

GE_GERICHTE A/1844/2010 vom 18. Oktober 2011

GE Cour de justice, 2011-10-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1844_2010

FR: GE_GERICHTE A/1844/2010 du 18 octobre 2011

IT: GE_GERICHTE A/1844/2010 del 18 ottobre 2011

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur E _____, domicilié à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître LOCCIOLA Maurizio recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Monsieur E _____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1959 au Kosovo, est arrivé en Suisse en décembre 1991. Il est marié et père de trois enfants, nés en 1988, 1990 et 1993. L'assuré a suivi l'école au Kosovo jusqu'à l'obtention d'un Baccalauréat de mathématique, suivi, de 1977 à 1982, d'études d'économie avec obtention d'un diplôme d'économiste. Il a travaillé en qualité de carreleur auprès de deux employeurs successifs depuis 1993. Durant son emploi de carreleur chez X _____ SA, il a obtenu un CFC de carreleur en 1998. L'assuré a été victime d'un accident de la circulation au guidon d'un scooter le 9 avril 1999. L'assuré a déposé le 27 novembre 2000 une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après l'OAI ou l'intimé) pour l'octroi d'une rente, en raison de multiples douleurs à la tête, la nuque, le dos, les bras, les poignets, les genoux et les chevilles. Il a indiqué avoir travaillé comme manœuvre et carreleur chez X _____ SA de 1993 à 1998, de carreleur chez Y _____ SA depuis 1998 et de nettoyeur pour Z _____ SA de 1993 à 1995. La SUVA a transmis en plusieurs fois les pièces de son dossier à l'OAI, soit en particulier : a) L'expertise médicale du 11 juillet 2000 effectuée par le Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) sur mandat de la SUVA. Selon le rapport d'expertise du Professeur L _____, chef de service et du Dr M _____, chef de clinique adjoint, tous deux auprès du service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur, l'assuré souffre de céphalées chroniques, cervico-brachialgie, syndrome cervical, tendinopathie de la coiffe des rotateurs à droite, arthrose tibio-astragalienne gauche et droite, chondrite, syndrome rotulien, aréflexie achilléenne. Outre l'accident du 9 avril 1999, l'assuré a subi six accidents entre janvier 1994 et septembre 1998, soit sur le lieu de travail, soit lors d'entraînements de football ayant touché l'épaule droite, le genou et le pied gauche, la jambe gauche, le genou droit, et le genou gauche. Ces divers accidents n'ont toutefois généré aucune douleur ni gêne professionnelle ou dans la pratique du sport, jusqu'à l'accident du 9 avril 1999. L'assuré présente des douleurs de la région cervicale irradiant en casque et provoquant des céphalées déclenchées par certains mouvements de flexion et de rotation du rachis cervical, des douleurs de l'épaule droite et de la région scapulaire droite irradiant le bras droit et jusqu'au 4 ème et 5 ème doigt de la main droite, une douleur de la région épitrochléenne du coude droit, du poignet droit, des lombaires basses, de la face externe de la cuisse droite, des deux genoux, ainsi que des paresthésies de l'avant-bras droit allant jusqu'au 4 ème et 5 ème doigt de la main droite. Les experts procèdent à un examen médical complet et commentent les radiographies effectuées entre le 9 avril 1999 et le 5 juin 2000. S'agissant de l'appréciation du cas, les experts indiquent que les plaintes du patient

sont partiellement expliquées au niveau cervical par une contracture modérée de la musculature paravertébrale sans que l'on puisse trouver un substrat radiologique. Les douleurs de l'épaule droite s'expliquent par une tendinopathie de la coiffe des rotateurs et du sus-épineux diagnostiquée lors de l'examen clinique. Les examens cliniques et radiologiques n'expliquent pas les douleurs du coude et du poignet droit, et partiellement les douleurs des deux genoux. Par contre, les douleurs de la cheville gauche trouvent un substrat médical qui explique la symptomatologie douloureuse. Les experts exposent ensuite leur point de vue s'agissant du lien de causalité entre l'accident du 9 avril 1999 et les diverses douleurs et lésions constatées. Ils estiment que la situation n'est pas stabilisée et qu'il convient d'évaluer la capacité professionnelle de l'assuré dans son métier ou dans une activité adaptée. b) Plusieurs rapports médicaux entre octobre 2001 et décembre 2001 du Dr N _____, médecin adjoint auprès de la Policlinique de neurologie de l'Hôpital cantonal, selon lesquels l'examen neuropsychologique de l'assuré est plutôt rassurant, même s'il existe quelques difficultés attentionnelles exécutives, dans des situations de stress et sous l'augmentation des douleurs. L'observation d'une agitation motrice et d'une recrudescence des douleurs au cours de l'exécution d'épreuves qui confrontent le patient à ses difficultés évoque au premier plan une souffrance de nature thymique (un éventuel syndrome de stress post-traumatique). Le médecin soutient la proposition concernant un stage à la clinique de réadaptation. c) Le rapport du Dr O _____, chef de clinique du secteur de la douleur de la division d'anesthésiologie des HUG du 18 janvier 2002, qui indique que l'assuré souffre de cervico-brachialgie persistante à droite sans imagerie expliquant cette pathologie, rebelle au traitement conservateur depuis trois ans, douleur compliquée par sa chronicité, une baisse de moral du patient et la présence de stress sociaux majeurs. d) Le rapport du 20 mars 2002 de la Clinique romande de réadaptation (CRR) dans laquelle l'assuré a séjourné du 7 février au 26 février 2002 qui indique que l'assuré a été soumis à un examen neuropsychologique, à un consilium psychiatrique, à un examen neurologique et un séjour à l'atelier professionnel. En raison des douleurs du patient, qui ne sont que partiellement expliquées par les examens neurologiques effectués, la physiothérapie est interrompue, car elles limitent le patient. L'examen neuropsychologique montre des signes disexécutifs avec baisse de l'inhibition et ralentissement idéatoire. L'assuré écourte les séances en atelier professionnel en raison des douleurs. L'assuré présente un trouble dépressif majeur (F32.0), avec une colère trop importante pour qu'une thérapie puisse être envisagée. e) Les rapports des 18 avril, 10 mai, 27 mai et 23 juillet 2002 du Dr O _____, médecin auprès du secteur de la douleur des HUG, qui confirment les cervico-brachialgies droites, ainsi que les divers traitements tentés, pour soulager les douleurs, tous restés sans effet et la nécessité pour le patient d'être suivi par un psychiatre. f) Le complément d'expertise du 26 juin 2001 du Professeur L _____ qui confirme qu'il n'y a pas d'explication médicale expliquant les cervicalgies, les douleurs au coude et au poignet droits, de même que celles de la région lombaire, les imageries étant banales. Les atteintes décrites aux vertèbres L2, L3 et L4 sont vraisemblablement préexistantes à l'accident d'avril 1999, de même que la tendinopathie de l'épaule droite et les conséquences traumatiques au genou gauche sont dues à des accidents antérieurs à celui de 1999. L'ensemble des atteintes implique une capacité de travail de 50% dans l'activité de carreleur. g) L'arrêt du Tribunal administratif du 10 décembre 2002 qui rejette le recours de l'assuré contre la décision sur opposition de la SUVA, refusant de prendre en charge les suites de l'accident du 9 avril 1999, au-delà du 30 novembre 1999, à défaut de lien de causalité naturelle entre les troubles somatiques et l'accident du 9 avril 1999, ce dernier

ayant tout au plus décompensé certains troubles préexistants. Dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations, l'OAI a réuni les documents suivants : a) Le rapport de Y_____ SA du 20 décembre 2000, entreprise auprès de laquelle l'assuré a travaillé du 11 janvier au 9 avril 1999. L'horaire de travail est de 42h.50 par semaine. Dès le 1^{er} janvier 2000, le salaire-horaire est de 27 fr. 20 dans l'entreprise, avec un 13^{ème} salaire en sus. b) Le rapport médical du 18 décembre 2000 du Dr P_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, qui diagnostique un status après entorse cervicale, lésion de la coiffe de l'épaule droite, entorse scapulaire droite, lésions aux genoux gauche et droit, entorses aux chevilles droite et gauche, syndrome post-commotionnel. Suite à l'accident de la circulation du 9 avril 1999, l'assuré est fortement limité dans de nombreuses positions. c) Le rapport du 12 février 2004 du Dr Q_____, neurochirurgien, qui diagnostique un status après entorse cervicale, une neuropathie cubitale du coude droit, des troubles dépressifs majeurs et des céphalées chroniques depuis le 9 avril 1999 qui impliquent une incapacité de travail à 100%, l'état étant stationnaire. Les opérations, traitements et physiothérapie amènent une amélioration relative qui ne permet pas au patient de soutenir une activité légère pendant plus de 30 minutes, le traitement provoquant une dévalorisation avec un syndrome dépressif majeur. Le pronostic est mauvais. d) Le rapport du 1^{er} mai 2003 de la Dresse R_____, neurologue, qui indique que les résultats de l'examen électro-neuro-miographique effectué met en évidence un syndrome du tunnel carpien bilatéral prédominant, l'atteinte est discrète à droite et modérée à gauche, ainsi qu'un ralentissement relatif de la vitesse de conduction motrice du nerf cubital droit au coude compatible avec une discrète neuropathie ulnaire à ce niveau. La neuropathie du coude joue un rôle minime dans les plaintes du patient. e) Le rapport du 19 novembre 2002 du Département du service de réhabilitation des HUG qui diagnostique un syndrome douloureux chronique ou trouble somatoforme douloureux. f) Le rapport d'examen clinique pluridisciplinaire du 26 avril 2004 effectué par le Service médical régional de l'AI (SMR) selon lequel le patient souffre de céphalées chroniques, cervico-brachialgie à droite, discopathie protrusive C4-C5 sans hernie discale, tendinopathie de la coiffe des rotateurs à droite (sus-épineux), arthrose tibio-astragaliennne de la cheville gauche, chondrites des genoux gauche et droit, syndrome rotulien à droite, lombo-sciatalgie irritative L5 à droite sur discopathie dégénérative et protrusive du disque L5-S1, avec répercussion sur la capacité de travail, et d'un trouble dépressif majeur, épisode isolé, en rémission complète, sans répercussion sur la capacité de travail. Les limitations sont : pas de port d'objets lourds de plus 20 kg, alternance des positions debout et assise, pas de position agenouillée, pas de travaux avec les bras au-dessus de l'horizontale. L'assuré n'est pas apte à travailler comme carreleur depuis le 9 avril 1999 et a une capacité de 100% dans une activité adaptée. 8. L'assuré a été mis au bénéfice d'un stage d'observation professionnelle du 3 au 30 janvier 2005. Selon le rapport du COPAI du 18 février 2005, les capacités physiques de l'assuré sont théoriquement compatibles avec un emploi léger dans le circuit économique normal, l'assuré étant apte à produire un rendement de 70%, dans une activité légère à temps partiel de six heures par jour, sans exclure qu'après une période de formation, la capacité de travail soit supérieure à celle proposée, pour autant que le poste de travail tienne compte des limitations fonctionnelles. Sur question de l'OAI, le COPAI a précisé le 20 avril 2005 que si un comportement démonstratif a effectivement été observé, le temps de travail et les rendements donnés dans les conclusions tiennent compte des limitations physiques objectivées. Ainsi, un temps de travail possible supérieur à six heures par jour n'est pas exclu. Selon les calculs du 26 avril 2005 de l'OAI, l'assuré a droit à un quart de rente,

fondée sur un taux d'invalidité de 45,7%. Le revenu avec invalidité est fondé sur ESS 2000, TA1, ligne 15-37, niveau 4, pour un horaire de 41,8 heures, avec une diminution de rendement de 30%, soit 40'537 fr. Le revenu sans invalidité est fixé à 63'507 fr., soit le revenu que l'assuré aurait perçu, en tant que carreleur chez Y _____, de 27 fr. 20 de l'heure dès le 1^{er} janvier 2000 (27,20 x 179,6 x 13). L'assuré a été victime d'un second accident de la circulation le 27 avril 2005 au guidon de son scooter. Le rapport de police mentionne un traumatisme crânien et facial, des contusions aux jambes, à l'épaule et au poignet droits. Selon l'avis du 31 août 2005 du Dr Q _____, l'état de santé de l'assuré s'est aggravé. Par décision du 10 novembre 2005, l'OAI a accordé à l'assuré un quart de rente dès le 1^{er} avril 2000. Par acte du 29 novembre 2005, l'assuré a formé opposition à cette décision. Représenté par avocat, il a conclu à l'octroi d'une rente fondée sur un degré d'invalidité supérieur à 70%. Par pli du 23 décembre 2005, il a complété son opposition et il a fait valoir qu'il souffre d'un état dépressif majeur qui n'a pas été retenu et que les divers problèmes d'ordre physiques ont été minimisés, en particulier les problèmes de santé qui se sont ajoutés suite à l'accident dont il a été victime le 15 avril 2005. Seule une diminution de rendement a été retenue, alors que l'assuré ne peut travailler que six heures par jour. Le revenu d'invalidité doit être diminué de 25% supplémentaires de ce fait. S'ajoute encore une réduction supplémentaire de 25%, pour tenir compte de tous les critères pris en considération, soit le nombre de limitations fonctionnelles, le taux d'occupation et la baisse de rendement. L'OAI a repris l'instruction médicale du dossier et a réuni les documents suivants : a) Le rapport médical du 7 janvier 2006 du Dr Q _____, spécialiste en neurochirurgie, qui ajoute aux mentions figurant dans le rapport du 12 février 2004 des éléments nouveaux, postérieurs à l'accident du 15 avril 2005, soit status post-TCC, avec acouphène persistant, contusions épaule droite, accentuation des lombalgies et syndrome (illisible). L'assuré est totalement incapable de travailler depuis le 9 avril 1999, que ce soit dans la profession de carreleur ou dans une autre profession. b) L'avis médical du 7 février 2006 du SMR qui estime que pour la période avant l'accident d'avril 2005, il n'y a aucun élément médical permettant d'évaluer différemment la situation. Il convient de refaire un examen pour évaluer le rachis. Le rapport du Dr S _____, chef de clinique du service ORL des HUG du 6 juin 2006 qui ne pose pas de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, et le diagnostic de traumatisme acoustique et contusions de l'articulation temporo-mandibulaire droite post chute en scooter datant du 15 avril 2005, sans répercussion sur la capacité de travail. L'assuré souffre de quelques troubles de la localisation spatiale du son et de quelques douleurs. Il faut éviter l'environnement avec du bruit. c) Le rapport médical du 28 novembre 2006 Dr Q _____ qui indique que l'assuré est suivi par un psychiatre et confirme toutes les symptomatologies douloureuses. d) Le rapport médical du 13 mars 2007 du Dr Q _____ qui diagnostique une entorse cervicale, soit une cervico-brachialgie droite, des céphalées chroniques et une discopathie protrusive C4-C5. Les éléments sont objectivables sous la forme de contractures musculaires et limitation de la mobilité et les examens radiologiques sont compatibles avec les douleurs alléguées, mais il n'y a aucun lien qui permette de mettre en relation l'importance des plaintes avec l'aspect radiologique des troubles. Des douleurs importantes peuvent rester sans traduction radiologique précise. Il existe une composante psychique qui aggrave les symptômes. Compte tenu des limitations importantes, il est difficile d'envisager une activité adaptée. Le traumatisme cranio-cérébral lié à l'accident du 15 avril 2005 entraîne des acouphènes et des céphalées, la contusion de l'épaule droite a nécessité une acromioplastie en janvier 2007. L'incapacité de travail du patient est totale. e) Le rapport du

20 octobre 2006 du Département de radiologie des HUG concernant l'arthro-IRM de l'épaule droite pratiquée le 19 octobre 2006 qui montre des signes de tendinopathie sévère du sus-épineux avec signes de rupture transfixiante incomplète et signes de discrète tendinopathie du sous-épineux et du sous-scapulaire, sans atrophie musculaire associée. Le rapport signale un aspect aplati de la face latéro-postérieure de la tête humérale et envisage un antécédent de luxation. f) Le compte-rendu opératoire du 19 janvier 2007 du Département de chirurgie des HUG qui pose le diagnostic de rupture intra-tendineuse du sus-épineux droit. L'intervention consiste en une acromioplastie antérieure et la réparation T-T et T-O sus-épineux. g) Le rapport médical du 22 septembre 2007 de la Dresse T_____, psychiatre, qui suit le patient depuis le 26 novembre 2005 et retient les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique depuis 1999 (F 33.11) ; modification durable de la personnalité sur syndrome algique chronique depuis 2005 (F 62.8) ; status post TTC avec acouphènes persistants et hypoacousie droite depuis 2005. L'état de santé de l'assuré est stationnaire. L'assuré est totalement incapable de travailler dans toute activité. Suite à l'accident d'avril 1999, le patient développe un état dépressivo-anxieux. Le patient se plaint de douleurs chroniques, d'acouphènes persistants, de fatigabilité accrue, de troubles de la concentration et de la mémoire, de perte d'identité dans plusieurs domaines et de troubles neurovégétatifs. Les constatations objectives sont anhédonie, passivité, absence de projet, tristesse, culpabilité à l'origine d'une agressivité dans le traitement. Les médicaments pris sont détaillés et le pronostic est sombre en raison de la gravité du tableau psychique et de la chronicisation des troubles. h) Le rapport médical du 24 septembre 2007 du Professeur U_____, médecin chef du service ORL et de chirurgie cervico-faciale des HUG, qui précise que depuis le rapport du 7 juin 2006, le malade a été revu en juin et en octobre 2006 pour une consultation médico-psychologique. Sur le plan ORL, il n'y a pas de diagnostic ayant de répercussion sur la capacité de travail. Suite à l'accident, il y a une discrète perte auditive à droite de 8,2% et des acouphènes très mal tolérés qui pourraient représenter 5% d'atteinte à l'intégrité. i) Le rapport du Dr Q_____ du 2 octobre 2007 qui confirme les diagnostics de status post entorses cervicales récidivantes, TCC avec atteinte à l'oreille interne droite, conflit sous acromial droit sur rupture du tendon sus-épineux, l'assuré dont l'état de santé s'aggrave est totalement incapable de travailler comme carreleur depuis le 9 avril 1999. L'opération de janvier 2007 de l'épaule n'a eu qu'un résultat partiel et il y a aggravation sur le plan lombaire. Les plaintes subjectives sont des douleurs cervicales à l'épaule droite, des difficultés à se concentrer et l'impossibilité à maintenir des postures plus de quinze minutes. Les constatations objectives sont un syndrome vertébral cervical avec limitation de la mobilité, des douleurs à la palpation des épineuses, des limitations douloureuses à la mobilité de l'épaule droite, une cruralgie droite avec abolition du réflexe patelle. Le pronostic est sombre. Aucune autre activité n'est exigible de l'assuré. j) Le rapport médical du 1^{er} novembre 2007 du Dr P_____, chirurgien orthopédique, qui retient le diagnostic de conflit sous cervical sur rupture du sus-épineux de l'épaule droite, entorse cervicale et TCC, l'état de santé s'aggrave, le pronostic est réservé et l'assuré est totalement incapable de travailler dans toute activité. k) Le rapport médical du 20 décembre 2007 du Professeur V_____, chef du service de chirurgie orthopédique des HUG, qui fait état des données médicales suivantes : "impingement allant à une rupture de la coiffe des rotateurs au niveau de l'épaule droite, réparation ouverte le 17 janvier 2007 d'une rupture intra tendineuse large de son épaule droite avec acromioplastie et, depuis, physiothérapie de rééducation". L'assuré présente aussi un status post entorse cervicale

récidivante et un status post TCC avec atteinte de l'oreille interne. Il poursuit la physiothérapie, mais les douleurs restent persistantes. L'arthro-scanner n'a pas mis en évidence une nouvelle rupture. Il est conseillé de continuer des séances de physiothérapie pour assouplir les tissus. Selon l'avis du 15 avril 2008 de la Dresse W _____ du SMR, la complexité de la situation avec une nouvelle atteinte durant la procédure d'opposition et les difficultés à en évaluer leurs répercussions en ce qui concerne la capacité fonctionnelle de l'assuré dans une activité adaptée, nécessite une expertise COMAI et l'apport du dossier LAA. Il ressort des pièces transmises le 29 mai 2008 par la SUVA qu'un litige entre cette dernière et INTRAS, assurance-maladie, s'est déclaré concernant la prise en charge de frais de soins par la SUVA, postérieurement à décembre 1999, alors qu'elle estimait ne plus devoir couvrir le cas. En outre, par arrêt du 7 juin 2004, le Tribunal fédéral des assurances a rejeté le recours interjeté par l'assuré contre l'arrêt du Tribunal administratif du 10 décembre 2002, dans le cadre de la cause l'opposant à la SUVA. Selon l'avis du 3 juin 2008 de la Dresse W _____, du SMR, il semble que le nouvel accident de 2005 n'a pas été couvert par la SUVA, de sorte qu'il convient de demander à l'ALLIANZ de transmettre son dossier et de soumettre à l'OAI son expertise, afin qu'elle soit complétée. Entre-temps, l'avocat de l'assuré a relancé plusieurs fois l'OAI et lui transmet, le 8 juillet 2008, un certificat médical du 25 juin 2008 du Professeur A _____, de la Clinique de Genolier, qui certifie que l'assuré présente des problèmes au niveau des deux genoux qui comportent chacun, compte tenu de l'évolution, une nécessité de traitement chirurgical. Il est prévu de traiter le genou droit par une arthroscopie, chondrectomie, nettoyage articulaire et plastie pour subluxation de la rotule. Selon le rapport du 14 mai 2008 du Dr B _____, concernant l'IRM du genou droit, il conclut à un épanchement intra-articulaire, une chondropathie rotulienne modérée, un status post méniscectomie avec dégénérescence et redéchirure, un aspect épaissi du ligament croisé postérieur, avec dégénérescence, une formation synoviale, une rotule en position basse avec tendinopathie rotulienne proximale. Le rapport du Dr B _____ du 4 juin 2008 concernant l'IRM du genou gauche conclut à un discret épanchement intra-articulaire, une irrégularité corticale du plateau tibial antérieur avec formation synoviale, une discrète dégénérescence du ménisque externe, une tendinopathie rotulienne et une bursite. L'OAI a plusieurs fois relancé l'ALLIANZ pour obtenir les renseignements demandés et, par avis du SMR du 13 octobre 2008, il s'avère que l'ALLIANZ intervient comme assureur RC pour l'accident de 2005, que l'assurance envisageait une expertise, mais n'a jamais répondu aux questions de l'OAI. L'OAI a mandaté le Centre d'expertise médicale (CEMED) pour procéder à une expertise interdisciplinaire, confiée aux Drs C _____, spécialisé en médecine physique, D _____, neurologue et G _____, psychiatre. Selon le rapport d'expertise du 30 janvier 2009 du CEMED, l'assuré présente les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail suivants : capsulite rétractile de l'épaule droite, avec status post-acromioplastie et réparation tendineuse en janvier 2007 ; gonalgies bilatérales sur syndrome fémoro-patellaire bilatérale et chondrite du condyle fémoral interne du genou droit et tendinopathie du tenseur du fascia lata du genou droit. Il présente divers diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail : trouble somatoforme indifférencié, trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, arthrose tibio-astragaliennne bilatérale légère à modérée prédominant à gauche, cervico-scapulalgie diffuse après deux contusions cervicales, discrète tendinopathie du sus-épineux de l'épaule gauche, hypoacousie droite post-traumatique et acouphène persistant depuis 2005, lombalgies sur discopathie dégénérative protrusive L5-S1, fasciite plantaire droite débutante, arthrose débutante des deux mains, tendinopathie légère du

tendon du muscle fléchisseur cubital du carpe au poignet gauche. S'agissant des limitations, l'atteinte de l'épaule limite fortement les activités avec le membre supérieur droit et ne permet pas de réaliser des activités nécessitant de la force, des gestes répétitifs, des ports de charges. L'atteinte des genoux limite les positions accroupie, à genoux, ou nécessitant de se déplacer sur des terrains en pente ou irréguliers. L'atteinte du rachis cervical et lombaire limite le port de charges et les positions statiques prolongées de l'ordre de trente minutes d'affilée, ainsi que les positions penchées en avant. Il n'y a pas de capacité résiduelle dans l'activité de carreleur et l'incapacité de travail d'au moins 20% date de l'accident du 9 avril 1999. Des mesures de réadaptation professionnelle sont envisageables, mais l'image de l'invalidé que l'assuré a de lui-même et son attitude revendicatrice risquent de rendre la réadaptation difficile. Une autre activité est exigible théoriquement six heures par jour, pour autant que les limitations décrites soient strictement respectées. La diminution dans l'activité est expliquée par l'atteinte à l'épaule droite et les contractures musculaires de la ceinture scapulaire d'origine mixte, principalement, le tableau clinique étant aggravé par les autres atteintes, qui, même si elles ne limitent pas la capacité de travail en soi lorsqu'elles sont prises isolément, entraînent un abaissement du seuil douloureux. Il y a de plus une diminution de rendement de l'ordre de 20%, en raison des pauses nécessaires pour soulager les douleurs. Le rapport d'expertise est fondé sur le rapport médical, ainsi qu'une évaluation de médecine physique du 11 novembre, une évaluation psychiatrique du 17 novembre et une évaluation neurologique du 11 décembre 2008. Le rapport contient une anamnèse détaillée. S'agissant des plaintes du patient, celui-ci indique que l'accident d'avril 2005 a aggravé les douleurs cervicales, lombaires et de l'épaule droite, avec en plus l'apparition de douleurs de l'articulation temporo-mandibulaire droite, qui entraînent des difficultés à mastiquer, ainsi qu'un acouphène très dérangeant. A cela s'ajoutent les douleurs déjà présentes auparavant au niveau des deux genoux et des deux chevilles. L'expertisé indique qu'il présente des troubles mnésiques et de concentration, avec de fréquents moments d'absence remarqués par sa famille. Les cervicalgies fluctuent entre 6 et 10 sur 10 sur l'échelle visuelle analogique de la douleur et les médicaments n'ont que très peu d'effets. Les douleurs de l'articulation temporo-mandibulaire l'empêchent de manger une pomme sans la couper au préalable. La gêne la plus importante est l'acouphène, constant et ressenti comme étant très fort, avec un mélange de bruits dont un sifflement, qui devient insupportable surtout la nuit. Les douleurs de l'épaule droite se sont aggravées depuis l'opération du 17 janvier 2007, avec une importante limitation fonctionnelle et une faiblesse de tout le membre supérieur droit. Il souffre aussi de douleurs lombaires basses irradiant dans les muscles fessiers, surtout à droite, fluctuant entre 4 et 10 sur 10. Les gonalgies bilatérales sont plutôt antérieures, mais également latérales, plus marquées à droite, avec de fréquents lâchages, les douleurs s'aggravant rapidement à la marche, ce qui entraîne une boiterie et décompense les lombalgies. Les douleurs aux chevilles sont plus supportables, estimées entre 0 et 7 sur 10, ainsi que des douleurs des doigts et du poignet gauches, également supportables. L'ensemble de ces problèmes entraîne une fatigue globale et des difficultés de concentration. La journée habituelle de l'assuré est décrite. S'agissant des constatations objectives, l'examen clinique de médecine physique relève, dans le détail, la mesure des flexions-extensions, rotations au niveau du rachis cervical, dorso-lombaire, des hanches, des genoux, des chevilles, des pieds et des épaules. S'agissant de l'appréciation du cas, l'expert retient qu'il y a plusieurs atteintes physiques objectivables, mais qui n'expliquent pas l'ensemble des plaintes de l'assuré. L'épaule droite présente une limitation fonctionnelle et des contractures relativement marquées et tous les signes sont compatibles

avec une capsulite rétractile. L'opération de janvier 2007 a permis de lever le conflit sous-acromial, mais la situation s'est compliquée par l'apparition de la capsulite. Au niveau du rachis cervical, les IRM montrent des protrusions discales étagées et des troubles dégénératifs débutant, qui n'expliquent que partiellement les douleurs, mais il est possible que l'atteinte des épaules aggrave les contractures musculaires au niveau du rachis cervical. Au niveau du rachis dorsolombaire, l'IRM montre une discopathie protrusive et dégénérative au niveau de L5-S1, sans conflit radiculaire, ces éléments expliquant une partie des plaintes, mais pas l'intensité des douleurs présentées par l'expertise. Au niveau des genoux, les douleurs sont objectivées par l'examen clinique et l'arthroscopie déjà ancienne. L'épaule gauche présente de discrets signes d'irritation du tendon du muscle sus-épineux et des contractures probablement liées à l'atteinte cervicale, mais moins marquées qu'à droite. S'agissant de l'évaluation médicale psychiatrique, elle mentionne que le patient se plaint de douleurs, de manque de force, de fatigue, de sentiment de vide, de manque de confiance en soi et de dévalorisation et se sent victime d'injustice. L'anamnèse orientée précise que l'assuré se fatigue vite, évite les conversations, ne s'intéresse plus à la politique, a des troubles mnésiques, un léger ralentissement psychomoteur et d'importantes ruminations. Il est émotif, se cache pour pleurer, ressent de la fatigue tous les jours en permanence, mais s'il fait beau, le sentiment de fatigue s'atténue, il ressent une tristesse permanente et est intolérant au bruit. L'assuré présente des réveils nocturnes toutes les nuits, l'appétit et la libido sont diminués, les acouphènes étant le problème principal. S'agissant de l'appréciation du cas, l'expert mentionne les avis des divers psychiatres ayant suivi l'assuré, puis affirme que l'assuré n'est pas compliant au traitement pharmacologique et qu'il ne convainc par l'examinateur sur l'importance des plaintes somatiques et les restrictions sociales au vu de son comportement peu symptomatique durant l'entretien et ses bonnes habilités sociales. Il y a probablement un phénomène de majoration. L'assuré ne présente pas de trouble de l'humeur et il n'y a même pas lieu de retenir une dysthymie, ni un épisode dépressif majeur. Il a présenté un épisode dépressif léger en 2002, qu'il faut retenir actuellement comme étant en rémission. L'expert retient en premier lieu un trouble somatoforme indifférencié. L'examen neurologique montre une discrète hyporéflexie rotulienne droite et aquilienne gauche et une aréflexie aquilienne droite. Selon l'avis du 17 mars 2009 de la Dresse W_____ du SMR, les experts confirment la capacité de travail exigible de 75%, comme déjà retenue dans l'avis SMR du 12 avril 2005. Le nouvel accident du 15 avril 2005 n'a pas eu de répercussion sur la capacité de travail, selon le rapport ORL des HUG du 6 juin 2006, mais il faut admettre une baisse de rendement de 20% en raison de toutes les atteintes. Ainsi, la capacité de travail dans une activité adaptée est de 75% avec une baisse de rendement de 20%, depuis le 1^{er} octobre 1999. Il n'y a pas de limitation de la capacité de travail au niveau psychique. L'assuré est mis au bénéfice d'un stage d'observation professionnelle de style COPAI, aux Etablissements publics pour l'intégration (EPI), pour une durée de quatre semaines dès le 8 juin 2009. Selon le rapport du 10 juillet 2009 des EPI, l'expertise COPAI a été interrompue par le médecin conseil des EPI, le Dr H_____, en date du 28 juin 2009, en raison de l'inutilité complète de poursuivre une démarche vouée à l'échec. L'attitude générale de l'assuré, convaincu de son impossibilité totale d'avoir une quelconque activité ainsi que l'instauration d'une épreuve de force reviendraient à renforcer sa conviction profonde d'être victime d'une injustice criante. Le médecin conseil a de la peine à croire que la composante psychiatrique est aussi bénigne que ce qui est reconnu par les experts consultés. Dans ce contexte, une reprise contrainte d'activité n'a aucune chance d'aboutir et aucune proposition concrète d'activité ne peut être

faite. Le rapport d'atelier mentionne que l'assuré est très démonstratif et complètement centré sur ses douleurs, il alterne les positions environ toutes les dix à quinze minutes, il ne peut pas travailler penché, il surélève le plan de travail, porte par intermittences une minerve, s'allonge sur un banc pendant vingt minutes durant la pause. La mobilité des jambes est bonne et il se déplace d'un pas sportif et léger, sans boiterie ni perte d'équilibre, à l'extérieur lorsqu'il a quitté l'atelier. A l'atelier, il se déplace avec une extrême lenteur, comme un automate. L'assuré tente de ne pas tourner la tête ni le torse. En salle de théorie, l'assuré reste assis jusqu'à quarante-cinq minutes. Le rythme de travail est très lent et malgré les stimulations, l'assuré ne fait aucun effort pour accélérer, et quel que soit le type d'activité, le rendement se situe à 40%. En conclusion, les capacités physiques de l'assuré ne sont pas compatibles avec un emploi dans le circuit économique normal, son hyper-démonstrativité, sa centration sur ses douleurs, ses alternances de positions continuelles, ses rendements très faibles et son manque d'intérêt pour toute activité le rendent implaçable. Le calcul du taux d'invalidité a été effectué par l'OAI le 10 août 2009. Le revenu avec invalidité est fondé sur les ESS 2004, TA 1, homme, niveau 4, reportés à 41,6 heures d'activité et indexés à 2005, soit 57'751 fr. A raison d'un temps de travail de 75% et avec une diminution de rendement de 20%, ainsi qu'un abattement supplémentaire de 15%, le revenu brut exigible avec invalidité est de 29'453 fr. Le revenu annuel brut sans invalidité est fondé sur le salaire que l'assuré aurait perçu en tant que carreleur chez Y_____ SA dès le 1^{er} janvier 2000 (27 fr. 20 x 179,6 heures x 13 mois, soit 63'507 fr.), ce qui correspond à un salaire indexé à l'année 2005 de 68'161 fr. Le degré d'invalidité est ainsi de 56,8 %, ce qui permet l'octroi d'une demi-rente. Un nouveau calcul du taux d'invalidité est effectué par l'OAI le 21 avril 2010. Le revenu avec invalidité est fondé sur les ESS 2000, TA 1, homme, niveau 4, reportés à la durée normale de travail, soit 55'640 fr. A un taux d'activité de 75%, avec une diminution de rendement de 20% et un abattement supplémentaire de 15%, le revenu annuel brut exigible avec invalidité est de 28'376 fr. Le revenu brut sans invalidité réactualisé est de 64'234 fr. et le taux d'invalidité de 56%. Par décision sur opposition du 22 avril 2010, l'OAI, en application de la LAI en vigueur avant le 1^{er} janvier 2004, accorde une demi-rente d'invalidité à l'assuré dès le 9 avril 2000, sur la base d'un taux d'invalidité de 56% fondé sur l'expertise du CEMED qui retient une capacité de travail de 75% avec une diminution de rendement de 20% dans une activité adaptée. Les revenus sans invalidité est de 64'234 fr. et avec invalidité de 28'376 fr. En raison de l'absence de motivation de l'assuré durant le stage mis en place en juin 2009, aucune autre mesure d'ordre professionnel n'est envisagée. Par acte du 26 mai 2010, l'assuré représenté par son avocat forme recours contre la décision sur opposition devant le Tribunal cantonal des assurances sociales, soit la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice depuis le 1^{er} janvier 2011, et conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et des rentes complémentaires y afférentes dès le 9 avril 2000. Préalablement, il sollicite un délai pour compléter son recours au moyen d'un rapport d'expertise complémentaire, ainsi qu'à une comparution personnelle et à l'audition de témoins. En substance, l'assuré conteste une capacité de travail exigible de 75%, avec une baisse de rendement de 20% seulement, ainsi que le montant du revenu annuel actualisé sans invalidité de 64'234 fr. Selon les déclarations de son employeur, le dernier salaire touché était de 5'706 fr. 70, ce qui, annualisé, donne un montant de 68'481 fr. 40. Il conteste la valeur probante du rapport d'expertise du CEMED, organiquement lié à l'Office AI. Le délai fixé à l'assuré au 30 août 2010 pour produire son rapport d'expertise est prolongé, à sa demande, au 30 novembre 2010. Selon le rapport d'expertise du 29 novembre 2010 du Dr I_____, spécialiste en

neurochirurgie, l'examen clinique présente un syndrome cervical moyen avec une rotation limitée à 40° des deux côtés, en flexion maximale, la rotation est gênée de façon surproportionnée, ce qui est un argument en faveur d'une atteinte cervicale haute du complexe C1-C2. Il y a une contracture bilatérale des angulaires de l'omoplate, myogélose des trapèzes, une palpation douloureuse des transferts de C1 en rétro-mandibulaire et de C2 en sous-atlantoïdienne. Au status neurologique, on trouve une diminution globale de la force du membre supérieur droit, plus marquée au niveau des intrinsèques, la zone de transposition du nerf cubital est sensible avec un phénomène de Tinel. Le rachis lombaire présente une déviation d'environ 1,5 cm. vers la gauche et un DDS d'environ 4 cm ; la rétroflexion, les latéroflexions et les rotations sont modérément bien exécutées. On trouve une hyporéflexie aquilienne droite, la marche avec une légère épargne du membre inférieur droit, un lasègue à environ 60° à droite, les membres supérieurs sont difficiles à examiner du point de vue neurologique en raison des phénomènes surchargés au niveau de l'épaule droite. L'examen des genoux et des épaules n'a pas été fait. Les radiographies cervicales faites le 12 novembre 2010 montrent une mobilité harmonieuse sans excès segmentaire ni glissement pathologique. Les radiologies lombaires montrent des mouvements harmonieux, un léger déficit de la flexion, un glissement pathologique en L4-L5 et L5-S1. Le rapport contient une très longue anamnèse sur la base du dossier médical remis, avec un résumé des rapports médicaux, des rapports d'imagerie, ainsi que de l'arrêt du Tribunal administratif dans la cause ayant opposé l'assuré à la SUVA. S'agissant de la discussion du cas, le Dr I_____ indique que les experts sont extrêmement minutieux dans la description des limitations fonctionnelles, qualitatives et quantitatives, en relation avec les troubles constatés : l'atteinte de l'épaule limite fortement les activités du membre supérieur droit nécessitant de la force, des gestes répétitifs, des ports de charges, à tel point qu'un spectateur neutre se demande par quel miracle le tout va pouvoir fonctionner si l'on sait que de surcroît, l'atteinte des genoux limite les positions accroupies ou à genoux, nécessitant de se déplacer sur des terrains en pente ou irréguliers, et que l'atteinte du rachis limite le port de charges, les positions statiques prolongées de trente minutes. L'activité adaptée, selon les experts, peut théoriquement être exercée six heures par jour, pour autant que les limitations décrites soient strictement respectées, à défaut de quoi l'édifice menace de s'écrouler. L'observateur neutre devrait être touché par les conclusions de l'expert : 4/5 èmes du temps pour travailler, 1/5 ème du temps pour récupérer. Le Dr I_____ reproche aussi aux experts de ne pas avoir tenu compte des difficultés cognitives objectivées lors de l'examen neurocognitif de février 2002, mises en rapport avec le trouble dépressif majeur, le syndrome de stress post-traumatique, sans que l'on tienne compte de la perte de connaissance lors de l'accident. Pour finir, le tinnitus dont souffre le patient est coté selon la table 13 de la SUVA à 10% et les troubles de la mastication sont cotés selon la table 15 de la SUVA à 5%. Le médecin soulève encore un décalage apparaissant à la flexion en L5-S1 et L4-L5, dont la signification pathologique n'est pas claire, mais qui s'insère dans un contexte malformatif avec des vertèbres en forme de poisson. Le médecin retient que l'assuré n'a aucune capacité de travail résiduelle, au vu des multiples gênes et limitations qui vont de la colonne cervicale, lombaire, aux genoux, aux chevilles et aux épaules. L'incapacité de travail date du 29 avril 1999, l'assuré n'a plus aucune capacité de travail dans aucune activité adaptée. Par mémoire complémentaire du 10 janvier 2011, l'assuré relève que l'expertise du Dr I_____ démontre l'aggravation des douleurs depuis le second accident de 2005 et suite à l'opération de l'épaule de janvier 2007, sans compter l'apparition de l'acouphène et des douleurs à la mastication, de sorte que contrairement à ce

qui a été retenu dans la décision entreprise, les répercussions de l'accident de 2005 sur sa capacité de travail sont importantes. En raison des importantes limitations fonctionnelles qui doivent être strictement respectées, ainsi que des troubles psychiques et des difficultés cognitives, aucune capacité de travail résiduelle n'existe. Par pli du 7 février 2011, l'Office AI conclut au rejet du recours. En premier lieu, il fait valoir que le rapport d'expertise du CEMED a pleine valeur probante, tandis que le recourant ne fait état d'aucun élément objectivement vérifiable ayant été ignoré dans le cadre de l'expertise suffisamment pertinent pour remettre en question les conclusions de cette expertise. Si l'expertise privée peut permettre d'établir les faits sur le plan médical, elle a une portée limitée par rapport à une expertise aménagée par un assureur. Or, l'expert mandaté ne fournit aucun élément médical objectif permettant de remettre en cause la valeur probante de l'expertise du CEMED. Sur le plan somatique, les diagnostics ne divergent pas. Sur le plan psychique, les conclusions de l'expert ne peuvent pas être retenues puisque l'aspect psychique n'a pas été évalué. En second lieu, s'agissant du revenu sans invalidité, il est fondé sur le salaire de l'assuré en tant que carreleur chez Y _____ SA, en 1999, indexé à 2000, de 64'234 fr. et non pas de 68'481 fr. L'OAI produit l'avis du SMR du 17 janvier 2011 qui compare l'examen clinique effectué par le Dr I _____ et ceux du Dr C _____ et du Dr D _____ du CEMED. Les examens sont soit superposables, soit présentent des différences minimales (rotation de la nuque), le Dr I _____ décrit un Lasègue de 60° à droite, alors que le Dr C _____ n'en retient pas et le Dr D _____ retient un pseudo-Lasègue douloureux au creux poplité à 80° à droite. Ainsi, l'examen décrit par le Dr I _____ ne met pas en évidence d'aggravation de l'état de santé de l'assuré et l'incapacité totale de travail dans toute activité est mal motivée, ce d'autant plus qu'il estime qu'en raison des troubles psychiques, l'assuré n'est pas capable de s'adapter à un environnement professionnel, alors que ces troubles ne sont pas évalués au cours de cette expertise. La détermination de l'OAI a été transmise à l'assuré qui a fait valoir le 21 mars 2011 que c'est à tort que le SMR prétend que l'expertise du Dr I _____ n'apporte aucun élément médical nouveau. Il joint à son courrier l'avis médical du Dr I _____ du 13 mars 2011, qui commente le rapport du SMR du 17 janvier 2011. Le Dr I _____ indique que ce rapport recouvre, à quelques détails près, les constatations qu'il a faites lui-même le 29 novembre 2011, le seul élément vraiment nouveau est celui de la commotion cérébrale avec perte de connaissance et amnésie. Dès lors que les constatations cliniques et radiologiques se recouvrent pratiquement, sauf quelques différences au niveau de la mobilité cervicale, il se demande comment on peut parvenir à des conclusions aussi différentes en ce qui concerne la capacité résiduelle de travail. Selon le Dr I _____, cela est dû au fait que, selon l'expérience, on ne peut pas simplement additionner les différents pourcentages en rapport avec les handicaps, en particulier le handicap lombaire et tout ce qui concerne les membres inférieurs (genoux et chevilles). En effet, ces pathologies du rachis dorsolombaire et des membres inférieurs ont la fâcheuse capacité de se potentialiser, en raison du fait que certains organes ne peuvent adopter des attitudes de compensation permettant un fonctionnement quasi normal. Ainsi, le rachis lombaire devient davantage vulnérable en cas d'une atteinte fonctionnelle des membres inférieurs, en raison de l'absence de blocage du bassin en position d'inclinaison latérale. Cette notion est résumée dans la littérature anglo-saxonne sous les termes de « kneespine syndrome » et « hipspine syndrome », alors que cette limitation est beaucoup moins importante pour d'évidentes raisons, entre une atteinte des épaules et de la colonne dorsale. Un délai au 20 mai 2011 a été fixé à l'OAI pour produire la liste des métiers compatibles avec les

limitations retenues par l'expertise du CEMED. Lors de l'audience du 17 mai 2011, l'assuré déclare que, du point de vue psychiatrique, il est toujours suivi par la Dresse T _____ et prend régulièrement les médicaments prescrits. Lors du stage aux EPI, il avait trop mal et il a demandé à aller voir son médecin. Le médecin des EPI a mis un terme au stage car il voyait qu'il était trop mal. Les employés de l'atelier l'ont mis sous pression, mais il ne parvenait pas à se concentrer, il était bloqué au niveau de la nuque et leur a même montré à quel point son genou avait gonflé. L'acouphène qu'il subit ressemble à un sifflement, plus précisément à un souffle, comme s'il entendait du vent dans son oreille. Il est permanent, mais durant la journée, il est couvert par les autres bruits et c'est surtout la nuit qu'il le dérange. Suite à l'accident de 2005, son état de santé s'est aggravé sur plusieurs plans : les douleurs à l'épaule droite, la plus gravement atteinte, se sont aggravées, étant précisé qu'il est droitier, celles à l'épaule gauche sont apparues, celles aux genoux et les oedèmes se sont aggravés, l'acouphène ainsi que les problèmes à la mâchoire sont apparus. Le Prof. V _____, des HUG, préconise de l'opérer des deux épaules mais l'a invité à réfléchir à cette opération car la première avait été un échec au niveau des douleurs. L'assuré sollicite l'audition des Dr Q _____, I _____, V _____ et T _____ et l'OAI un délai supplémentaire pour produire le rapport du réadaptateur. La Cour de céans a prolongé au 7 juin 2011 le délai fixé à l'OAI pour produire ledit rapport et a interrogé deux des divers médecins de l'assuré le 23 mai 2011. Par pli du 24 mai 2011, l'assuré a rappelé que l'entreprise Y _____ avait attesté d'un salaire de 5'706 fr. 70 en mars 1999. Par pli du 26 mai 2011, le prof. V _____, médecin-chef du service de chirurgie orthopédique et de traumatologie indique avoir revu pour la dernière fois l'assuré le 4 octobre 2010, lequel se plaignait alors de douleurs au niveau des deux épaules, dans tous les mouvements. Alors que, lors de l'évaluation de décembre 2007, l'examen au niveau de l'épaule gauche était normal, celle-ci présente depuis lors un status de gêne et de douleurs. La mobilité qui était en 2007 de 160° à l'élévation, 70° en rotation externe et à D5 en rotation interne a quelque peu diminué (externe à 40° et interne à D10). L'épaule s'est donc enraidie depuis 2007. S'agissant de l'épaule droite, on note des crépitations sous-acromiales, une élévation à 130°, une rotation externe à 40° et une rotation au niveau de D12. La limitation peut être attribuée aux déchirures intra-tendineuses qui ont conduit à l'opération de janvier 2007. Les limitations fonctionnelles sont, s'agissant du membre supérieur droit : pas de force, limitation des charges de 3 à 5 kg, pas de mouvements répétitifs, ni mouvements ou port de charges à la hauteur des épaules ou en dessus. S'agissant de l'épaule gauche, limitation due aux douleurs et probablement l'existence d'une inflammation ou d'une déchirure intra-tendineuse. La capacité de travail comme carreleur est nulle et sa capacité de travail résiduelle est de 50% dans une occupation ne sollicitant pas son membre supérieur droit notamment, ni son membre supérieur gauche. Aucune intervention n'est actuellement prévue. Par pli du 9 juin 2011, la Dresse T _____, psychiatre, indique avoir continué le suivi du patient au-delà de 2007, l'assuré ayant consulté à cinq reprises en 2008, dix en 2009, douze en 2010 et 9 en 2011. La médication administrée est du Trittico, 100 mg le soir; Lyrica, 2 x 50 mg/jour, Ponstan, 500 mg 3 à 4 fois par jour et Tramal R, 100 mg à midi, une tentative d'Efexor le matin a été très mal tolérée. La compliance du patient à la médication a été vérifiée le 30 mai 2011 et les résultats de laboratoire, joints en annexe, la démontrent. L'état de santé du patient est stationnaire. Le tableau clinique est dominé par un trouble mixte de personnalité (F61.0), soit une personnalité pathologique qui est à l'origine d'idées fixes et rigides constantes à propos de préjudices subis avec idéalisation du statut antérieur et agressivité larvée (traits passifs-agressifs entraînant une certaine ambivalence

par rapport au thérapeute). L'état dépressif est partiellement compensé par la prise d'antidépresseurs mais les décompensations ultérieures ne peuvent pas être exclues en raison de la comorbidité de l'axe II (personnalité pathologique). La capacité de travail de l'assuré est nulle. Par pli du 7 juin 2011, l'OAI indique ne pas pouvoir se déterminer sur la nature des activités qui restent à la portée de l'assuré, ni connaître la mesure dans laquelle il pourrait les accomplir, au vu du rapport COPAI du 9 juillet 2009, dès lors que durant le stage, dont l'objectif est de compléter les données médicales en examinant 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, le recourant s'est montré inobservable et le stage a été interrompu en raison de l'inutilité de la poursuite de l'observation. Dès lors qu'aucun élément ne permet de revenir sur la capacité de travail retenue, les conclusions en rejet du recours sont maintenues. Un délai a été fixé aux parties pour se déterminer. Par pli du 27 juin 2011, l'OAI maintient ses conclusions tendant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, sur la base de l'avis du SMR du 20 juin 2011 qui estime que les divers rapports médicaux ne sont pas de nature à modifier l'appréciation faite. L'avis précité du SMR, signé par le Dresse J_____ indique que les mobilités des deux épaules décrites par le Dr V_____ permettent de constater une amélioration de la mobilité de l'épaule droite suite à l'opération de 2007, avec une persistance des limitations de la mobilité articulaire (élévation de 130° en 2010 contre 85° en 2009, rotation externe de 40° en 2010 et de 5° en 2009). La mobilité de l'épaule gauche est plus ou moins superposable entre 2009 et 2010 (élévation de 170° en 2009 et de 160° en 2010; rotation externe de 45° en 2009 et 40° en 2010, et rotation interne diminuée en 2010). Le SMR compare ensuite la capacité de travail retenue par le Dr V_____, de 50% avec celle admise par le CEMED, de 75% avec une baisse de rendement de 20%, ce qui correspond finalement à un 60% et rappelle que cette capacité avait été retenue en raison des limitations de l'épaule droite et des autres atteintes de l'appareil locomoteur. Entre l'amélioration au niveau de l'épaule droite et la légère aggravation de l'épaule gauche, il n'y a pas d'aggravation notable de l'état de santé et les limitations fonctionnelles sont identiques à 2009 et sont à appliquer aux deux épaules de sorte que la capacité de travail dans une activité adaptée demeure superposable. Sur le plan psychiatrique, la Dresse T_____ confirme que l'état dépressif est partiellement compensé sous antidépresseurs et ses conclusions d'une capacité nulle de travail en raison du trouble de la personnalité n'amènent pas d'éléments nouveaux par rapport à ceux conclus dans l'expertise psychiatrique du CEMED. Le délai fixé à l'assuré a été prolongé au 31 juillet 2011, puis au 5 août 2011. Par pli du 5 août 2011, le conseil de l'assuré relève que les médecins interrogés par la Cour abondent dans le sens de l'expertise du Dr I_____, tout comme le Dr Q_____ et le Dr P_____. Les conclusions de l'expertise du CEMED retiennent des limitations fonctionnelles extrêmement importantes dès avril 1999 tout en prétendant que le second accident d'avril 2005 est sans conséquence sur l'état de santé. À cela s'ajoute que les experts n'ont vu l'assuré qu'à une reprise durant l'hiver 2008, alors que les autres médecins ont suivi leur patient à de très nombreuses reprises et durant de nombreuses années. Malgré l'interpellation de la Cour, l'OAI peine à indiquer quelle activité adaptée serait exigible dans le cas l'assuré. Ainsi, la capacité de travail de l'assuré est nulle, dans son ancienne profession et dans une activité adaptée, de sorte que le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail. Si une comparaison des revenus est possible, le revenu de valide est de 68'481 fr., soit le dernier salaire de l'assuré. Le revenu avec invalidité est difficile à établir, faute d'identification d'une activité adaptée. On pourrait à la rigueur se reporter au premier stage COPAI effectué en 2005, qui concluait

à une activité légère, notamment dans le secteur des services, avec un taux d'activité de 75% et une diminution de rendement de 30%, de sorte que c'est à tort que l'OAI a retenu le revenu "total" de l'ESS 2000, qui regroupe des activités de l'industrie lourde, qui ne sont pas exigibles de l'assuré. Il convient donc de retenir une activité dans le secteur tertiaire, ce qui correspond aux conclusions du rapport du COPAI, soit 4'127 fr. par mois aux maximum (ESS 2000, TA1, secteur 3 "service", activité de niveau 4), à un taux de 75%, avec une baisse de rendement de 30%, le revenu annuel est de 26'000 fr. L'abattement de 25% doit être appliqué au vu des circonstances, soit les limitations liées à l'âge de l'assuré, à ses difficultés de concentration et au fait qu'il a quitté le circuit économique depuis plus de 10 ans, de sorte que le revenu d'invalidité s'établit à 19'500 fr., ce qui aboutit à un taux d'invalidité de 72%. Au regard de l'ancien droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, puis après la quatrième révision de la LAI dès le 1^{er} janvier 2004, un degré d'invalidité de 70% donne droit à une rente entière de l'assurance-invalidité. L'intérêt de 5% prévu par la LPGA est dû dès le 1^{er} janvier 2003; subsidiairement l'assuré sollicite une expertise extra-judiciaire. La cause a été gardée à juger le 8 août 2011. EN DROIT 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 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 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, 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. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, le présent recours concerne le droit à des prestations dès le 1^{er} avril 2000, à savoir à une date antérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA. En conséquence, le présent cas reste régi par la législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, étant précisé que les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Pour les mêmes raisons, les dispositions de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004 et les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 ne sont pas applicables (ATF 127 V 467 consid. 1). Dans la mesure où elles ont été modifiées par la nouvelle, les dispositions ci-après sont donc citées dans leur version antérieure au 1^{er} janvier 2004. Une éventuelle aggravation dès avril 2005, date du second accident, serait alors soumise aux dispositions entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), sera déclaré recevable. Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité du recourant, en particulier sur la capacité de travail résiduelle de celui-ci dans une activité adaptée et sur le revenu sans

invalidité à prendre en compte. a) Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. b) Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé de l'assuré ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 5 consid. 2b, 157 consid. 3a). S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où il prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1 er LAI dans sa version en vigueur avant la 5 e révision de la loi, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable, mais au plus tôt le premier jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 aLAI ; ATF 126 V 5 consid. 2b et les références). c) Selon l'art. 28 al. 1 er LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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 ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1 bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins. Selon l'art. 28 al. 1 er LAI dans sa teneur en vigueur du 1 er janvier 2004 au 31 décembre 2007, 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. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et 128 V 174). b) Le revenu d'invalide 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 de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). 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 ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global 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 75 consid. 5). Le Tribunal fédéral admet la référence au groupe des tableau « A » de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), correspondant aux salaires bruts standardisés, pour déterminer le revenu qu'on peut raisonnablement exiger d'un invalide en dépit de son atteinte à la santé lorsqu'aucun revenu effectif n'est réalisé (cf. ATF 124 V 321). Il convient en outre de toujours se rapporter à la valeur médiane. L'ESS a pour objectif de fournir des informations ayant valeur représentative pour toute la Suisse (large éventail d'activités variées et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes ; cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2) ; elle englobe des données salariales provenant d'entreprises de toute taille dans les branches extérieures au secteur agricole, quelque soit le taux d'occupation, la position hiérarchique, l'exigence du poste ou le niveau de formation. Lors de l'examen de la mise en valeur de la capacité de travail résiduelle, on ne saurait se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGa (auquel renvoie l'art. 28 al. 2 LAI), lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (ATF non publié 9C_1035/2009 du 22 juin 2010) . c) Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF non publié du 25 mai 2007, I 428/06 et I 429/06). Enfin, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser, dans un arrêt du 19 décembre 2003 (ATF 130 V 121), que le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. a) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références ; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000, p. 268). b) En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). c) En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un

jugement valable sur le droit litigieux. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. 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). Le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut donc également valoir comme moyen de preuve. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal. Cette jurisprudence s'applique aussi bien lorsqu'un assuré entend remettre en cause, au moyen d'une expertise privée, les conclusions d'une expertise aménagée par l'assureur-accidents ou par un office de l'assurance-invalidité (ATF 125 V 351 consid. 3c ; ATFA non publié I 321/03 du 29 octobre 2003, consid. 3.1 et ATF non publié 8C_558/2008 du 17 mars 2009, consid. 2.4.2). Dans le cas d'espèce, il faut rappeler qu'il n'y a pas de hiérarchie entre l'expertise ordonnée par un assureur et celle faite à la demande de l'assuré, seul le contenu des rapports compte pour admettre ou pas leur valeur probante. Or, tant l'expertise du CEMED, du point de vue somatique en tout cas et celle du Dr I_____ sont, en majeure partie, probantes. En premier lieu, l'expertise du CEMED est convaincante, sur le plan somatique. Elle est fondée sur une anamnèse détaillée, des constatations objectives, elle tient compte des plaintes de l'assuré, de l'ensemble des rapports médicaux au dossier et ses conclusions sont claires, nuancées et convaincantes, les conclusions sont d'ailleurs partagées par le Dr I_____, sauf sur deux points, soit les conséquences du TCC et l'incidence des limitations sur la capacité de travail. S'agissant des constatations objectives du point de vue ostéo-articulaire, celles du CEMED sont partagées par le Dr I_____, le prof. V_____ et les médecins traitants de l'assuré. Sans qu'il soit nécessaire de revenir en détail sur les diagnostics retenus, tous les médecins retiennent une grave impotence du membre supérieur droit et d'autres limitations fonctionnelles au niveau de l'épaule gauche, du dos et des genoux. Dans son dernier avis, le SMR retient sur la base de l'ensemble des avis, y compris celui du Prof V_____, que les limitations fonctionnelles retenues en 2009 par le CEMED sont à appliquer aux deux épaules, de sorte que la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée reste identique. De plus, tous les médecins retiennent que les limitations fonctionnelles doivent être strictement limitées, à défaut de quoi, toute activité est exclue. Ces limitations sont: pour les deux membres supérieurs: pas d'activité nécessitant de la force, des gestes répétitifs, et des ports de charge (voire aucune activité au niveau ou au dessus de l'épaule droite); pour les genoux : pas de position accroupie, à genoux, nécessitant de se déplacer sur des terrains en pente ou

irréguliers; pour le rachis cervical et lombaire : pas d'activité nécessitant des ports de charges, une position statique plus de 30 minutes ou penchée en avant. Les experts du CEMED nuancent leurs propos en retenant que, bien que sauf pour l'épaule droite, chacune des atteintes ne justifie pas d'incapacité de travail dans un poste adapté, l'ensemble des atteintes entraîne un abaissement du seuil douloureux, intriqué dans un contexte social et asséurologique complexe. Le Dr I _____ expose quant à lui que les pathologies du rachis et des membres inférieurs ont tendance à se potentialiser, et il procède ainsi également à une appréciation globale lorsqu'il affirme qu'il ne faut pas simplement additionner chaque limitation. Toutefois, le Dr I _____ ne convainc pas lorsqu'il retient une totale incapacité de travail définitive depuis 1999, qui n'est en tout cas pas justifiée du seul point de vue ostéo-articulaire, étant précisé que cet expert n'est spécialiste ni en psychiatrie, ni en oto-rhino-laryngologie. Pour ce qui est de l'acouphène et des douleurs à la mastication, aucun des médecins consultés ne parvient à objectiver l'intensité de la gêne décrite par l'assuré, qui admet d'ailleurs que l'acouphène est suffisamment faible pour être couvert par les bruits de jour et se plaint pour le surplus de devoir couper les pommes pour les manger sans souffrir, de sorte qu'il paraît démontré au degré de la vraisemblance prépondérante que ces troubles n'ont pas d'incidence sur la capacité de travail de l'assuré. Le fait qu'un acouphène grave soit coté pour déterminer une IPAI n'est pas déterminant pour admettre que l'acouphène de l'assuré - au demeurant léger - a des répercussions sur sa capacité de travail. S'agissant des plaintes somatiques de l'assuré, tant les médecins du CEMED que celui des EPI ont mis en exergue l'exagération des symptômes somatiques. Les responsables du stage aux EPI ont aussi relevé une attitude très démonstrative, l'assuré marchant d'un pas sportif à l'extérieur et se traînant lorsqu'il est observé. A cet égard, la Cour a pu constater l'importante divergence entre l'attitude en audience de l'assuré et ses plaintes, que ce soit au niveau de la mobilité des bras qu'à celui des troubles psychiques. En effet, il s'exprime très clairement, avec une étonnante précision quant aux diagnostics et aux dates des diverses interventions, sans aucun signe de tristesse ou de difficulté de concentration, bougeant fréquemment les deux bras pour ponctuer ses dires, sans jamais aller toutefois au-dessus du niveau des épaules. L'absence d'explication objective à une partie des douleurs de l'assuré avait déjà été relevée lors du séjour à la CRR en 2002 et le caractère démonstratif de l'assuré avait été souligné lors du COPAI de 2005. Ainsi, lorsque le Dr I _____ retient une totale incapacité de travail dans toute activité, il se fonde ainsi principalement sur les plaintes du patient, sans relever le manque de concordance entre celles-ci et les constatations objectives du CEMED, qu'il partage pourtant. A titre d'exemple, le Dr V _____ admet que la mobilité de l'épaule gauche est moins gravement atteinte que la droite, les limitations de la première étant fondées seulement sur les douleurs et la gêne alléguées. Du point de vue psychique, le psychiatre de CEMED n'est pas convaincu par la réalité des plaintes du patient et retient l'absence de compliance à la médication prescrite, sans la vérifier et sans expliquer quel élément lui permet de la retenir. Ses conclusions concernant l'intensité du trouble de la lignée dépressive (dysthymie ou trouble léger, récurrent, mais en rémission) sont très succinctement motivées et semblent fondées sur les constatations faites lors de l'unique entretien mené et le sentiment d'exagération des plaintes du patient. Le psychiatre en conclut rapidement que l'état dépressif est en rémission. Toutefois, l'avis du psychiatre traitant ne permet pas de remettre en cause les conclusions de l'expert. Il admet que la médication prescrite compense en partie le trouble dépressif sans expliquer dès lors en raison de quelles limitations son patient serait totalement, voire même partiellement incapable de travailler en raison d'une pathologie

psychiatrique. Il ne motive pas le diagnostic concernant le trouble de la personnalité, ni les limitations induites par ce trouble. Il réserve une décompensation future, qui est donc sans incidence actuellement. L'avis du Dr I _____, concernant les conséquences du traumatisme crânien, n'est pas confirmé par le psychiatre traitant, qui ne retient aucun trouble cognitif consécutif à l'accident, ni par le neurologue ayant participé à l'expertise du CEMED. Il faut donc admettre avec le CEMED qu'il n'y a pas de pathologie psychiatrique invalidante. Compte tenu de ce qui précède, il n'est pas nécessaire d'ordonner une expertise médicale judiciaire, car l'expertise du CEMED, examinée à la lumière de l'ensemble des rapports médicaux et de l'expertise du Dr I _____ permet d'établir précisément les limitations fonctionnelles objectivées de l'assuré. S'agissant du taux de capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, l'appréciation du CEMED tient compte des douleurs et de la mobilité fortement limitée de l'épaule droite pour admettre que la capacité est limitée à 6h de travail par jour, avec une diminution de rendement de 20% en raison des pauses nécessaires. L'avis divergent du Dr I _____, qui estime que la capacité de travail est nulle, n'est pas motivé et cet expert semble plutôt mettre en doute qu'il existe une activité adaptée aux limitations de l'assuré, ce qui est une autre question. Le Dr V _____ indique sans motivation précise une capacité de travail limitée à 50%. Il faut ainsi retenir avec les experts du CEMED que l'assuré dispose d'une capacité de travail de 75%, avec une diminution de rendement de 20%. Le SMR confirme dans son dernier avis que cela revient à un taux d'activité de 60%. Reste toutefois à déterminer quelle activité est réellement adaptée aux nombreuses et relativement importantes limitations retenues par les divers médecins, et qui doivent strictement être respectées selon eux. L'OAI prétend ne pas pouvoir préciser cet élément, en raison de l'absence de résultat de la mesure d'observation professionnelle. Ce point de vue est erroné. Certes, l'assuré a eu une attitude incompatible avec une mesure d'orientation professionnelle, l'exagération constatée des douleurs et des limitations ne permet pas de vérifier, concrètement, l'avis des médecins et l'assuré est profondément convaincu d'être totalement incapable de travailler dans toute activité, de sorte qu'il est inutile de tenter une autre mesure de ce type. Toutefois, le service de réadaptation de l'OAI doit pouvoir établir la liste théorique des métiers que l'assuré peut effectuer, sans utiliser le bras droit au-dessus de l'épaule et sans aucune charge, en ménageant le bras gauche, sans s'accroupir, ni s'agenouiller, sans marche en terrain inégal, ni position statique prolongée de plus de 30 minutes, ni port de charges, ni position penchée en avant. Cela exclut ainsi toute une série de métiers non qualifiés, notamment le travail à la chaîne (statique), à l'établi, dans l'horlogerie, la mécanique de précision (penché en avant), dans l'industrie lourde, la fabrication de machines (port de charges), la construction (port de charge ou position accroupie/à genoux), à savoir tous les métiers du secteur de la production qui induisent les revenus les plus élevés du revenu des ESS, TA 1, total. Par contre, les activités dans la vente au détail, la surveillance, etc, restent possible, de sorte qu'il se justifie dans le cas particulier de tenir compte du revenu global ressortant du secteur 3 "services" des ESS, TA1, niveau 4, soit 4'127 fr./mois. Le moment déterminant pour le calcul du taux d'invalidité est avril 2000. Selon le rapport du dernier employeur de l'assuré, celui-ci aurait réalisé en 2000 un salaire horaire de 27 fr. 20 pour un horaire habituel de 42 heures 50 dans l'entreprise, avec un 13^{ème} salaire en sus, soit 27 fr. 20 x 42,5 heures x 52 semaines / 12 mois x 13 = 65'121 fr 35/an. Tant le calcul de l'OAI que celui de l'assuré sont faux. Le premier ne tient pas compte de l'horaire de travail dans l'entreprise et indexe à 2000 un salaire qui est déjà celui de cette année-là. Le second se fonde sur un unique salaire mensuel, soit le plus élevé de l'année 1999, qu'il annualise à tort. Le revenu d'invalidé,

quant à lui, doit se fonder sur les ESS 2000, et plus particulièrement le TA1, secteur 3, niveau 4, homme (49'524 fr.), pour un horaire habituel en 2000 de 41.8 heures (51'752 fr. 58), et à un taux de 75% (38'814 fr.45), soit après la prise en compte d'une diminution de rendement de 20%, un salaire 31'051 fr. 55, ce qui revient au salaire pour un taux d'activité à 60%. L'abattement de 15% retenu par l'OAI ne prête pas flanc à la critique et tient suffisamment compte de l'importance des limitations fonctionnelles et du type de titre de séjour (permis F), qui, en l'espèce n'a jamais été un élément diminuant l'employabilité, car ni le critère de l'âge (41 ans en 2000), ni celui du nombre d'années passées dans la même profession (6 ans) ne justifient un abattement supplémentaire, étant précisé que l'assuré dispose d'un diplôme universitaire d'économiste, impliquant des aptitudes intellectuelles, en plus des capacités manuelles, ce qui est un atout dans la recherche d'un emploi. Le revenu d'invalidité est donc de 26'393 fr.80 Le calcul du taux d'invalidité est donc le suivant: $65'121 \text{ fr.}35 - 26'393 \text{ fr.}80 \times 100 \text{ } /. \text{ } 65'121 \text{ fr.}35 = 59.47 \%$ Ce taux d'invalidité justifie l'octroi d'une demi-rente d'invalidité selon la LAI en vigueur en 2000. Ainsi, la décision sur opposition de l'OAI du 22 avril 2010 est bien fondée. Le recours est donc rejeté. Le recourant sera par ailleurs condamné à un émolument de 200 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant. 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 Irène PONCET La présidente Sabina MASCOTTO 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.