostéosynthèse en place au niveau de la symphyse pubienne. Il proposait une IRM de la colonne cervicale et lombaire et un US de l'épaule gauche ; - le rapport d'intervention du 21 juin 2017 (Dr AA_____). 52. Par rapport du 27 novembre 2017, le docteur AD_____, spécialiste FMH en neurologie auprès de la SUVA, a estimé qu'il n'y avait pas d'argument en faveur d'une lésion cérébrale survenue au moment de l'accident ou dans ses suites immédiates et sans lésion cérébrale objectivable, le lien de causalité entre les troubles cognitifs mis en avant par l'assuré et l'accident n'était pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante. Ceci dit, les résultats de l'expertise neuropsychologique étaient difficiles à interpréter en raison de leur hétérogénéité et du peu de motivation de l'assuré. Purement syndromiques (« fléchissement exécutif, attentionnel et mnésique), les constatations de la neuropsychologue ne permettaient pas de se prononcer sur l'étiologie. Les conclusions de Mme Y_____ ne pouvaient pas être maintenues sous l'angle de la causalité applicable en assurance-accidents. 53. Le 30 novembre 2017, l'assuré a requis des mesures de réadaptation professionnelle. Il a communiqué : - un rapport du docteur AE_____, FMH rhumatologie et médecine interne, du 8 octobre 2017, selon lequel l'assuré présentait des lombosciatalgies bilatérales d'origine multifactorielle ; une atteinte au niveau des sacro-iliaques survenue après l'accident pouvait être évoquée en premier ; une ankylose de la sacro-iliaque gauche avait d'ailleurs été objectivée à l'IRM du bassin ; cet examen n'excluait pas une spondylarthrite ; une lombalgie chronique sur

dysfonction pouvait également être associée du fait du déconditionnement physique. Une investigation était en cours pour un éventuel syndrome inflammatoire. Un conseil neurologique était en attente chez la Dresse K_____ à la recherche d'une éventuelle atteinte radiculaire aux membres inférieurs après le polytraumatisme. S'agissant du rapport d'expertise de la PMU, il relevait que le pronostic ne pouvait pas être bon en raison des éléments susmentionnés suite au polytraumatisme ; il se demandait comment la capacité de travail pouvait être à 80% dans un travail adapté et en même temps réduite de 25% et quelles étaient les mesures professionnelles qui pourraient améliorer la capacité de travail.

- par rapport du 6 novembre 2017, la doctoresse AF_____, spécialiste FMH en radiologie, a indiqué que le bilan IRM cervicale avait objectivé deux discopathies dégénératives étagées en C5-C6 et C6-C7, mais c'était la discopathie C5-C6 qui était responsable de la symptomatologie clinique par une protrusion disco-ostéophytique postéro-latérale et foraminale gauche, réalisant un rétrécissement foraminaux potentialisés par une uncarthrose surtout gauche et à ce niveau la racine C6 gauche était à l'étroit. En C6-C7, il n'y avait pas de conflit radiculaire secondaire, mais il y avait une uncarthrose à ce niveau, sans rétrécissement secondaire des canaux de conjugaison ;

- par rapport du 28 novembre 2017, la Dresse AF_____ a indiqué que l'IRM des articulations sacro-iliaques et de la colonne lombaire démontrait des anomalies importantes au niveau de l'interligne articulaire sacro-iliaque gauche qui se traduisaient par une ankylose au niveau de la partie supérieure de l'interligne articulaire et par des érosions comblées par un tissu fibreux dans la moitié inférieure de l'interligne articulaire. Il y avait une ossification partielle du ligament sacro-iliaque à droite. L'atteinte sévère de l'interligne articulaire sacro-iliaque gauche restait d'origine indéterminée et d'interprétation plus difficile vu l'ancien contexte post-traumatique important de l'assuré : soit il s'agissait de séquelles apparues suite à la fracture du bassin ou d'une spondylarthrite ankylosante apparue suite à l'ancien traumatisme avec atteinte élective des sacro-iliaques, ce qui expliquait le syndrome douloureux chronique. 54.

Le 5 décembre 2017, le docteur AG_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a rendu un rapport suite à l'examen final de l'assuré du 1^{er} novembre 2011. Il a diagnostiqué un polytraumatisme avec arthrose post-traumatique sacro-iliaque, consécutive à une fracture de la symphyse pubienne des branches ilio-pubiennes ostéosynthésées par plaque symphysaire, une fracture du pilier antérieur du cotyle des deux côtés, une fracture de l'aileron sacré en regard de l'articulation sacro-iliaque et ouverture de la sacro-iliaque gauche, une fracture de l'arc postérieur des côtes 4 à 12 à gauche, des contusions pulmonaires, une rupture splénique avec splénectomie en urgence en Hongrie, des contusions de la tête du pancréas, des contusions rénales bilatérales, un status post trois cures de hernie inguinale, de l'obésité et une dysthymie. Les limitations fonctionnelles du point de vue orthopédique étaient pas d'activité nécessitant un déplacement sur grande distance, pas de port de charges excédant 3 kg et permettant l'alternance des positions de travail. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle. Dans une activité adaptée, la capacité de travail de l'assuré était entière. Une consultation de suivi orthopédique et une consultation de la douleur par année étaient prises en charge. S'agissant de la chirurgie digestive, un contrôle final à une année pouvait être alloué. La rééducation en physiothérapie pouvait être stoppée. Il n'y avait pas de modification s'agissant de l'atteinte à l'intégrité. 55.

Par pli du 3 janvier 2018, la SUVA a mis fin à la prise en charge des frais médicaux et aux indemnités journalières avec effet au 30 avril 2018, à l'exception d'une consultation de suivi orthopédique et une consultation annuelle de la douleur ainsi qu'un contrôle final à une année du point de vue de la chirurgie

digestive. Une activité adaptée (sans port de charges de plus de 3 kg, sans déplacements sur de grandes distances et permettant des positions de travail alternées) était exigible à plein temps, sans baisse de rendement. 56. Le 10 janvier 2018, le Dr N_____ a relevé que tous les éléments retenus par les examens complémentaires (notamment IRM des 6 et 28 novembre 2017) étaient connus et les rapports des Drs D_____, AC_____, AA_____ et AE_____ n'apportaient pas d'élément nouveau. Le fait que de nouvelles investigations soient en cours ne permettait pas de modifier les conclusions précédentes. Le rapport du SMR du 3 août 2017 était confirmé. 57. Par décision du 22 mars 2018, le service cantonal des véhicules a retiré à l'assuré son permis de conduire (catégorie C, C1, C1E, D, DE, D1E, I21). 58. Par décision du 3 août 2018, la SUVA a octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25%, correspondant à CHF 31'500.-. Le droit à une rente d'invalidité était nié, motif pris que les séquelles accidentelles causales ne réduisaient pas de façon importante la capacité de gain de l'assuré. Il était à même d'exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie, dans le respect des limitations fonctionnelles (ne pas porter de charges supérieures à 3 kg, alternance des positions assise et debout), la journée entière, ce qui permettait de réaliser un revenu annuel de CHF 59'968.-, qui, comparé au gain réalisable sans accident de CHF 51'600.-, n'entraînait aucune perte de salaire. 59. Par décision du 16 août 2018, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1er novembre 2013 au 31 octobre 2016. L'incapacité de travail de l'assuré avait été totale dans son activité habituelle dès le 4 novembre 2012. Dans une activité adaptée à son état de santé, la capacité de travail résiduelle de l'assuré était de 80% dès le 7 juillet 2016. La perte de gain en résultant était de 7.9%, soit insuffisante pour maintenir le droit à la rente et justifier la mise en place de mesures d'ordre professionnel. Une déduction supérieure à 15% n'était pas justifiée ; il existait sur le marché équilibré suffisamment d'activités adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assuré ; par ailleurs les éléments au dossier montraient que la condition de l'aptitude subjective à l'octroi de mesures de réadaptation n'était pas remplie. 60. Le 17 septembre 2018, l'assuré, représenté par son avocat, a recouru auprès de la chambre de céans à l'encontre de cette décision (cause A/3267/2018), en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à son annulation dans la mesure où elle limitait le droit à une rente entière d'invalidité au 31 octobre 2016, et à l'octroi d'une rente entière pour une durée indéterminée ; subsidiairement à la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Son état de santé n'était pas stabilisé en juillet 2016, puisqu'il avait été réopéré en juin 2017 ; des IRM de novembre 2017 mettaient en évidence d'importantes anomalies et un syndrome inflammatoire était suspecté ; l'évolution de l'arthrose n'avait pas été prise en compte ; une expertise judiciaire orthopédique et rhumatologique était nécessaire, ainsi qu'une expertise psychiatrique, celle ordonnée étant incomplète ; par ailleurs, il requérait des mesures pour l'aider à se réinsérer. Il contestait le revenu sans invalidité et celui avec invalidité, qui devait être réduit de 25%. A cet égard, il a communiqué une attestation de B_____ Sàrl du 15 avril 2013 attestant d'un salaire mensuel brut de l'assuré de CHF 4'000.- de novembre 2011 à octobre 2012. 61. Le 22 octobre 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours, en estimant que l'expertise de la PMU avait entière force probante. Il ne pouvait pas être reproché aux experts, notamment aux experts rhumatologue et psychiatre, d'avoir indiqué qu'ils avaient constaté une amplification des symptômes. Il s'agissait uniquement d'éléments factuels relevés dans le cadre d'une expertise effectuée dans les règles de l'art. Toute les atteintes à la santé du recourant avaient été prises en compte tant par les experts que par le SMR. Il ne ressortait pas des griefs du recourant d'éléments concrets susceptibles de remettre en cause les conclusions des experts,

l'argumentation se limitant pour l'essentiel à souligner les divergences d'opinion entre les experts et les médecins traitants ; en l'occurrence, la mise en valeur par le recourant d'une capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé était objectivement exigible ; il convenait d'admettre que le marché du travail offrait un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on devait convenir qu'un nombre significatif était adapté aux limitations fonctionnelles du recourant et accessible sans aucune formation particulière. A cet égard, celui-ci n'établissait pas de manière convaincante en quoi des activités simples ne seraient pas exigibles au regard des limitations retenues ; il n'y avait pas lieu, dans ce contexte, d'examiner dans quelles mesure la situation concrète du marché du travail permettrait au recourant de retrouver un emploi ; le droit à des mesures d'ordre professionnel n'était pas envisageable. Le revenu sans invalidité était confirmé par les extraits de compte individuel du recourant et un abattement supérieur à 15% sur le revenu d'invalidité n'était pas justifié. Enfin, des mesures d'instruction complémentaires s'avéraient inutiles. 62. Par décision du 25 octobre 2018, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré. Le recours interjeté le 26 novembre 2018 par l'assuré à l'encontre de cette décision auprès de la chambre de céans a été enregistré sous la procédure A/4183/2018. 63. Le 11 décembre 2018, dans le cadre de la cause l'opposant à l'OAI, le recourant a répliqué en communiquant : - un certificat du Dr D_____ du 24 avril 2018 attestant de douleurs à la marche, à la station assise prolongée et à la mobilisation. Etant donné les limitations présentées par le recourant, une activité adaptée était difficilement réalisable du point de vue pratique ; le recourant devait être réadapté dans un autre métier, voire, en cas d'incapacité, pouvoir bénéficier d'une rente AI ; - un rapport du 22 juin 2018 du docteur AH_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, diagnostiquant une cervico-brachialgie gauche présente depuis 2012 à la suite d'un gros accident de la route liée à une sténose récessale cervicale C5-C6 et C6-C7 gauche. Suite à l'accident, le recourant était resté longtemps dans le coma et gardait des séquelles avec une difficulté à mobiliser son bras et sa jambe gauche. Il consultait pour un problème de douleurs et paresthésies irradiant dans le bras gauche surtout dans l'index et le majeur qu'il présentait depuis l'accident. A l'examen clinique, le médecin notait une mobilisation très limitée du bras gauche ainsi que de la jambe gauche liée à l'accident. Les réflexes étaient très difficiles à obtenir et l'élévation du bras était très difficile à effectuer. L'IRM cervicale du 6 novembre 2017 montrait une sténose récessale C5-C6 et C6-C7 prédominant à gauche, qui pouvait, de l'avis du Dr AH_____, très bien expliquer la problématique de la cervico-brachialgie. Il avait expliqué au recourant qu'il s'agissait d'un problème dégénératif de sténose récessale aux niveaux C5-C6 et C6-C7 qui pouvait expliquer la symptomatologie des cervico-brachialgies. Des infiltrations allaient être tentées et en cas d'échec, une chirurgie de discectomie cervicale antérieure C5-C6 et C6-C7 avec pose de cage pouvait être indiquée ; - un rapport du Dr O_____ du 10 novembre 2018, selon lequel le recourant présentait une humeur dépressive sans irritabilité, une diminution d'intérêt ou de plaisir pour la vie, une diminution de l'énergie avec fatigue physique et psychique, à cause des douleurs permanentes et des efforts liés à la recherche de positions antalgiques, des troubles du sommeil qui restait agité et perturbé par les ruminations négatives ou les cauchemars, ainsi qu'une attitude pessimiste face à l'avenir et à l'incertitude. Le recourant remplissait les critères de d'épisode dépressif de sévérité moyenne (F32.1). Sa capacité de travail était nulle dans toute activité. Le traitement consistait en la prise d'un neuroleptique (Seroquel) et d'un antidépresseur (Trittico). Le recourant a relevé que sa capacité de travail était nulle dans toute activité ; il bénéficiait d'un traitement neuroleptique et antidépresseur.

Il présentait des douleurs chroniques post-traumatiques au niveau du bassin, pelvien, lombaire avec atteinte de l'appareil locomoteur, une faiblesse au niveau du membre supérieur irradiant jusqu'à la main ainsi qu'au niveau du membre inférieur gauche ; à ces atteintes rhumatologiques, neurologiques et orthopédiques, étaient apparues secondairement des acouphènes avec des modifications de comportement, se manifestant par de l'irritabilité, de l'anxiété, des troubles du sommeil, une attitude pessimiste face à l'avenir, perte de l'élan vital accompagnée d'une fatigue ainsi qu'un important ralentissement physique et psychique ; compte tenu de ce tableau clinique, les avis médicaux convergeaient pour exclure toute reprise de l'activité antérieure en tant que chauffeur ; quant à la possibilité d'une reprise professionnelle dans le cadre d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, sans surprise les experts de la PMU considéraient comme exigible une activité légère à 80%, l'intimé n'avait pas concrètement examiné sa situation et la question de l'octroi éventuel de mesures de réadaptation professionnelle. Compte tenu des atteintes touchant la partie supérieure comme inférieure du corps mais également le bassin, sans préjudice des limitations découlant des troubles psychiques, il n'était pas vraisemblable qu'il puisse retrouver une activité professionnelle sans que ne soient mises préalablement en oeuvre des mesures destinées à se réinsérer dans le monde du travail. 64. Le 13 décembre 2018, le recourant a communiqué un rapport du 6 décembre 2018 du Dr AC_____, rappelant le diagnostic posé par le Dr AH_____, soit des cervico-brachialgies gauches depuis 2012 suite à l'accident, liée à une sténose récessale cervicales C5-C6 et C6-C7 à gauche. Le recourant avait suivi un traitement et sa situation s'était améliorée partiellement du point de vue des douleurs ; il présentait toujours des douleurs irradiées dans le membre supérieur gauche dans certaines positions ainsi que des paresthésies et la mobilisation de l'épaule gauche restait limitée. 65. Le 11 février 2019, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. Le recourant a déclaré : « Mon état de santé ne va pas bien. J'ai une sensation de fourmillement dans la partie gauche du corps, en particulier le bras gauche, parfois je lâche des objets. J'ai également des douleurs dans la jambe gauche et le bas du dos. J'ai de l'acouphène en permanence avec des variations en intensité. Parfois je vois double. J'ai été opéré la dernière fois le 21 juin 2017 d'une hernie inguinale. J'ai encore parfois une douleur à l'effort dans cette même zone. Après l'accident, j'avais très envie de travailler, mais maintenant après toutes ses opérations je ne m'en sens plus capable. J'aimerais travailler mais dès que je commence à faire quelque chose j'ai de la fatigue et des douleurs. Je suis suivi régulièrement par le Dr M_____, mon généraliste, ainsi que par le Dr O_____, mon psychiatre que je vois deux à trois fois par mois. Je prends un traitement d'antidouleur et du Seroquel. Je dois prendre mon traitement antidouleur chaque jour voire même deux fois par jour. La Dresse AE_____ m'a adressé au Dr AH_____. Elle n'a pas elle-même pratiqué des investigations. Le Dr AH_____ m'a donné un traitement pour mon problème aux cervicales. Je ne sais pas ce qu'il en est du syndrome inflammatoire. Je serais prêt à essayer une mesure d'ordre professionnel si elle m'était proposée. J'indique que c'est moi-même qui ai signé l'attestation de travail du 15 avril 2013. Au début nous étions deux dans la société puis mon associé est parti quelques années avant l'accident. J'ai effectué une projection de ce que j'aurai pu gagner en 2016 lorsque j'ai attesté d'un revenu de CHF 4'250.- par mois. Je ne sais pas ce que je pourrais faire comme travail. Je dois bouger souvent, alterner les positions et me reposer souvent. Ma femme travaille à 50 %. C'est elle qui s'occupe des tâches ménagères. Je l'aide très peu, en particulier parce que je casse de la vaisselle et c'est alors la bagarre. C'est également elle qui fait à manger. Je me sens un peu mieux l'après-midi après le repos. Je sors ensuite me

promener. Je le fais tous les jours. J'arrive à marcher 400 à 500 mètres, ensuite je me repose. Parfois je rends visite à ma femme qui est patrouilleuse scolaire ». L'avocat du recourant a déclaré : « Mon client estime que son revenu aurait été supérieur à CHF 4'000.- par mois en 2013 ». La représentante de l'intimé a déclaré : « Nous nous sommes basés pour calculer le revenu sans invalidité sur la situation concrète avant l'accident, de sorte que nous maintenons le revenu ainsi calculé. Au vu des limitations fonctionnelles du recourant nous estimons qu'une activité légère est possible sans orientation professionnelle, et nous doutons aussi de l'aptitude subjective à la réadaptation ». 66. Le 7 mars 2019, le service cantonal des véhicules a informé l'assuré que sa décision du 22 mars 2018 ne déployait plus d'effet, le docteur AI_____, FMH médecine interne générale, ayant certifié le 24 février 2019 qu'il était apte à la conduite des véhicules à moteur. 67. A la demande de la chambre de céans, les Drs D_____, AC_____, AE_____ et O_____ se sont notamment déterminés sur les conclusions de l'expertise de la PMU : - par rapport du 15 mars 2019, le Dr AE_____ s'est référé aux diagnostics posés dans son rapport du 8 octobre 2017. Aux diagnostics retenus par les experts de la PMU, il convenait d'ajouter les lombo-sciatalgies bilatérales. Il était d'accord avec les limitations fonctionnelles, mais estimait que celles-ci n'étaient pas adaptables ; - par rapport du 19 mars 2019, le Dr D_____ a indiqué être d'accord avec les diagnostics et les limitations fonctionnelles posés par les experts de la PMU. Selon lui, le recourant n'était pas apte à travailler et il ne voyait pas quelle activité adaptée correspondrait à son profil ; - par rapport du 26 mars 2019, le Dr AC_____ a relevé que les diagnostics de la PMU n'étaient pas complets étant donné que le recourant était alors en cours d'investigations. Il convenait d'ajouter des lombalgies sur discarthrose lombaire L5-S1, moins importante au niveau L2-L3 ; une cervico-brachialgie gauche sur discopathies dégénératives étagées C5-C6 avec une protrusion disco-ostéophytique postérolatérale et foraminale gauche réalisant un rétrécissement foraminal potentialisé par une uncarthrose, avec la racine C6 à l'étroit et discopathie C6-C7 ; ainsi qu'une tendinopathie du sus-épineux de l'épaule gauche (échographie du 6 novembre 2017). Il convenait d'ajouter comme limitations fonctionnelles un périmètre de marche limité à 800 m (avec des pauses après chaque 150-200 m et le recourant boitait) ; une position assise relativement courte (minutes) lui provoquait des douleurs et il devait changer souvent de position ; le port de charges limité à moins de 3 kg et moins pour la main gauche. Selon ce médecin, une activité adaptée n'était pas envisageable en raison des douleurs lombaires et au bassin avec une boiterie pour de courtes distances (150-200 m), des douleurs abdominales en position assise. Une activité assise ne donnait pas de rendement et la capacité de concentration était influencée par la douleur. Enfin, il convenait de surveiller l'apparition d'une coxarthrose post-traumatique ; - par rapport du 29 mars 2019, le Dr O_____ a diagnostiqué un épisode dépressif de sévérité moyenne (F32.1). Il a expliqué les raisons pour lesquelles il n'était pas d'accord avec les diagnostics de dysthymie et de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Les médecins n'avaient pas tenu compte du fait que les manifestations psychiatriques étaient survenues secondairement aux affections médicales suite à l'accident et non pas de manière indépendante. C'était ce qui faisait toute la différence. La dysthymie devait être le résultat d'une humeur dépressive sans cause somatique ou sans perturbation organique. Cette condition contredisait le diagnostic de dysthymie. Le recourant présentait un trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée (F43.21) dû à une affection médicale générale (le polytraumatisme). Le Dr O_____ n'était pas non plus d'accord avec le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0). Ce

diagnostic pouvait se poser dans le cas de pathologies somatiques mineurs avec des plaintes psychologiques majeures ou disproportionnelles. Or, le recourant avait subi un accident grave avec des polytraumatismes et avec plusieurs interventions chirurgicales ayant laissé des séquelles objectivables. Le Dr O _____ a ensuite expliqué les raisons pour lesquelles il estimait que le recourant, qui n'avait pas un comportement d'amplification et de dramatisation émotionnelle, présentait des limitations fonctionnelles psychiatriques. 68. Par écriture du 6 mai 2019, le recourant a indiqué que la prise de position unanime des médecins traitant concernant les conclusions du rapport de la PMU permettait d'écarter toute capacité de gain résiduelle. Il persistait dans ses conclusions. 69. Par écriture du 27 mai 2019, l'intimé a relevé que toutes les atteintes à la santé du recourant avaient été prises en compte tant par les experts de la PMU que par le SMR. Les rapports des médecins traitants ne permettaient pas de modifier son appréciation des faits. La mise en valeur par le recourant d'une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée était objectivement exigible. Par ailleurs, l'intimé a joint un avis du SMR du 27 mai 2019, lequel rappelait qu'il avait suivi les conclusions des experts de la PMU et que vu la stabilisation de l'état de santé dès juillet 2017 selon le médecin d'arrondissement de la SUVA, il avait considéré qu'à partir de cette date la capacité de travail était de 80% dans une activité adaptée. Par ailleurs, le SMR estimait que le rapport du Dr D _____ du 19 mars 2019 ne modifiait pas son appréciation de la capacité de travail. En outre, le Dr AE _____ était d'accord avec l'évaluation faite par les experts de la PMU quant à la capacité de travail et aux limitations fonctionnelles et celles indiquées par le Dr AC _____ étaient les mêmes que celles retenues par les experts. L'atteinte à l'épaule gauche avait en outre été prise en compte par l'expert. Enfin, le Dr O _____ ne fournissait aucun élément clinique objectif permettant de poser le diagnostic de dépression d'intensité moyenne. L'absence d'un traitement légal (psychotropes) ne parlait pas en faveur d'un épisode de dépression d'intensité moyenne. Les médecins susnommés estimaient qu'aucune capacité de travail ne serait exigible dans une activité adaptée car ils ne voyaient pas quelle activité pourrait être exercée. Aucun médecin ne faisait état d'éléments médicaux objectifs qui n'avaient pas été pris en compte par les experts de la PMU. 70. Le 3 juillet 2019, la chambre de céans a ordonné l'apport de la procédure LAA A/4183/2018 à la présente procédure. 71. Il résulte notamment des pièces figurant dans la procédure LAA A/4183/2018 que : - par rapport du 27 mai 2015, le Dr S _____ a indiqué que le rapport du Dr O _____ du 16 février 2015 faisait principalement état de difficultés adaptatives en lien avec des lésions somatiques qui avaient mené à des difficultés morales et à un état de stress problématique qui n'auraient pas été reconnus par les institutions. Le rapport était incomplet car le médecin ne faisait pas une quantification claire de l'intensité de la dépression, ce qui était indispensable pour pouvoir statuer quant à une éventuelle incapacité. De plus, l'anxiété signalée pouvait être considérée comme normale compte tenu du nombre d'incertitudes dans lequel cet assuré se retrouvait. Ce rapport ne justifiait pas une incapacité de travail ; - le Dr AG _____, dans un avis du 30 janvier 2018, a estimé que l'état du recourant était stabilisé, dans le sens où l'on n'attendait pas d'amélioration de l'état, par un quelconque traitement. Les limitations fonctionnelles étaient établies et une exigibilité entière était donnée. S'agissant du rachis cervical et de l'état inflammatoire lié à une suspicion de spondylarthrite ankylosante, ces atteintes n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident ; - par rapport du 6 mars 2018, la Dresse K _____ a indiqué que l'examen ENMG des membres supérieurs ne montrait pas d'anomalie, notamment pas d'argument pour une atteinte du nerf ulnaire gauche. Les neurographies des nerfs médians et radiaux étaient normales. Il n'y avait pas de

signe d'atteinte radriculaire. Il n'y avait pas d'argument clinique, ni électrophysiologique pour un syndrome de défilé thoracique ; - par avis du 9 avril 2018, le Dr AG_____ a indiqué que le rapport de la Dresse K_____ du 6 mars 2018 ne modifiait pas l'exigibilité : il n'y avait pas d'atteinte neurologique périphérique, ni de signe pour un défilé thoracique ; - par rapport 2 avril 2019, le Dr AD_____ a estimé que les constatations de la Dresse K_____ dans son rapport du 6 mars 2018 étaient superposables à celles du 27 mai 2014. L'absence d'amyotrophie et de fasciculations musculaires parlaient contre une lésion nerveuse périphérique. La neurographie des grands troncs nerveux des membres supérieurs ne retrouvait pas non plus d'anomalie, de sorte qu'une lésion organique n'était pas objectivée. Le Dr AD_____ a rappelé que s'agissant des secousses de l'hémicorps gauche à prédominance au niveau de la main gauche, la Dresse K_____ avait supposé, dans son rapport du 27 mai 2014, qu'il s'agissait de mouvements anormaux de nature psychogène. S'agissant du rapport du Dr AH_____, ses conclusions étaient contradictoires. D'une part, il affirmait que la faiblesse des membres supérieur et inférieur gauches serait en lien de causalité avec l'accident, d'autre part, il indiquait que l'IRM cervicale du 6 novembre 2017 présentait une pathologie dégénérative qui pouvait très bien expliquer la cervico-brachialgie gauche. Sur le plan neurologique, le Dr AD_____ rappelait qu'une sténose récessale sans sténose du canal rachidien cervical et sans pathologie de la moëlle épinière n'était pas susceptible de causer une faiblesse du membre inférieur gauche. Enfin, le Dr D_____ avait fait des recommandations quant à la réinsertion professionnelle sans se prononcer sur la question du taux de la capacité de travail et de l'exigibilité. En conclusion, les rapports présentés par le recourant ne contenaient pas d'élément nouveau susceptible de modifier la position de l'intimée ; - par rapport du 15 mai 2019, le Dr S_____ a indiqué qu'au vu de l'appréciation du Dr O_____ du 10 novembre 2018, l'atteinte psychique était secondaire et réactionnelle. Il a rappelé avoir décrit des autolimitations et le psychiatre expert avait noté la présence d'une discordance entre l'humeur exprimée et l'humeur observée. Ces aspects faisaient évoquer de très probables incohérences qui rendaient l'évaluation de l'intensité du trouble thymique particulièrement difficile. Le Dr O_____ ne précisait pas si la dysphorie était stablement installée ou non, le reste de l'évaluation ne reposant que sur du subjectif et qui n'était pas clairement décrit dans le status. Par ailleurs, une dépression d'intensité moyenne ne justifiait pas une incapacité de travail totale, elle permettait au moins d'avoir une activité à temps partiel, soit à 50% voire plus. Le Dr S_____ maintenait par conséquent ses précédentes conclusions. 72. Le 17 juillet 2019, l'intimé a indiqué que les pièces du dossier LAA avaient été prises en compte lors de l'évaluation de la capacité de travail du recourant. 73. Le 18 juillet 2019, le recourant a renvoyé à sa détermination du 27 juin 2019 produite dans le cadre de la procédure LAA A/4183/2018, selon laquelle tant la décision prise par l'intimé que celle prise par la SUVA reposaient sur une instruction incomplète quant à la mise en valeur de la capacité de travail retenue sur le marché du travail. 74. Par arrêt de ce jour, la chambre de céans a, dans la procédure opposant le recourant à la SUVA (A/4183/2018), admis partiellement le recours, annulé la décision sur opposition du 25 octobre 2018 et renvoyé la cause à l'administration pour mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire. 75. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa

compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 4. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimé de limiter le droit du recourant à une rente entière d'invalidité au 31 octobre 2016 et de lui refuser des mesures d'ordre professionnel. 5. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. L'art. 17 al. 1 er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). 6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1 er janvier 2008). 7. 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). 8. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPG. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 , consid. 4c, ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2). b. Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. Même si un trouble psychique pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1). 9. a. S'agissant du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, la capacité de

travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs). Ces indicateurs sont classés comme suit : I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle » Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Axe « atteinte à la santé »

1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1).
2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé *lege artis* sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. A l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).
3. Comorbidités La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2).

Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3). B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2). C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4). A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1). B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséculoologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2). Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine). b. La reconnaissance de l'existence desdits troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargés d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une

constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2). L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a). 10. 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). 11. 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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). 12. a. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. b. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). c. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des

médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). d. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

13. À teneur de l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGa) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent des mesures médicales (let. a), des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (let. abis), des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital) (let. b) et l'octroi de moyens auxiliaires (let. d). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références).

14. 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).

15. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre

en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en oeuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). 16. a. En l'espèce, l'intimé, se fondant sur les conclusions des experts de la PMU, a considéré qu'en raison de ses atteintes à la santé, le recourant a présenté une incapacité de travail totale dès le 4 novembre 2012 et une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à compter du 7 juillet 2016, ce que l'intéressé conteste. Dans leur rapport du 9 mai 2017, complété le 28 juin 2017, les experts ont diagnostiqué, avec influence sur la capacité de travail du recourant, des douleurs des articulations sacro-iliaques sur arthrose post-traumatique dans un contexte de polytraumatisme le 4 novembre 2012 (avec fracture de la symphyse pubienne et des branches ilio-pubiennes des deux côtés ostéosynthésée par plaque symphysaire, fracture du pilier antérieur du cotyle des deux côtés, fracture de l'aileron sacré droit en regard de l'articulation sacro-iliaque et ouverture de la sacro-iliaque gauche, fractures de l'arc postérieur des côtes 4 à 12 à gauche, contusions pulmonaires, rupture splénique avec splénectomie en urgence, contusion de la tête du pancréas et rénale droite et gauche) ainsi qu'une deuxième récurrence de hernie inguinale droite (status post cures de hernie inguinale). En raison de ces atteintes, la capacité de travail du recourant était définitivement nulle dans son activité habituelle, et de 80% dans une activité adaptée dès le 7 juillet 2016. Sans influence sur la capacité de travail, le recourant présentait une dysthymie (F34.1), une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), des lombo-sciatalgies gauches d'origine indéterminée et des cervico-brachialgies gauches d'origine indéterminée. b. A la lecture de ce rapport d'expertise, la chambre de céans est d'avis que les conclusions des experts de la PMU ne permettent pas de confirmer la position de l'intimé, ce pour les raisons qui suivent. Sur le plan orthopédique, les experts ont retenu, à titre de diagnostic, l'existence de douleurs des articulations sacro-iliaques sur arthrose post-traumatique. Cela étant, une IRM des articulations sacro-iliaques a été effectuée postérieurement à l'expertise par la Dresse AF_____, laquelle a constaté une atteinte sévère de l'interligne articulaire sacro-iliaque gauche se traduisant par une ankylose et des érosions. Il y avait également une ossification partielle du ligament sacro-iliaque à droite. Selon la radiologue, cela expliquait le syndrome douloureux chronique que présentait le recourant (rapport du 28 novembre 2017). On relèvera que l'intimé n'a toutefois pas jugé utile de transmettre ce rapport aux experts pour nouvelle appréciation. Dans son avis du 10 janvier 2018, le SMR a certes indiqué que les éléments relevés dans l'IRM du 28 novembre 2017 étaient connus des experts. Cela étant, on observera que ces derniers n'ont cependant pas fait état, dans les diagnostics retenus, de l'existence d'une ankylose. Or, cette atteinte a également été retenue par le Dr AE_____ (rapport du 8 octobre 2017). Par ailleurs, les experts de la PMU ont relevé que les lombo-sciatalgies gauches, d'origine indéterminée, n'avaient pas d'influence sur la capacité de travail du recourant; elles étaient encore en cours d'investigation. Or, il

apparaît que les investigations complémentaires ont permis de constater l'existence d'une discarthrose lombaire L5-S1 et L2-L3, rapportée par le Dr AC_____ dans son rapport du 26 mars 2019. En outre, s'agissant des cervico-brachialgies gauches dont se plaignait le recourant, les experts de la PMU ont retenu que ce diagnostic, d'origine indéterminée, était sans influence sur la capacité de travail, tout en précisant que ces douleurs étaient encore en cours d'investigation. Or, postérieurement à cette expertise, un bilan IRM du 6 novembre 2017 a objectivé deux discopathies dégénératives en C5-C6 et C6-C7 et selon la Dresse AF_____, la discopathie C5-C6 était responsable de la symptomatologie clinique présentée par le recourant, par une protrusion disco-ostéophytique postéro-latérale et foraminale gauche, réalisant un rétrécissement foraminal potentialisé par une uncarthrose surtout à gauche et à ce niveau la racine C6 gauche était à l'étroit (rapport du 6 novembre 2017). On soulignera que le Dr AH_____ a également considéré que les cervico-brachialgies gauches étaient liées à une sténose récessale cervicale C5-C6 et C6-C7 gauche et constaté que les réflexes étaient très difficiles à obtenir (rapport du 22 juin 2018) et le Dr AC_____ a aussi mis en lien les cervico-brachialgies gauches avec les discopathies C5-C6 et C6-C7 (rapport du 26 mars 2019). A cet égard, contrairement à ce qu'avance le SMR dans son avis du 10 janvier 2018, l'existence de ces discopathies n'était pas connue des experts (cf. bilan radiologique, p. 25 de leur rapport). Qui plus est, le Dr AC_____ a fait état, dans son rapport du 26 mars 2019, d'une tendinopathie à l'épaule gauche constatée par échographie du 6 novembre 2017, soit antérieurement à la notification de la décision litigieuse. Or, si, comme le fait valoir le SMR (avis du 27 mai 2019), les experts ont certes constaté que la mobilité de l'épaule gauche était limitée (p. 12 de leur rapport), il n'en demeure pas moins qu'aucune conclusion concernant cette atteinte à l'épaule gauche n'a été prise. Dans la mesure où les investigations complémentaires, effectuées avant que l'intimé ne rende sa décision litigieuse, ont permis de constater l'existence d'atteintes à l'origine des douleurs dont se plaignait le recourant lors de l'expertise, ces nouveaux diagnostics auraient dû être pris en compte dans l'appréciation de la capacité de travail résiduelle du recourant, ce que l'intimé n'a pas fait. De surcroît, les conclusions de l'expertise apparaissent contradictoires sur trois points. En effet, les experts ont estimé que les lombosciatalgies gauches et les cervico-brachialgies gauches n'avaient aucune influence sur la capacité de travail du recourant (p. 28 du rapport), tout en considérant que l'activité de chauffeur n'était plus exigible de la part du recourant étant donné que son membre supérieur gauche, son membre inférieur gauche et sa colonne lombaire étaient fonctionnellement limités (p. 27 du rapport). Par ailleurs, les experts ont conclu qu'en raison de troubles neuropsychologiques, la capacité de travail du recourant était réduite de 20%. Or, de manière contradictoire, ils n'ont retenu aucun diagnostic neuropsychologique ayant une influence sur la capacité de travail (p. 30 du rapport). Enfin, alors qu'une hémicorporalgie gauche chronique, d'étiologie indéterminée a été retenue par l'expert rhumatologue (p. 29 du rapport), ce diagnostic ne figure pas dans la liste des atteintes présentées par le recourant (p. 30 du rapport). Au vu de ce qui précède, le rapport du 9 mai 2017 de la PMU, complété le 28 juin 2017, sur lequel s'est fondé l'intimé pour rendre sa décision litigieuse, ne revêt pas la valeur probante requise par la jurisprudence. Enfin, s'agissant des troubles psychiques, l'intimé a retenu, en se fondant sur l'appréciation de l'expert psychiatre, le Dr V_____, que le recourant présentait une dysthymie (F34.1) et une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) n'ayant pas de répercussion sur sa capacité de travail. Si le Dr S_____, médecin conseil de la SUVA, a également retenu une dysthymie, la chambre de céans constate néanmoins que les

diagnostics posés par les Drs V_____ et S_____ sont sérieusement mis en doute par le rapport du Dr O_____ du 29 mars 2019. En effet, ce médecin a expliqué que le trouble de dysthymie ne pouvait être retenu que lorsqu'il était le résultat d'une humeur dépressive sans cause somatique ou sans perturbation organique. Or, il estimait que la cause du trouble dépressif dont souffrait le recourant était justement le polytraumatisme dû à l'accident. En outre, selon ce spécialiste, le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques ne pouvait se poser qu'en cas de pathologies somatiques légères ou en cas de discordance entre la sévérité des atteintes somatiques et les plaintes du patient. Or, le recourant avait subi un accident grave avec des polytraumatismes et plusieurs interventions chirurgicales ayant laissé des séquelles objectivables. On relèvera encore que le SMR a écarté les conclusions du Dr O_____ au motif notamment que le recourant ne prenait pas de psychotropes (avis du 27 mai 2019). Or, il résulte des rapports versés à la procédure (notamment les rapports du Dr O_____ des 16 février 2015 et 10 novembre 2018, le rapport d'expertise du 9 mai 2017 et le rapport du Dr AE_____ du 15 mars 2019) que le traitement prescrit consistait en la prise de Valdoxan ou de Trittico (des antidépresseurs) et de Seroquel (un antipsychotique). Vu les divergences importantes existant entre l'avis du Dr O_____, d'une part, et ceux des Drs V_____ et S_____, d'autre part, la chambre de céans considère que les pièces versées au dossier ne permettent pas de déterminer, au degré de la vraisemblance prépondérante, les diagnostics psychiques présentés par le recourant. Pour l'ensemble de ces motifs, les pièces sur lesquelles s'est fondée l'intimé pour rendre sa décision litigieuse ne permettent pas de confirmer qu'à compter du 7 juillet 2016, le recourant présentait, au degré de la vraisemblance prépondérante, une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée. On ajoutera encore que les rapports établis par les médecins d'arrondissement de la SUVA ne sont, en l'occurrence, pas pertinents pour déterminer la capacité de travail résiduelle du recourant, dans la mesure où ils portent exclusivement sur les atteintes causées par l'accident assuré. Enfin, la chambre de céans ne saurait se fonder uniquement sur les rapports établis par les médecins traitants pour statuer sur la capacité de travail résiduelle du recourant à compter du 7 juillet 2016. Dans ces conditions, en l'absence d'une appréciation suffisamment convaincante et circonstanciée permettant de déterminer si et dans quelle mesure la capacité de travail du recourant s'est améliorée à compter du 7 juillet 2016, la chambre de céans n'est pas en mesure d'apprécier de manière adéquate sa situation médicale et de déterminer s'il a présenté un changement important au sens de l'art. 17 LPGA. Il se justifie par conséquent de renvoyer la cause à l'office intimé pour qu'il procède à une instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire indépendante, au sens de l'art. 44 LPGA. Un renvoi à l'administration se justifie, en l'occurrence, au vu de l'absence de valeur probante de l'expertise mise en oeuvre par l'intimé. Par ailleurs, afin d'éviter des conclusions contradictoires, il convient d'inviter l'intimé et la SUVA, à laquelle le recourant est opposé dans la cause A/4183/2018, à mettre en oeuvre, de manière conjointe, une seule expertise répondant aux questions qui se posent dans les deux causes. À l'issue de cette instruction, l'intimé rendra, dans les meilleurs délais, une nouvelle décision quant aux droits du recourant à des mesures de réadaptation et à une rente d'invalidité. Compte tenu de ce qui précède, il n'est pas nécessaire, à ce stade de la procédure, d'examiner les griefs du recourant sur les modalités du calcul d'invalidité opéré par l'intimé. 17. Le recours sera donc admis partiellement. La décision du 16 août 2018 sera annulée en tant qu'elle limite le droit du recourant à une rente d'invalidité au 31 octobre 2016 et lui refuse l'octroi de mesures d'ordre professionnel, confirmée pour le surplus. La cause sera renvoyée à l'intimé

pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. 18. Le recourant, représenté par un conseil et obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 89 H LPA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). 19. Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant À la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. L'admet partiellement. 3. Annule la décision de l'intimé du 16 août 2018 en tant qu'elle limite le droit du recourant à une rente d'invalidité au 31 octobre 2016 et lui refuse l'octroi de mesures d'ordre professionnel. 4. La confirme pour le surplus. 5. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. 6. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 3'000.- à titre de dépens. 7. Met un émolument de CHF 500.- 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 Julia BARRY La présidente Valérie MONTANI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.