

## **GE\_GERICHTE ATAS/464/2011 vom 11. Mai 2011**

GE Cour de justice, 2011-05-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_464\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_464_2011)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/464/2011 du 11 mai 2011

IT: GE\_GERICHTE ATAS/464/2011 del 11 maggio 2011

### **Erwägungen**

#### **E. 5**

Le 2 mars 2004, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), alors compétent. En annexe à sa réplique du 19 mai 2004, il a notamment produit un rapport du 26 avril 2004 du Dr H \_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint du Département de psychiatrie des HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (ci-après : HUG), médecin traitant, lequel a

A/2152/2010 - 4/29 - diagnostiqué un trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4) ainsi qu'un trouble dépressif récurrent moyen (F33.1) et attesté d'une incapacité de travail de 50%.

#### **E. 6**

Dans son arrêt du 7 septembre 2005 (ATAS/759/2005), le TCAS a considéré que les divers documents radiologiques ne permettaient pas d'objectiver des séquelles physiques de l'accident du 23 octobre 2000, de sorte que le droit à la rente d'invalidité devait être examiné au regard de l'affection psychique exclusivement. Il a ensuite examiné la valeur probante des rapports des Drs B \_\_\_\_\_, G \_\_\_\_\_ et H \_\_\_\_\_ des 23 février 2001, 20 mars 2003 respectivement 26 avril 2004, et a privilégié l'appréciation du Dr B \_\_\_\_\_ qui retenait le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Compte tenu de la jurisprudence et de l'absence de certains critères (notamment la comorbidité psychiatrique et l'état psychique cristallisé), le TCAS a conclu à l'absence d'une atteinte à la santé psychique ouvrant le droit à des prestations d'assurance et a rejeté le recours. Cet arrêt, non contesté, est entré en force.

#### **E. 7**

Le 21 décembre 2005, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI tendant à l'octroi d'une orientation professionnelle, d'un reclassement dans une nouvelle profession, de mesures médicales de réadaptation spéciales et subsidiairement d'une rente en raison de cervico-dorso-lombalgies avec vertiges suite à une chute d'un échafaudage, présentes depuis le 23 octobre 2000.

#### **E. 8**

Par décision du 26 janvier 2006, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations formulée par l'assuré, au motif que ce dernier n'avait invoqué aucun fait nouveau, sa situation n'ayant en réalité pas changé.

#### **E. 9**

Le 17 août 2006, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI. L'atteinte à la santé, existant depuis le 23 octobre 2000, n'était toutefois pas précisée.

### **E. 10**

Par rapport du 1er septembre 2006, le Dr I\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne au sein du Département de psychiatrie des HUG, a fait état d'une aggravation notable sur le plan psychiatrique depuis janvier 2006, l'état dépressif dont souffrait le recourant devant être qualifié de sévère (score de 59/63 sur l'échelle BDI - II (Beck Depression Inventory, second edition à 21 items), avec notamment une péjoration des symptômes suivants : tristesse, perte d'intérêt, sentiment de découragement, de désespoir avec idées suicidaires, autodévalorisation, repli sur soi, perte d'appétit, irritabilité et fatigabilité accrue. La capacité de travail résiduelle de l'assuré ne dépassait pas 25 %.

### **E. 11**

Le 8 septembre 2006, le Dr J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie et thérapie neurale, à la Consultation multidisciplinaire de la douleur, a indiqué que des examens complémentaires avaient été effectués depuis quelques mois et avaient

A/2152/2010 - 5/29 - mis en évidence une péjoration de l'état de santé de l'assuré, notamment au niveau du bassin et rachis cervico-dorso-lombaire.

### **E. 12**

Dans une attestation du 20 septembre 2006, la Dresse K\_\_\_\_\_, médecin au Centre médical de Meyrin, a certifié que l'état de santé de l'assuré, tant sur le plan physique que psychique, ne cessait de se dégrader et de s'aggraver. Dans son rapport du 17 octobre 2006, elle a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, une dépression grave post traumatique BDI - II depuis 2000, avec aggravation en 2005, et, sans répercussion sur la capacité de travail, un status après polytraumatisme depuis 2000. Selon ce praticien, l'assuré était capable de travailler à temps partiel sans efforts physiques, pendant 3 à 4 heures par jour, avec une diminution de rendement, dans une activité dans laquelle il pouvait alterner les positions assise et debout. Aux termes du rapport médical concernant les capacités professionnelles du 3 novembre 2006 établi par le médecin précité, l'assuré pouvait rester en position assise et en position debout 1 à 2 heures par jour, en alternance. Il ne pouvait adopter la même position du corps pendant longtemps, ni les positions à genoux ou accroupie ou nécessitant l'inclinaison du buste. Il pouvait parcourir un maximum de 1500 mètres à pied. Il ne pouvait lever ou déplacer des charges ou encore se baisser. De même, un horaire de travail irrégulier, le travail en hauteur ou les déplacements étaient à proscrire. Il fallait également éviter le froid et le bruit. La motivation de l'assuré pour une reprise du travail ou un reclassement professionnel était bonne. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle. Par contre, elle était entière dans une activité adaptée, telle que le tri de lettres à la poste ou celle de chauffeur de taxi, et ce depuis le 1er décembre 2006.

### **E. 13**

A teneur d'un rapport médical et du questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques du Dr I\_\_\_\_\_ du 27 octobre 2006, les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail suivants ont été posés : état dépressif sévère sans symptôme psychotique (F32.2), existant depuis janvier 2002, et syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) existant depuis octobre 2000. Les plaintes subjectives étaient les suivantes : douleurs chroniques d'intensité fluctuante, modérée à sévère, localisées au niveau de la nuque, du crâne, de la région lombaire, des jambes et des mains, vertiges, humeur abaissée, fatigue, désespoir, difficultés à se projeter dans l'avenir, sommeil et appétit perturbés,

troubles de la concentration et de la mémoire, anxiété, idées suicidaires occasionnelles. L'évolution était défavorable et le pronostic extrêmement réservé. La capacité de travail de l'assuré était nulle.

#### **E. 14**

Dans un rapport du 10 novembre 2006, le Dr J\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants avec répercussions sur la capacité de travail : cervico-dorso-lombalgies avec contracture et fibrose musculaire paravertébrale, céphalées et vertiges, paresthésies des membres supérieurs et du membre inférieur gauche, protrusions

A/2152/2010 - 6/29 - disco-ostéophytaires cervicales, arthrose postérieure lombaire, fibromyalgie possible et état dépressif. L'activité habituelle n'était plus exigible. S'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr J\_\_\_\_\_ a considéré que l'assuré pouvait adopter la position assise 2 à 4 heures par jour et la position debout 1 à 2 heures par jour. Quant à la même position, elle ne pouvait être adoptée plus de 30 minutes à une heure par jour. La position à genoux ou accroupie était à proscrire de même que celle nécessitant l'inclinaison du buste. L'assuré pouvait marcher sur un maximum de 1500 mètres. Il ne pouvait par contre lever, porter ou déplacer des charges ou encore se baisser. Un horaire de travail irrégulier, le travail en hauteur et les déplacements sur sol irrégulier ou en pente ainsi que le froid étaient à éviter. La motivation pour la reprise d'une activité lucrative était plutôt bonne.

#### **E. 15**

A la demande de l'OAI, le Centre d'expertise médicale a examiné l'assuré et a établi un rapport d'expertise interdisciplinaire en date du 31 octobre 2008. Les experts, les Drs L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et rhumatologie, et M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail : trouble somatoforme indifférencié (F45.1), troubles dégénératifs modérés (arthrose des articulations postérieures diffuses prédominant en L4-L5, protrusions discales discrètes à modérées L4-L5 et L5-S1) et lésion méniscale de grade III du ménisque interne gauche. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont retenu une dysthymie (F34.1) et des troubles dégénératifs modérés (protrusions discales C5-C6 et C6-C7 prédominant à droite). Les douleurs cervicales entraînaient notamment des limitations lors du port de charges et lors des mouvements répétés de la nuque et des bras. Au niveau lombaire, les limitations comprenaient principalement le port de charges de plus de 10 à 15 kg, la position assise prolongée (plus d'une demi-heure) et les positions penchées en avant. Enfin, le genou gauche entraînait une gêne lors des manœuvres d'agenouillement, d'accroupissement et lors de montées et descentes d'escalier. Les experts ont cependant considéré que l'intensité des symptômes au niveau du rachis cervical et lombaire n'était pas expliquée par les constatations objectives et radiologiques et entrainait dans le cadre du syndrome somatoforme indifférencié. Ces troubles diminuaient les capacités à mobiliser les ressources personnelles. Par ailleurs, l'expert-psychiatre a considéré que la prise régulière du traitement antalgique devait permettre une atténuation suffisante des douleurs pour poursuivre une activité professionnelle. Compte tenu des limitations fonctionnelles, l'activité de peintre en bâtiment, trop contraignante pour le dos (toujours penché en avant, souvent agenouillé, nécessitant le port régulier de charges et de nombreuses montées et descentes d'escaliers) était déconseillée. Dans une activité adaptée, principalement en position assise, en

manutention légère, les experts estimaient l'assuré apte à travailler à 100% avec

A/2152/2010 - 7/29 - une diminution de rendement de 30%. En présence de douleurs ostéo-articulaires diffuses et de ressources propres difficilement mobilisables, les positions statiques prolongées au niveau du dos et de la nuque nécessitaient par ailleurs des pauses fréquentes afin de changer de position, de pouvoir bouger ou se reposer. Les experts ont également procédé à des examens sérologiques dont il ressort que le dosage n'a pas détecté de molécules de paracétamol ou de tramadol. Le taux d'ibuprofène était thérapeutique tandis que celui de Mirtazapine (Reméron) était infrathérapeutique.

#### **E. 16**

Le rapport d'expertise précité a été soumis au SMR qui, dans un avis du

#### **E. 19**

Le 27 janvier 2009, la Dresse K\_\_\_\_\_ a rappelé que l'assuré présentait un état dépressif depuis son accident du 23 octobre 2000, ayant nécessité un suivi ambulatoire et l'instauration d'un traitement médicamenteux. Elle soutenait la démarche de l'assuré tendant à une éventuelle reconversion professionnelle. Le 7 avril 2009, elle a écrit à l'OAI et insisté sur le fait que tant qu'aucune solution pour une éventuelle formation et reconversion n'était apportée à l'assuré, son état de santé général ne pourrait connaître une amélioration.

#### **E. 20**

Afin de déterminer les activités professionnelles envisageables pour lui, l'assuré a, à la demande de l'OAI, participé à un stage au sein des ETABLISSEMENTS PUBLICS POUR L'INTEGRATION (EPI). Ce stage s'est déroulé en deux temps. Du 2 juin au 23 juillet 2009, l'assuré a participé à un bilan d'évaluation (intramuros) avant un stage dans l'atelier APAIL qui s'est déroulé du 24 juillet au 7 août 2009. Lors du bilan d'évaluation, les maîtres de réadaptation ont constaté que l'assuré pouvait travailler assis avec des petites alternances de position, devant se lever environ deux minutes toutes les heures et demie. Il pouvait travailler debout, penché ou non, pendant environ 45 minutes. En dépit de ses soubresauts permanents, l'assuré avait présenté une bonne résistance pendant le stage, n'ayant jamais manqué. Son rythme de travail était bon mais au détriment de la qualité. Il ne pouvait porter des charges lourdes et ne présentait aucune finesse dans les gestes. La coordination oculo-manuelle était très faible. Sa sensibilité tactile n'était pas excellente en raison des fourmillements qu'il disait avoir en permanence dans les deux mains. L'assuré ne pouvait écrire le français et n'avait aucune notion de qualité et d'analyse. Il ne pouvait suivre qu'une formation pratique et simple. Les activités conseillées étaient des activités industrielles légères et le conditionnement léger. S'agissant du programme d'animation, les maîtres de réadaptation ont précisé que l'assuré l'avait suivi sans intérêt apparent. Il s'était montré peu motivé et collaborant. Du 24 juillet au 7 août 2009, l'assuré a participé à un stage dans l'atelier d'entraînement des EPI. L'activité qui lui était proposée pouvait être exercée à 80% assis et à 20% debout et consistait à monter et assembler des pièces de robinetterie (mise en sachet des rosaces, vissage pneumatique, vissage des capsules et raccords, joints torique - « orings »). L'engagement était bon et les rendements de l'ordre de 50% sur un plein temps. L'assuré s'était bien intégré dans l'équipe, comprenant vite les consignes, et était autonome sur les activités pratiquées. Son habileté manuelle pour ce type d'activités était bonne. Les rendements étaient bas, l'assuré souffrant et ayant besoin de s'arrêter souvent pour détendre sa nuque et son dos. Pendant les pauses de midi, il

s'allongeait sur le sol pour se relaxer. L'assuré a également fait état de saignements de nez et des oreilles, ainsi que des douleurs et de vertiges.

A/2152/2010 - 9/29 -

#### **E. 21**

Le 22 octobre 2009, l'OAI a sollicité l'avis du SMR s'agissant des points suivants : – Fallait-il prendre en considération la diminution de rendement de 50% résultant du rapport des EPI ? – L'année 2000 avait été retenue comme date du début de l'invalidité. Or, le TCAS avait confirmé la décision sur opposition de l'OAI et n'avait pas retenu d'atteinte à la santé invalidante en 2004. – Dès lors que la baisse de rendement de 30% était expliquée par le trouble somatoforme douloureux, fallait-il en tenir compte ? – Existait-il une aggravation sur le plan somatique et dans l'affirmative, depuis quand ? Justifiait-elle une baisse de rendement ?

#### **E. 22**

Dans un avis du 22 février 2010, le SMR, sous la plume du Dr O\_\_\_\_\_, médecin praticien FMH, a considéré que dès lors que le TCAS avait considéré, dans son arrêt du 7 septembre 2005, que l'assuré ne présentait aucune atteinte invalidante, il ne pouvait être retenu, a posteriori, une incapacité remontant à 2000. Il considérait en outre que le fait de ne pouvoir exercer qu'une activité adaptée, légère, permettant d'alterner les positions, évitant le porte-à-faux du buste, l'agenouillement, l'accroupissement, les montées-descentes répétées d'escaliers, ne justifiait pas une baisse de rendement de 30%, correspondant à 2,5 heures par jour sur un temps plein, pour se dégourdir les jambes et s'assouplir le dos. Dès lors que le syndrome somatoforme indifférencié n'était pas accompagné d'une comorbidité psychiatrique, que l'assuré ne présentait pas de retrait social dans toutes les manifestations de la vie et qu'il ne pouvait être retenu d'échec du traitement devant sa mauvaise observance thérapeutique, ledit syndrome n'était pas invalidant. Ainsi, l'assuré pouvait théoriquement exercer une activité adaptée, sans baisse de rendement médicalement justifiable depuis toujours. Par ailleurs, le comportement de l'assuré pendant le stage aux EPI (plaintes, démonstrations) ne justifiait aucune limitation de la capacité de travail. Enfin, les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : l'activité devait être légère et éviter les porte-à-faux maintenus du buste, l'agenouillement, l'accroupissement, les montées-descentes répétées d'escaliers/échelles/escabeaux, permettant l'alternance des positions.

#### **E. 23**

Le 26 mars 2010, l'OAI a procédé à une nouvelle comparaison des revenus, sur la base des revenus avec et sans invalidité déjà retenus en décembre 2008 et a obtenu un taux d'invalidité de 0.6 %, étant précisé qu'aucune diminution de rendement n'était retenue mais qu'un abattement de 10% avait été appliqué.

#### **E. 24**

Par décision du 1er juin 2010, l'OAI a rejeté la demande.

#### **E. 25**

Le 22 juin 2010, sous la plume de son Conseil, l'assuré a interjeté recours auprès du TCAS, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision sur

A/2152/2010 - 10/29 - opposition du 1er juin 2010 et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. A l'appui de ses conclusions, il a notamment allégué que la décision querellée ne tenait pas compte du fait que le rapport d'expertise du 31 octobre 2008 mentionnait une diminution de rendement de 30%, qu'il était déconditionné de manière importante tant sur le plan physique que psychique, qu'au vu de ses limitations fonctionnelles, il lui était difficile de savoir quelle activité était adaptée, sans qu'on puisse le lui reprocher et enfin, qu'il souhaitait reprendre un travail à 50% de sorte qu'une diminution de rendement de 50% devait être retenue comme cela a été observé lors du stage aux EPI. S'agissant de la réduction jurisprudentielle, l'intimé n'avait retenu que 10% alors qu'au vu de la diminution de rendement et des limitations fonctionnelles, il convenait d'appliquer un abattement de 15%. Par conséquent, en tenant compte d'un gain annuel de 57'019 fr., d'une diminution de rendement de 50% et d'un abattement supplémentaire de 15%, le degré d'invalidité était de 53.05%, ce qui lui ouvrait le droit à une demi-rente.

#### **E. 26**

Dans sa réponse du 20 juillet 2010, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Il a notamment considéré que le trouble somatoforme, dont était atteint le recourant, ne pouvait être considéré comme invalidant dès lors qu'il n'avait pas été qualifié de persistant mais d'indifférencié. De plus, il n'existait aucune comorbidité psychiatrique, seule une dysthymie ayant été retenue, les autres critères n'étant par ailleurs également pas remplis. L'intimé a en outre considéré que « les experts [avaient] relevé l'absence d'une pathologie somatique pouvant expliquer l'étendue des douleurs alléguées, la présence d'une discordance entre les plaintes et l'observation clinique, des signes de non organicité et la compliance seulement partielle pour le traitement médicamenteux (p. 13 du rapport d'expertise) ». S'agissant de la diminution de rendement, c'était à juste titre que le SMR n'avait pas retenu la baisse de 30% retenue par les experts, dès lors qu'ils s'étaient fondés, pour ce faire, sur la sévérité du trouble somatoforme.

#### **E. 27**

Une audience de comparution personnelle des parties s'est tenue le 29 septembre 2010. Entendu à cette occasion, le recourant a précisé qu'il souhaitait travailler dans une activité légère qui lui permette d'alterner les positions. Il mettait du temps à effectuer certaines activités confiées par les EPI, notamment le travail de précision, à cause des vertiges. Il présentait également des fourmillements dans les mains, ce qui l'empêchait de tenir les choses.

#### **E. 28**

Le TCAS a ouvert les enquêtes et entendu le Dr L\_\_\_\_\_ en date du 20 novembre 2010. L'expert a confirmé les diagnostics posés dans l'expertise du 31 octobre 2008 et précisé qu'en 2001, le recourant présentait déjà des cervico-brachialgies, des cervico-dorso-lombalgies ainsi que des douleurs diffuses ayant permis de poser le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Depuis fin 2000, il y avait continuité dans les symptômes présentés. Cependant, l'expert n'était pas en mesure de préciser s'il y avait eu fluctuation ou aggravation à un moment donné. Le Dr L\_\_\_\_\_ a confirmé que l'assuré ne pouvait plus travailler dans son

A/2152/2010 - 11/29 - activité de peintre en bâtiment pour des raisons somatiques. Cela étant, dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 100% avec une baisse de rendement de 30%, étant précisé que tant l'expert-psychiatre que lui-même avaient retenu

une baisse de rendement de 30%. En d'autres termes, ils avaient retenu une diminution de rendement de 30% tant du point de vue somatique que psychique séparément, pour finalement retenir une diminution globale de 30% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles décrites, la baisse de rendement n'étant pas cumulable. L'expert a encore rappelé que le patient présentait un déconditionnement psycho-physique, ce qui pouvait expliquer un rendement plus faible. De son point de vue, sur le plan médical, après un reconditionnement au travail, le rendement du recourant devait s'élever à 70% sur un plein temps. Entendu le même jour, le Dr M\_\_\_\_\_ a confirmé que le trouble somatoforme indifférencié faisait partie des troubles somatoformes au sens du chiffre F45 de la CIM-10. Il s'agissait d'un diagnostic assez proche du trouble somatoforme douloureux mais il s'en distinguait, dans le cas du recourant, par le fait que celui-ci présentait des plaintes algiques ainsi que d'autres plaintes somatiques (palpitations cardiaques, paresthésies, vertiges et céphalées). Le trouble somatoforme indifférencié était sévère et était accompagné d'un état de cristallisation psychique autour des douleurs sans amélioration clinique. Le traitement administré au recourant l'a été lege artis, en raison de la prescription conjointe d'antalgiques et d'antidépresseurs. Les examens de laboratoire ont cependant démontré une absence de compli-ance au paracétamol et tramadol et une compli-ance partielle à l'ibuprofène et à l'antidépresseur. Théoriquement, on pouvait s'attendre à une amélioration de l'état de santé tant physique que psychique si la compli-ance permettait d'obtenir les taux thérapeutiques. Le recourant présentait toutefois une bonne compli-ance par rapport aux examens, dès lors qu'il était demandeur de suivis somatiques et psychiques. L'expert a confirmé que du point de vue psychique, la diminution de rendement était de 30%. Il a expliqué que le trouble somatoforme indifférencié devait être traité de la même façon qu'un trouble somatoforme douloureux, raison pour laquelle il s'était prononcé sur la comorbidité, présente en l'occurrence sous forme de dysthymie, affection qui n'était pas grave dans le cas du recourant. En revanche, le trouble somatoforme indifférencié était lui-même sévère. Le Dr M\_\_\_\_\_ ne partageait par ailleurs pas l'avis émis par le Dr O\_\_\_\_\_, du SMR. Selon l'expert, le trouble somatoforme indifférencié était accompagné d'une affection psychiatrique, sous la forme d'une dysthymie qui n'était en l'occurrence pas sévère. Il avait en outre noté que le recourant présentait des restrictions dans son fonctionnement psychosocial alors que précédemment, il était bien intégré en Suisse. Il n'avait pas retenu d'échec du traitement compte tenu de la compli-ance partielle. Par contre, il y avait cristallisation psychique autour des douleurs. Le Dr M\_\_\_\_\_ a également confirmé que ses conclusions divergeaient de celles du SMR car de son point de vue il fallait tenir compte de la cristallisation et de la perte d'intégration sociale, ce qui ressortait d'ailleurs du

A/2152/2010 - 12/29 - rapport des EPI. Il maintenait une diminution de rendement de 30% sur le plan psychique. L'expert avait pris en considération le déconditionnement psychosocial dans l'appréciation de la baisse de rendement. Il a également relevé que les EPI avaient constaté qu'en début de journée, le recourant parvenait à entreprendre certaines choses, mais que cette capacité diminuait en fin de journée. Cette baisse de régime, ainsi que le fait de devoir se lever plusieurs fois par jour du poste de travail, parlaient ainsi très clairement en faveur d'une baisse de rendement. De l'avis de l'expert, la poursuite ou la répétition du type de mesure proposé au sein des EPI pouvait lutter contre le déconditionnement physique et augmenter la tolérance du recourant face à l'effort et aux douleurs. A travers l'organisation d'activités adaptées au recourant, son appréhension face à la douleur pouvait progressivement être surmontée.

## **E. 29**

Par courrier du 6 décembre 2010, l'intimé a persisté dans ses conclusions. En annexe figurait un avis du SMR du 15 novembre 2010 qui, sous la plume du Dr O \_\_\_\_\_, considérait que la baisse de rendement de 30% retenue par le Dr L \_\_\_\_\_ n'avait pas d'explication médicale sinon des suppositions, alors que les limitations fonctionnelles justifiées par les atteintes à la santé n'expliquaient pas la baisse de rendement, pour autant que l'activité soit réellement adaptée. S'agissant de la position du Dr L \_\_\_\_\_, le Dr O \_\_\_\_\_ a encore rappelé que des limitations fonctionnelles n'étaient justifiées que pour des atteintes ayant des répercussions durables sur la capacité de travail. Or, dans le rapport d'expertise, le Dr L \_\_\_\_\_ avait considéré que les cervicalgies sur troubles dégénératifs modérés locaux n'entraînaient pas de répercussions sur la capacité de travail. Quant à la baisse de rendement retenue par le Dr M \_\_\_\_\_, elle ne pouvait être prise en considération. En effet, selon la jurisprudence fédérale en vigueur, ce n'étaient pas les plaintes massives et sévères qui pouvaient justifier l'incapacité de travail, mais l'ensemble des critères de sévérité. Par conséquent, les conclusions du SMR étaient les suivantes : incapacité totale de travailler dans l'activité habituelle et capacité de travail entière dans une activité adaptée.

## **E. 30**

Dans son écriture du 7 janvier 2011, le recourant a persisté dans ses conclusions, relevant que les experts avaient confirmé une baisse de rendement de 30% après reconditionnement, ce qui était compatible avec le rendement de 50% retenu par les EPI.

## **E. 31**

Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le

A/2152/2010 - 13/29 - Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Cour de justice, Chambre des assurances sociales, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). 3. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'existence d'une aggravation de son état de santé depuis la décision sur opposition du 2 février 2004, confirmée par le TCAS dans son arrêt du 7 septembre 2005 (ATAS/759/2005). 4. a) En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). b) Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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. 5. D'après la jurisprudence (ATF 131 V 49 consid. 1.2), la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base

A/2152/2010 - 14/29 - suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77). Ces critères constituent un instrument, pour l'expert et l'administration (le cas échéant pour le juge), servant à qualifier la souffrance vécue par un assuré, afin de déterminer si celui-ci dispose ou non des ressources psychiques permettant de surmonter cet état; ces critères ne constituent pas une liste de vérification mais doivent être considérés comme une aide à l'appréciation globale de la situation douloureuse dans un cas concret. 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 (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen

Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de Winckler et Foerster).

A/2152/2010 - 15/29 - Dans ce contexte, on rappellera encore que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références). 6. a) Au sujet du critère de la comorbidité psychiatrique (qui se place au premier plan pour déterminer si l'assuré dispose ou non des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs), un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante. En effet, les états dépressifs constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 in fine), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (arrêt D. du 20 avril 2006, I 805/04, consid. 5.2.1). Le TFA a également considéré qu'une personnalité à traits histrioniques ne constituait pas non plus, à côté du trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) une comorbidité psychiatrique autonome du trouble fibromyalgique (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05). b) S'agissant des affections corporelles chroniques, il doit exister une limitation fonctionnelle sur le plan somatique (notamment ATFA du 12 juin 2006, cause I 317/05). c) Concernant l'état psychique cristallisé, des éléments biographiques difficiles (relations conflictuelles au travail, divorce, possible traumatisme sexuel sans contact physique durant l'enfance) sont des indices plaidant en faveur d'un tel état, si tant est que l'assuré ne démontre pas en même temps une attitude théâtrale et revendicative et émette des déclarations discordantes au sujet de ses douleurs donnant à penser qu'il cherche une compensation de ses souffrances par l'AI. Le fait d'affirmer ne plus être en mesure d'exercer une quelconque activité tout en étant capable de s'occuper du ménage et d'un enfant sont des indices faisant plutôt apparaître un profit secondaire tiré de la maladie (ATFA du 20 mars 2006, cause I 644/04). Un tel état ne saurait être admis lorsque l'assuré n'a pas suivi de traitement psychiatrique durable et que, par ailleurs, il fait preuve d'une mauvaise compliance médicamenteuse (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04, voir aussi ATFA du 21 avril 2006, cause I 483/05), lorsqu'il a uniquement pris un traitement d'anxiolytiques et non pas d'antidépresseurs (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), lorsque la poursuite du traitement est susceptible d'améliorer la symptomatologie d'anxiété (ATFA du 8 juillet 2004, cause I 380/03), lorsque l'épisode dépressif moyen est en rémission complète (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05), lorsqu'aucun élément psychotique, aucune souffrance ou dysfonctionnement personnel, professionnel et social, ni encore des traits d'une personnalité dissociée ne peuvent être retenus (ATFA du 25 novembre 2004, cause I 450/03), en l'absence d'une source de conflit intrapsychique ou situation

A/2152/2010 - 16/29 - conflictuelle externe (ATFA du 23 juin 2004, cause I 272/03) lorsque l'état de l'assuré est susceptible de s'améliorer grâce à la stabilisation de la vie familiale et à l'instauration d'un traitement antidépresseur (ATFA du 10 novembre 2005, cause I 638/04), lorsque l'état psychique est stabilisé grâce à une médication adéquate et qu'un suivi psychothérapeutique constituerait un traitement adéquat des troubles en cause (ATFA du 12 septembre 2005, cause I 497/04), lorsque l'assuré fait état d'une envie de travailler et d'une certaine ambition sociale (ATFA du 13 juillet 2005, cause I 626/04). d) S'agissant de la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, elle n'est

pas réalisée dès lors que l'assuré effectue des promenades avec des amis qu'il voit fréquemment et maintient des contacts sociaux avec sa famille en Espagne (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04), qu'il bénéficie d'une vie familiale épanouie, reçoit des amis et se rend chez eux (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), qu'il a une vie retirée, passant beaucoup de temps à la maison mais a gardé un certain réseau d'amis qui viennent le voir ou auxquels il rend visite (ATFA du 29 novembre 2005, cause I 665/04), qu'il se dit bien entouré sur le plan familial (ATFA du 16 août 2005, cause I 539/04), qu'il vit dans une situation de retrait mais qu'il a des contacts réguliers avec ses proches et qu'il retourne régulièrement dans son pays d'origine avec sa famille ou des amis (ATFA du 2 mars 2005, cause I 690/04), qu'il est à même d'entretenir des contacts sociaux, d'exercer des activités sportives (natation) et de loisir (promenade) (ATFA du 8 juin 2005, cause I 361/04). 7. a) Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI; RS 831.201]). Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 3 et 4 RAI ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108, consid. 5.3.1). Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande (cf. art. 87 al. 4 RAI), elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu (ATF 117 V 198 consid. 3a). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA et comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) pour déterminer si une modification notable du taux d'invalidité justifiant la révision du droit en question est intervenue (arrêt non publié 9C\_412/2010 du 22 février 2011).

A/2152/2010 - 17/29 - b) Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). Ainsi, pour examiner s'il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA, le juge doit généralement prendre en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. Il convient encore d'ajouter qu'à l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5 p.110 ss). Cela est également valable pour une décision faisant suite à une révision d'office du droit à la rente, qui constate que le droit aux prestations ne s'est pas modifié. 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'art. 17 LPGA. 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). 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 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). 8. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

A/2152/2010 - 18/29 - b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde

plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). d) En ce qui concerne la preuve, 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

A/2152/2010 - 19/29 - allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d). 9. En l'espèce, il s'agit donc de déterminer, dans un premier temps, si le recourant présente une aggravation de son état de santé suffisamment incapacitante pour ouvrir le droit à une rente. Étant donné que la présente cause s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle demande au sens de l'art. 87 al. 3 et 4 RAI, il convient de comparer la situation prédominant au jour de la décision sur opposition du 2 février 2004, confirmée par le TCAS dans son arrêt du 7 septembre 2005 (ATAS/759/2005), et celle existant le 1er juin 2010, date à laquelle la décision querellée a été rendue. a) Les radiographies pratiquées le 23 octobre 2000 avaient mis en évidence des troubles statiques du rachis cervical, une discopathie modérée en L5-S1 et une sclérose de surcharge au niveau des articulations sacro-iliaques. L'IRM lombaire pratiquée le 24 mai 2002 avait montré une protrusion discale prononcée en L4-L5 et à moindre degré en L5-S1 ainsi qu'une sclérose au niveau des facettes articulaires postérieures. Sur le plan somatique, le diagnostic de cervico-dorso- lombalgies en voie de chronicisation était essentiellement posé. Sur le plan psychique, le diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant et le diagnostic différentiel de probable majoration des plaintes physiques pour des raisons psychologiques avaient été retenus. Le trouble douloureux somatoforme persistant entraînait une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Dans son arrêt du 7 septembre 2005, entré en force, le TCAS avait considéré que les divers documents radiologiques ne permettaient pas d'objectiver des séquelles physiques de l'accident du 23 octobre 2000, de sorte que le droit à la rente d'invalidité devait être examiné au regard de la seule affection psychique. S'agissant de cette dernière atteinte, elle n'était pas invalidante dès lors que les critères jurisprudentiels n'étaient pas réunis.

A/2152/2010 - 20/29 - b) En 2008, le recourant a été soumis à une expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique. Il appartient dès lors à la Cour de céans de déterminer si l'expertise du 31 octobre 2008 dispose d'une pleine valeur probante et, dans l'affirmative, de déterminer s'il y a eu aggravation ou toute autre modification de l'état de santé et, le cas

échéant, le caractère invalidant des atteintes retenues par les experts. b/aa) La Cour de céans constate tout d'abord qu'aucune des parties ne conteste la valeur probante de l'expertise précitée, qui répond d'ailleurs aux exigences posées par la jurisprudence en la matière (ATF 125 V 351, consid. 3a), sans qu'il n'y ait lieu de les examiner de manière plus détaillée. Il sied simplement de relever, à ce stade, que le fait que le diagnostic de troubles dégénératifs modérés (protrusions discales C5-C6 et C6-C7 prédominant à droite) ait été classé dans les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail relève très vraisemblablement d'une simple erreur au vu des nombreuses limitations fonctionnelles y liées précisées à plusieurs reprises dans le rapport d'expertise. b/bb) Les experts ont posé les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail: trouble somatoforme indifférencié (F45.1), troubles dégénératifs modérés (arthrose des articulations postérieures diffuses prédominant en L4-L5, protrusions discales discrètes à modérées L4-L5 et L5-S1) et lésion méniscale de grade III du ménisque interne gauche. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, les experts ont retenu une dysthymie (F34.1) et des troubles dégénératifs modérés (protrusions discales C5-C6 et C6-C7 prédominant à droite). Les atteintes relevées chez les recourant entraînaient une diminution de rendement de 30% dans une activité adaptée. S'agissant de l'aspect somatique, les experts ont notamment précisé que l'examen neurologique des membres supérieurs restait aspécifique, sans signe objectif de déficit radiculaire. Les examens radiologiques n'amenaient pas d'explication quant à l'intensité des douleurs. L'IRM cervicale du 3 mars 2006 ne montrait que des protrusions discales modérées en C5-C6 et C6-C7, sans net conflit discoradiculaire. Il en allait de même de l'IRM lombaire effectuée en mai 2008, qui ne montrait qu'une dégénérescence discale L4-L5 et L5-S1 avec des protrusions discales modérées sans conflit disco-radiculaire. Les Drs L\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_ ont posé le diagnostic de syndrome somatoforme indifférencié « en l'absence d'une pathologie somatique pouvant expliquer l'étendue des douleurs alléguées, la présence d'une discordance entre les plaintes et l'observation clinique ainsi que des signes de non organicité et la compliance seulement partielle pour le traitement antalgique ». Le recourant était apte à travailler à plein temps avec une diminution de 30%. « En présence de douleurs ostéo-articulaires diffuses et de ressources propres difficilement mobilisables, les positions statiques prolongées (au niveau du dos et de la nuque) nécessit[aient] des pauses fréquentes afin de changer de position, de pouvoir bouger un peu ou se reposer ».

A/2152/2010 - 21/29 - Lors de son audition du 20 novembre 2010, le Dr L\_\_\_\_\_ a notamment indiqué qu'il y avait continuité dans les symptômes présentés depuis 2000 mais qu'il n'était pas en mesure de dire s'il y avait eu fluctuation ou aggravation. b/cc) L'expertise pluridisciplinaire admettant une diminution de rendement de 30% tant pour des motifs psychiques que somatiques, il s'agit de déterminer s'il y a modification de l'état de santé du recourant, et le caractère invalidant de chacune des atteintes. Sur le plan psychique, la Cour de céans constate une continuité dans les atteintes, le diagnostic de trouble somatoforme ayant été retenu. Il s'agit donc de déterminer si les critères permettant de retenir le caractère incapacitant dudit trouble sont désormais réalisés, au contraire de ce qui était le cas en 2004. A l'instar du diagnostic d'état dépressif récurrent, qui constitue une manifestation (réactive) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 in fine; MEYER-BLASER, op. cit., p. 81, note 135), celui de dysthymie posé par les experts ne suffit pas à établir en l'espèce l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une gravité suffisamment importantes pour admettre qu'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de réintégrer un

processus de travail n'est pas exigible de la part du recourant (voir arrêt non publié I 488/04 du 31 janvier 2006). Dès lors que le recourant ne présente pas de comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une gravité suffisamment importantes pour admettre qu'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de réintégrer le processus de travail ne puisse être exigé, il convient d'examiner la présence éventuelle d'autres éléments dont le cumul permet d'apprécier le caractère invalidant du trouble somatoforme en question. La Cour de céans constate tout d'abord que les douleurs rachidiennes ressenties par le recourant s'inscrivent dans le contexte d'un trouble somatoforme indifférencié, l'intensité des douleurs ressenties n'étant pas corroborée par l'imagerie médicale et l'examen clinique, de sorte qu'il ne peut être considéré que le recourant souffre d'une affection corporelle chronique d'une certaine acuité et gravité. Il apparaît cependant qu'il subit une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie: au dire des experts, il ne voit pratiquement plus personne depuis sa maladie, s'excluant de toute activité sociale. Il ne pratique aucune activité sportive. Son seul loisir consiste en des promenades quotidiennes environ une heure par jour. Ses plaintes perturbent ses relations familiales. Cela étant, le recourant a mentionné une envie de travailler de sorte qu'il ne présentait pas d'état psychique cristallisé au sens de la jurisprudence précitée. Enfin, selon l'expert psychiatre, le recourant n'a pas épuisé toutes ses ressources sur le plan de la capacité de travail, la prise

A/2152/2010 - 22/29 - régulière du traitement antalgique devant permettre une atténuation suffisante des douleurs pour poursuivre une activité professionnelle (expertise p. 7). Au regard de ces éléments, la Cour de céans considère que le trouble somatoforme indifférencié ne se manifeste pas avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, il exclut toute mise en valeur de la capacité de travail du recourant. Il y a lieu d'admettre, au contraire, le caractère exigible d'un effort de volonté de la part du recourant en vue de surmonter la douleur et se réinsérer pleinement dans un processus de travail. Dans ce contexte, on rappellera que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés tels que le recourant doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (cf. MEYER-BLASER, op. cit., p. 87). b/dd) L'atteinte psychique n'étant pas invalidante, il convient de déterminer si l'atteinte somatique l'est. D'emblée, la Cour de céans constate que le Dr L\_\_\_\_\_ a admis la continuité des symptômes depuis 2000 mais est incapable de dire s'il y a eu fluctuation ou aggravation. Par conséquent, force est de constater qu'une aggravation de l'état de santé du recourant sur le plan somatique n'a pas été établie. A cela s'ajoute le fait qu'au vu de l'expertise du 31 octobre 2008, la baisse de rendement de 30% en raison des nombreux changements de position et pauses devant être prises est due aux douleurs invoquées par le recourant. Or, celles-ci ne sont pas objectivées par des observations médicales concluantes, les experts précisant eux-mêmes que l'intensité des douleurs est expliquée par le syndrome somatoforme indifférencié [expertise p. 13 : « en l'absence d'une pathologie somatique pouvant expliquer l'étendue des douleurs alléguées, la présence d'une discordance entre les plaintes et l'observation clinique, (...) », expertise p. 14 : « en présence de douleurs ostéo-articulaires diffuses et de ressources propres difficilement mobilisables », expertise p. 15 : « l'intensité des symptômes au niveau du rachis cervical et lombaire et cervical n'est pas expliquée par les constatations objectives et radiologiques et entre dans le cadre du syndrome somatoforme indifférencié retenu par le psychiatre »]. Par conséquent, comme en 2004, il n'y a pas d'atteinte somatique justifiant en tant que telle la baisse de rendement retenue par les experts. c) Au vu des considérations qui précèdent, force est de constater que si l'état de santé du recourant s'est aggravé avec l'apparition de limitations fonctionnelles

incompatibles avec son activité habituelle, il ne présente toutefois pas, dans une activité adaptée aux limitations précitées, d'incapacité de travail à la charge de l'assurance-invalidité.

A/2152/2010 - 23/29 - 10. Le recourant conclut en outre à ce que la baisse de rendement retenue par les EPI soit prise en considération. a) Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 20 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39 [arrêt Z. du 26 octobre 2004, I 457/04] consid. 4.1, 2001 IV no 10 p. 27 [arrêt S. du 8 février 2000, I 362/99]; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, p. 228). Ainsi, le rôle d'un centre d'observation professionnelle n'est pas de se prononcer sur l'état de santé de la personne concernée et sur les répercussions d'une éventuelle atteinte à la santé sur l'aptitude au travail (ATF non publié 9C\_631/2007 du 4 juillet 2008, consid. 4.1). De plus, en cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (ATFA non publié I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). Les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage. Il appartient, en effet, aux médecins de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré, ses limitations fonctionnelles et le type d'activités encore exigibles (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références) dans la mesure où leur connaissance spécifique de la médecine leur permet de dépasser le stade de la simple observation in situ qui comprend trop de facteurs incontrôlables (ATFA non publié I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2) pour emporter à elle seule la conviction dans une situation médicale controversée (ATF non publié 9C\_34/2008 du 7 octobre 2008, consid. 3).

A/2152/2010 - 24/29 - b) Dans la présente cause, les EPI ont notamment retenu une diminution de rendement de 50% en raison des nombreuses pauses que le recourant faisait en raison de ses douleurs et vertiges. C'est le lieu de relever, à titre liminaire, que compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives d'un assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit en effet être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée

de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 p. 353; ATF non publié 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2). Par conséquent, il appartient à l'expert d'apprécier la capacité résiduelle de travail du patient sur la base de critères objectifs, notamment du dossier radiologique et de son examen clinique afin de déterminer si les plaintes de l'assuré concordent avec les observations médicales concluantes. Si tel n'est pas le cas, il est tout à fait cohérent qu'il ne retienne aucune incapacité de travail. Les douleurs mentionnées par le recourant devaient ainsi être confirmées par des observations médicales concluantes pour pouvoir être prises en considération dans l'appréciation de la capacité de travail. Or, tel n'est pas le cas, les experts ayant notamment relevé qu'il existait une disparité entre les douleurs et les constatations médicales, retenant ainsi le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié. Il ressort également de l'expertise psychiatrique du 27 octobre 2009 que la prise régulière du traitement antalgique devrait permettre une atténuation suffisante des douleurs pour qu'une activité professionnelle puisse être poursuivie. En outre, les vertiges et les fourmillements également invoqués par le recourant font partie du trouble somatoforme indifférencié, qualifié de non incapacitant. Par conséquent il n'y a pas lieu de tenir compte de l'appréciation personnelle et subjective du chef de secteur des EPI, influencé par le comportement du recourant. 11. Enfin, le recourant conteste le calcul du degré d'invalidité et plus particulièrement le taux d'abattement de 10% retenu par l'intimé. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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 LPGGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du

A/2152/2010 - 25/29 - droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174). b) Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. Le revenu déterminant correspond au revenu présumé issu d'une activité lucrative, sur lequel les cotisations de l'assurance-vieillesse seraient prélevées (art. 25 al. 1 RAI; arrêt 9C\_699/2008 du 26 janvier 2009). c) Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). En règle générale, il convient de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne total du tableau relatif au «secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa p. 323). Cette solution est en particulier justifiée lorsque la personne assurée ne pourra plus exercer son activité habituelle et qu'elle est tenue de trouver un emploi dans un nouveau

domaine d'activité, l'intégralité du marché du travail étant ainsi à sa disposition (arrêt 9C\_237/2007 du 24 août 2007 consid. 5.1 et 5.2, non publiés aux ATF 133 V 545, et les références citées). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Dans ce contexte, il a été jugé que la réduction des salaires issus des statistiques ressortit en premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité a, dans le cas concret, adopté dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son

A/2152/2010 - 26/29 - appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 p. 81; 123 V 150 consid. 2 p. 152 et les références). 12. a) Déposée le 17 août 2006, soit largement plus de douze mois après la survenance de l'incapacité de travail (art. 29 al. 1 let. b LAI), la demande de prestations du recourant se révèle tardive au sens de l'art. 48 al. 2 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, de sorte que le début du droit à une éventuelle rente d'invalidité, partant le moment où il convient de procéder à la comparaison des revenus (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174), doit être fixé au mois d'août 2005 (art. 48 al. 2 LAI). b/aa) S'agissant du revenu sans invalidité, il ressort du questionnaire pour l'employeur rempli le 26 novembre 2001 que le salaire versé au recourant pour la période de juillet à décembre 1999 s'élevait à 31'306 fr. 65 soit 62'613 fr. 30 annualisé. En 2000, il avait travaillé pendant presque 10 mois et perçu un salaire total de 51'629 fr. 70 soit 63'839 fr. 40 annualisé (du 1er janvier au 26 octobre 2000 : 299 jours ; 51'629 fr. 70 / 296 jours = 172 fr. 67 par jour ; 172 fr. 67 x 366 jours = 63'197 fr. 22). Selon son employeur, le recourant aurait perçu 30 fr. 85 par heure dès le 1er janvier 2001 soit 65'721 fr. 60 par année (30.85 x 41h/sem x 4.33 sem/mois x 12 mois). C'est ainsi un salaire annuel de 65'721 fr. 60 au 31 décembre 2001 que le recourant aurait perçu en 2001. En retenant les variations annuelles des salaires nominaux (Indice suisse des salaires nominaux - ISS), son revenu annuel se serait élevé à 68'863 fr. 65 (66'772 fr. 60 en 2002 soit +1.6 % par rapport à l'année précédente; 67'640 fr. 64 en 2003 soit +1.3% par rapport à l'année précédente; 68'249 fr. 41 en 2004 soit +0.9% par rapport à l'année précédente et enfin 68'863 fr. 65 en 2005 soit +0.9% par rapport à l'année précédente) et non à 57'019 fr. tel que retenu par l'OAI. En effet, il ressort à l'évidence du questionnaire pour l'employeur daté du 26 novembre 2001 que seuls les salaires effectivement versés par l'employeur au recourant jusqu'à ce que la SUVA le mette au bénéfice d'indemnités journalières ont été indiqués. Le montant de 51'629 fr. 70 versé en 2000 ne concerne par conséquent vraisemblablement que la période de travail courant du 1er janvier au 26 octobre 2000 (date de l'intervention de la SUVA conformément à l'art. 16 de la Loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance- accidents (LAA ; RS 832.20) de sorte que l'intimé se devait d'annualiser ce montant s'il souhaitait le prendre en considération dans le calcul du revenu sans invalidité. Quoi qu'il en soit, des chiffres plus récents (salaire horaire en 2001) ont été transmis à

l'intimé de sorte qu'il convient d'en tenir compte. b/bb) Le recourant n'a pas repris son activité après l'accident du 23 octobre 2000 de sorte que le revenu d'invalidé doit être évalué sur la base de salaires fondés sur des données statistiques résultant des Enquêtes sur la structure des salaires (ESS), publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique.

A/2152/2010 - 27/29 - Selon les données statistiques, le revenu mensuel en 2004, pour un homme exerçant une activité simple et répétitive (niveau 4) était de 4'588 fr. soit un montant annuel de 55'056 fr. Dans la mesure où ce montant représente le salaire mensuel brut (valeur centrale) pour des postes de travail qui ne requièrent pas de qualifications professionnelles particulières, force est d'admettre que la plupart de ces emplois sont, abstraction faite des limitations physiques éprouvées par le recourant, conformes aux aptitudes de celui-ci. Par ailleurs, au regard du large éventail d'activités simples que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit également convenir qu'un nombre significatif de ces activités sont adaptées au handicap du recourant. Les salaires bruts standardisés sont calculés sur la base d'un horaire de travail de 40 heures, soit d'une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne dans les entreprises en 2004 (41.6 heures: La Vie économique, 4/2010, tableau B 9.2 p. 90). Il convient ainsi d'adapter le salaire mensuel. En appliquant l'adaptation nécessaire, le salaire mensuel brut s'élève à 4'771 fr. 50 soit un salaire annuel brut de 57'258 fr. Indexé selon l'ISS applicable en 2005, le salaire mensuel du recourant se serait élevé à 4'814 fr. 45 soit 57'773 fr. 40 par an. Par ailleurs, l'OAI a retenu un abattement de 10% en raison des limitations fonctionnelles et aucun élément ne justifie de diverger de ce pourcentage. En effet, le recourant est encore jeune et cela faisait 18 ans qu'il était en Suisse. Par ailleurs, la diminution de rendement étant due à des atteintes non invalidante, il n'y a pas lieu d'en tenir compte. Par conséquent, après indexation et abattement, le salaire d'invalidé du recourant s'élève à 51'996 fr. 06. c) Le recourant présente ainsi un degré d'invalidité de 24.50% ( $[68'863.65 - 51'996.06] : 68'863.65 \times 100 = 24.50 \%$ ), soit 25% en arrondissant au nombre entier le plus proche, ce qui n'est pas suffisant pour ouvrir le droit à une rente. Même si un abattement de 15% avait été pris en considération par l'intimé, comme le requiert le recourant, ce dernier ne pourrait tout de même pas prétendre à une rente d'invalidité, le degré d'invalidité étant alors de 28.69% soit 29% ( $(68'863.65 - 49'107.39) / 68'863.65 \times 100$ ). 13. Au vu des considérations qui précèdent, le recours interjeté le 22 juin 2010 doit être rejeté. L'art. 69 al. 1bis LAI, entré en vigueur le 1er juillet 2006, prévoit qu'en dérogation à l'art. 61 let. a LPGa, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr.

A/2152/2010 - 28/29 - L'émolument, arrêté à 500 fr. sera mis à la charge du recourant qui succombe.

A/2152/2010 - 29/29 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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