

GE_GERICHTE A/3488/2015 vom 8. März 2017

GE Cour de justice, 2017-03-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3488_2015

FR: GE_GERICHTE A/3488/2015 du 8 mars 2017

IT: GE_GERICHTE A/3488/2015 del 8 marzo 2017

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à MEYRIN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Sarah BRAUNSCHEIDT SCHEIDEGGER recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né le _____ 1968, marié, a été engagé le 1^{er} octobre 2001 par la Ville de Genève en qualité de gardien d'installations sportives, à un taux-horaire de 100%.!endif]>!if> 2. En arrêt de travail total depuis janvier 2005, l'assuré a déposé, en date du 6 février 2006, une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OAI). Il indiquait souffrir d'affections physiques multiples.!endif]>!if> 3. Le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a établi un rapport médical à l'attention de l'OAI en date du 28 mars 2006. Il a diagnostiqué des cervicobrachialgies chroniques, une sténose canalaire gauche C5-C6 et C4-C5 sur uncarthrose, une discopathie protrusive C4-C5 et C5-C6, une sténose canalaire droite C6-C7 et des lombalgies. L'incapacité de travail était de 100% depuis le 4 janvier 2005, pour une durée indéterminée. Au titre des limitations fonctionnelles, il mentionnait que le patient devait éviter de garder la même position du corps pendant longtemps, la position à genou, accroupie, de lever, porter ou déplacer des charges, de se baisser, un horaire de travail irrégulier, le travail en hauteur et les déplacements sur sol irrégulier ou en pente. La profession habituelle n'était plus exigible; dans une autre profession, par exemple dans un travail de bureau, la capacité de travail était de 100%, sous réserve d'une diminution du traitement antalgique. Dans un rapport du 5 janvier 2006 à l'attention du Dr B_____, le docteur C_____, médecin adjoint au département d'anesthésiologie, service de la douleur et salle de réveil, des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG), a diagnostiqué des cervicobrachialgies non déficitaires de longue date, une obésité, une dyslipidémie, une fibromyalgie et des troubles douloureux somatoformes persistants.!endif]>!if> 4. Dans un rapport du 29 mars 2006 à l'attention de l'OAI, la doctoresse D_____, interniste à la division de néphrologie des HUG, a diagnostiqué, sans effet sur la capacité de travail, une glomérulonéphrite de type glomérulosclérose segmentaire et faciale primaire existant depuis 2000. L'état de santé s'améliorait. L'activité exercée était encore exigible, sans diminution de rendement.!endif]>!if> 5. Dans un rapport du 25 septembre 2006 à l'attention du médecin-conseil d'ASSURA, assurance contre la perte de gain, le Dr B_____ précisait que la glomérulosclérose segmentaire et focale primaire au niveau rénal contre-indiquait la prise d'anti-inflammatoires per os. !endif]>!if> La doctoresse D_____, chef de clinique du service de néphrologie des HUG, indiquait dans son courrier du 19 octobre 2006 au médecin-conseil précité que l'assuré présentait une protéinurie associée à une insuffisance rénale stade 2. En raison de la glomérulonéphrite, le traitement consistait en un traitement anti-protéinurique, mais surtout

en l'éviction de tout produit néphrotoxique et notamment les anti-inflammatoires non stéroïdiens. 6. L'OAI a mis en œuvre une expertise et mandaté la doctoresse E_____, spécialiste FMH en médecine interne. Dans son rapport du 23 octobre 2006, l'expert a diagnostiqué avec répercussion sur la capacité de travail, un tassement de D9, une ostéopénie, des cervicobrachialgies gauches et des lombosciatalgies gauches. L'expert relevait que le bilan sanguin ainsi que le bilan phosphocalcique étaient sans particularité, que le bilan radiologique mettait en évidence une ostéopénie du rachis lombaire, des modifications dégénératives peu significatives au niveau lombaire, une déformation de la vertèbre D9 et une fusion C2-C3 sans instabilité. La fusion de C2-C3 était probablement d'origine traumatique, ancienne et asymptomatique. Il en ressortait de l'investigation extensive relative à la déformation de la vertèbre D9 qu'il s'agissait le plus probablement d'un tassement vertébral dont l'origine pouvait être traumatique ou ostéopénique. Il convenait d'assurer un suivi de sa masse osseuse et d'instaurer un traitement calcique. L'expert a noté la disparité entre l'anamnèse de douleurs fortes et chroniques par rapport à la mobilité conservée constatée lors de l'examen. Au vu de la chronicité des symptômes, du peu d'effet des antalgiques, de l'échec partiel de la prise en charge de la douleur, de la demande répétée du patient, du centrage sur ses douleurs, on pouvait se poser la question d'un trouble douloureux somatoforme chronique. L'expert a proposé une évaluation psychiatrique afin de confirmer le diagnostic de trouble douloureux somatoforme chronique et d'évaluer notamment l'existence d'un trouble de la personnalité et de troubles anxieux. Sur le plan professionnel, compte tenu des différentes pathologies du rachis, l'assuré ne pouvait plus exécuter de travaux lourds depuis le 4 janvier 2005. Il restait apte à exécuter des travaux légers, à porter des charges de 5 kg fréquemment et des charges de 10 kg occasionnellement. Il pouvait rester assis de manière prolongée. Un stage d'évaluation professionnelle serait utile. L'assuré, en incapacité de travail depuis le 4 janvier 2005, souffrait de cervicobrachialgies très gênantes depuis 2004. L'activité de gardien d'installations sportives était trop lourde pour lui et n'était plus adaptée à sa pathologie. Il restait en revanche apte à faire de la surveillance, à repeindre les bancs, effectuer de la petite réparation, du petit nettoyage, nettoyer les toilettes et les vestiaires. Dans une activité adaptée, il pouvait travailler à plein temps et plein rendement. ![/endif]>![if> 7. Le 18 septembre 2007, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision de refus de rente d'invalidité. Selon l'OAI, l'ancienne activité n'était plus exigible; en revanche, il était à même d'exercer une activité adaptée de type simple et répétitive à plein temps. Après comparaison des revenus avec et sans invalidité, son degré d'invalidité était de 20%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Par ailleurs, en raison du peu d'intérêt qu'il avait manifesté quant à la reprise d'une activité professionnelle, il apparaissait que la mise en œuvre de mesures professionnelles n'était pas indiquée.![endif]>![if> 8. Par l'intermédiaire de son mandataire, l'assuré a contesté ce projet de décision. Il a produit de nombreux rapports médicaux ainsi que des comptes-rendus d'hospitalisation aux HUG. ![/endif]>![if> 9. Le 22 novembre 2006, le conseil administratif de la Ville de Genève a informé l'assuré qu'après avoir pris connaissance des certificats médicaux concordants de son médecin traitant et du médecin-conseil de l'administration municipale, il était mis à la retraite anticipée pour cause d'invalidité, avec effet au 1 er janvier 2007. ![/endif]>![if> 10. Par décision du 20 décembre 2007, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité à l'assuré, compte tenu d'un degré d'invalidité de 26%.![endif]>![if> 11. L'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours en date du 24 janvier 2008, produisant de nombreuses pièces médicales.![endif]>![if> 12. Le 20 février 2008, l'OAI a annulé sa

décision et prononcé le renvoi de la cause à l'administration pour complément d'instruction et nouvelle décision. Après examen des arguments, des pièces produites et de l'avis du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après SMR) du 20 février 2008, il a décidé de reprendre l'instruction du dossier et d'effectuer une expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique. 13. Par arrêt du 5 mars 2008, la chambre de céans a pris acte de cette décision, déclaré le recours sans objet et rayé la cause du rôle (ATAS/273/2008). 14. L'OAI a mis sur pied une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique auprès du Bureau romand d'expertises médicales (ci-après BREM). L'assuré a été examiné par les docteurs F_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 11 juin 2009, les experts ont diagnostiqué avec répercussion sur la capacité de travail, une personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31) présente depuis l'enfance et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) présent depuis mars 2002. Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont diagnostiqué une dysthymie (F34.1) présente depuis 1990, une glomérulonéphrite de type glomérulose sclérose segmentaire et focale primaire présente depuis octobre 2000, un tassement de D9 probablement suite à un accident de scooter en 1995, une maladie de Scheuermann, une fusion de C2 et C3 et un status après une cure de tunnel carpien avec transposition du nerf cubital en 2004 (gauche) et 2005 (droit). Sur le plan somatique, l'assuré se plaignait de douleurs diffuses au niveau de tout le rachis depuis au moins 2002. Son histoire clinique était émaillée de multiples accidents, dont deux chutes de scooter. Le tassement de la vertèbre D9 déformait très peu la vertèbre et n'occasionnait pas de changement de la posture dorsale, de sorte qu'il ne pouvait pas expliquer les douleurs dorsales décrites. De même, la fusion C2-C3 ne permettait pas plus d'expliquer les douleurs cervicales. Les examens neurologiques avaient permis d'écarter une compression nerveuse ou un syndrome radiculaire. La maladie de Scheuermann n'avait pas de grande répercussion sur la posture. Quant à la glomérulonéphrite, la situation était stable et il n'y avait pas d'insuffisance rénale. L'expert a ainsi retenu le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux. Du point de vue rhumatologique, la capacité de travail était de 100% dans l'activité professionnelle de gardien d'installations sportives. L'expert psychiatre relevait à l'anamnèse que l'assuré avait fait un premier épisode de dépression à l'âge de 20 ans, puis un deuxième épisode en 2002. Entre ces épisodes, il s'était toujours senti un peu déprimé, mais également angoissé. Il aurait fait sept tentatives de suicide, une par veino-section de l'avant-bras droit dans le contexte d'une rupture et six tentamen par absorption médicamenteuse qu'il qualifie d'appels à l'aide. Il n'y avait pas eu d'hospitalisation en milieu psychiatrique pour ces six passages à l'acte. Depuis le 27 novembre 2007, il se rendait à la consultation du docteur H_____, psychiatre et psychothérapeute FMH. Il était sous traitement antidépresseur, anxiolytique et hypnotique. Il estimait que son état s'était amélioré depuis le début du suivi auprès de son psychiatre, qui était également accompagné d'une thérapie de la douleur auprès de la doctoresse I_____, spécialiste FMH en anesthésiologie, avec gestion psychologique de la douleur. L'assuré relevait la présence d'une angoisse, mais pas d'épisode d'anxiété paroxystique d'apparition subite et qui ne serait pas en lien avec des pensées ou des situations particulières. Sur le plan psychiatrique, les limitations fonctionnelles étaient l'impulsivité, la conflictualité, la querulence ainsi qu'une intolérance à la frustration. Au vu de la nature et de l'intensité des limitations fonctionnelles en lien avec la personnalité pathologique, seule une activité adaptée était possible et cela à 50%. « Dans un tel travail, l'assuré devrait jouir d'une relative autonomie,

mais dans un cadre structuré, l'activité ne devrait pas avoir lieu en équipe et il ne devrait pas avoir affaire à des clients ». L'assuré avait présenté deux épisodes de dépression de degré moyen à sévère clairement circonscrits, soit un trouble dépressif récurrent. Entre ces épisodes et jusqu'à ce jour, il avait souffert de dysthymie. Il n'y avait pas d'éléments suffisants pour atteindre le seuil diagnostique d'un épisode dépressif de degré même léger. Les douleurs persistantes intenses qui s'accompagnaient d'un sentiment de détresse n'étaient pas entièrement expliquées par une atteinte somatique et elles constituaient en permanence la préoccupation essentielle de l'assuré. Les critères diagnostiques pour un syndrome douloureux somatoforme persistant étaient donc vérifiés. Il existait une comorbidité psychiatrique partiellement invalidante, en ce sens que la personnalité émotionnellement labile, type borderline, atteignait une importance et une gravité suffisantes pour être partiellement incapacitante. Le trouble dépressif récurrent dans le passé et la dysthymie n'étaient pas en lien avec les douleurs. L'anamnèse mettait en évidence l'absence de diminution de l'intégration sociale ou de perte de l'intégration sociale dans tous les domaines de la vie. En l'absence de troubles ostéo-articulaires significatifs et objectifs, il n'y avait pas d'affections corporelles chroniques pour expliquer l'ampleur des plaintes. Par rapport à la présence d'un état psychique cristallisé, son évaluation dépassait le cadre d'une expertise, car elle nécessitait une exploration psychodynamique en profondeur. Par contre, les traitements conformes aux règles de l'art s'étaient montrés inefficaces. L'évaluation des critères concernant le syndrome douloureux somatoforme persistant montrait des arguments suffisants pour une atteinte partiellement incapacitante. En effet, on ne pouvait raisonnablement exiger que l'assuré fournisse un effort pour surmonter les douleurs ressenties que dans une certaine mesure, au vu de l'ampleur des manifestations de la personnalité psychologique. En définitive, la personnalité émotionnellement labile type borderline était entièrement incapacitante pour toutes les activités qui avaient été exercées dans le passé car elles avaient été empreintes de difficultés ainsi que de conflictualités et partiellement incapacitantes dans une activité adaptée à raison de 50% depuis toujours. A la lumière des critères jurisprudentiels actuels, le syndrome douloureux somatoforme persistant était considéré comme incapacitant à 50%. L'examen du 7 avril 2009 avait montré un état induisant des limitations fonctionnelles sur le plan psychique qui entraînaient une incapacité de travail totale durable (dans l'activité habituelle). En raison de ses troubles psychiques, et plus particulièrement en raison des effets de la personnalité morbide, l'assuré n'était pas capable de s'adapter à son environnement professionnel « tel qu'ils se sont présentés dans le passé ». Sur le plan psychique, des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables, mais il fallait tenir compte des limitations fonctionnelles, c'est-à-dire une difficulté à s'intégrer dans une équipe. 15. Dans un avis médical du 31 juillet 2009, la doctoresse J_____, médecin du SMR, a considéré que l'assuré présentait depuis qu'il est en âge de travailler une personnalité morbide entraînant les difficultés professionnelles. Lorsqu'il faisait un effort suffisant pour reprendre une activité à 100%, celle-ci n'était pas durable car pas adaptée. Compte tenu du trouble de la personnalité présent depuis l'adolescence, il y avait lieu d'examiner le dossier sous l'angle de la formation professionnelle initiale en tenant compte que l'assuré avait une certaine inactivité depuis longtemps. 16. Le 25 novembre 2009, le service de réadaptation de l'OAI a considéré qu'il y avait lieu de transmettre le dossier à un « psy » pour évaluation de la situation. Compte tenu des limitations, une activité dans l'économie paraissait difficilement envisageable. 17. Dans une note de travail du 8 février 2012, la réadaptatrice a indiqué que l'assuré avait demandé de reporter l'entretien du

même jour au motif que son état de santé s'était aggravé sur le plan vertébral et qu'il avait rendez-vous avec le docteur K_____, neurologue FMH.![endif]>![if> 18. Selon la lettre de sortie du service de neurochirurgie des HUG du 30 novembre 2012, l'assuré avait été hospitalisé pour des cervicobrachialgies chroniques C6 gauches probablement en relation avec une hernie discale C5-C6 diagnostiquée sur une IRM cervicale du mois de mai 2012 demandée par le Dr K_____. En raison de l'échec du traitement conservateur avec des anti-inflammatoires, Cortisone, infiltrations et physiothérapie, le patient avait été opéré le 15 novembre 2012 d'une discectomie C4-C5, C5-C6 avec mise en place de deux cages Fidji. Le 18 novembre 2012, il avait présenté une sensation d'oppression respiratoire, accompagnée de sudations profuses associées à une désaturation à 50%. Au vu de son état clinique, il avait été transféré aux soins intensifs pour prise en charge de la décompensation respiratoire hypoxémique sévère. Au titre des comorbidités actives, les médecins ont retenu une dépression, un diabète de type II insulino-réquerant, une glomérulosclérose segmentaire et focale confirmée à la biopsie rénale en 2005, traitée actuellement. ![endif]>![if> 19. Le 19 décembre 2012, le service de réadaptation de l'OAI a considéré que l'état de santé de l'assuré ne lui permettait actuellement pas d'entamer des mesures de réadaptation et a proposé de clore le mandat de réadaptation.![endif]>![if> 20. Dans un rapport du 21 janvier 2013, le Dr K_____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé depuis l'opération Cloward et que celui-ci présentait des douleurs aux bras et à la nuque. L'incapacité de travail était totale dans toute activité.![endif]>![if> 21. Par avis du 25 septembre 2013, le SMR a remarqué qu'il manquait des informations, notamment copies des lettres de sortie des HUG et copies des consultations spécialisées. ![endif]>![if> 22. L'OAI a recueilli les renseignements médicaux. Une IRM lombaire du 11 juillet 2013 a mis en évidence des séquelles de Scheuermann connues avec hyperlordose lombaire et horizontalisation sacrée, des discopathies circonférencielles L5-S1, un canal rachidien restant large, une lipomatose postérieure entraînant un défaut de LCR à l'étage L5-S1 sur les séquences myélographiques, ainsi qu'une souffrance facettaire avec épanchement intra-articulaire L4-L5 et L5-S1 prédominant du côté gauche. ![endif]>![if> 23. Par avis du 22 janvier 2014, le SMR a considéré qu'il se justifiait, au vu des informations reçues, de demander une expertise pluridisciplinaire avec des volets de médecine interne, rhumatologie, neurologie, diabétologie et psychiatrie.![endif]>![if> 24. Le 9 mars 2015, le Dr K_____ a adressé un rapport médical à l'attention de l'OAI. Outre les affections connues, il a diagnostiqué une obésité morbide et un syndrome sévère d'apnée du sommeil avec endormissement depuis 2012. Il a fait état d'un traitement médicamenteux important avec opiacés et d'une approche par infiltrations. L'incapacité de travail était de 100% depuis 2004 en raison des douleurs chroniques et de fatigue due tant au syndrome d'apnée du sommeil qu'aux médicaments.![endif]>![if> 25. Par courrier du 16 mars 2015 à l'attention de l'OAI, l'assuré a mentionné tous les troubles dont il souffrait depuis de nombreuses années, soit les troubles déjà connus, plus notamment une périarthrite des hanches bilatérale, une ostéoporose entraînant une obturation des trous de conjugaison associée à de fortes douleurs, une dépression importante en raison des douleurs et de l'état de santé chronique. Il a précisé que la prise d'un grand nombre de médicaments, notamment de quatre types de dérivés morphiniques et d'antidépresseur entraînait une léthargie très importante. L'apnée du sommeil diagnostiquée en 2013 avait pour conséquence l'absence de sommeil réparateur et un énorme besoin de dormir la journée. Il avait besoin d'aide pour les tâches ménagères et les courses. Les rendez-vous médicaux l'obligeaient à sortir de chez lui trois fois par semaine et à faire beaucoup d'efforts physiques, de sorte que le soir et le

lendemain de ces rendez-vous il était physiquement « K.O. ».[endif]>[if> 26. Dans un avis médical du 13 avril 2015, le docteur L_____, médecin SMR, a relevé qu'au vu des derniers éléments reçus (le rapport du Dr K_____ du 9 mars 2015 et le courrier de l'assuré), on constatait sans autre information que son état de santé psychique et physique s'était dégradé. Le Dr K_____ qualifiait le pronostic de défavorable et attestait une capacité de travail définitivement nulle pour toute activité. L'assuré faisait une description très sombre de sa vie quotidienne et on constatait un isolement social majeur avec une inactivité quasi-totale. Au vu de la répercussion majeure des atteintes psychiques, en particulier « le trouble somatoforme éventuel », il était manifeste que les critères de sévérité étaient complètement remplis. Il fallait donc considérer que maintenant la capacité de travail était définitivement nulle pour toute activité. Une demande d'allocation pour impotent pouvait être justifiée. [endif]>[if> 27. Dans une note de travail du 14 avril 2015, il est relevé qu'après discussion avec le Dr L_____, il fallait considérer que la date de l'aggravation à retenir était celle de l'intervention chirurgicale du 15 novembre 2012. La capacité de travail était donc nulle dans toute activité dès cette date. [endif]>[if> 28. Le 4 juin 2015, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet d'acceptation de rente. Au vu des documents en sa possession, l'assuré avait été en incapacité de travail à 100% depuis le 4 janvier 2005. Selon le SMR, sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle et de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Après comparaison des gains et sans abattement sur le revenu d'invalidité, le degré d'invalidité s'élevait à 62%. Dès le 15 novembre 2012, le SMR reconnaissait une aggravation de son état de santé et une capacité de travail nulle dans toute activité, de sorte que dès le 15 février 2013, son degré d'invalidité était de 100%. L'assuré avait droit à un trois quarts de rente dès le 1^{er} janvier 2006 et à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2013. [endif]>[if> 29. Par courrier du 7 juillet 2015, l'assuré s'est opposé à ce projet de décision, rappelant qu'il est en incapacité de travail à 100% depuis l'introduction de sa demande AI de 2006. A ce titre, il avait accompli un stage auprès de l'entreprise Realise afin d'évaluer son degré d'invalidité, qui avait été retenu à raison de 100%. [endif]>[if> 30. Par décision du 3 septembre 2015, l'OAI a maintenu sa position. Suite à son courrier du 7 juillet 2015, l'assuré n'avait fourni aucun nouveau document médical. Par conséquent, ledit courrier ne permettait pas de modifier la teneur de son projet.[endif]>[if> 31. Le 5 octobre 2015, par l'intermédiaire de son mandataire, l'assuré a interjeté recours. Il conteste le degré d'invalidité de 63% retenu pour la période du 1^{er} janvier 2006 au 31 janvier 2013. Il conclut, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision litigieuse et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} janvier 2006.[endif]>[if> 32. Par écriture complémentaire du 2 novembre 2015, le recourant relève que l'intimé a reconnu l'existence d'une incapacité de travail complète dans toute activité sur la base du tableau clinique qu'il présentait en 2012. Or, ce tableau clinique est parfaitement superposable à celui existant en 2006, date du dépôt de la demande. Il ressort également de son courrier adressé à l'intimé au mois de mars 2015 qu'il n'a pas connu, en dehors du diabète diagnostiqué en 2009 seulement, de nouvelle affection invalidante depuis 2005. L'opération intervenue en 2012 aux HUG avait pour but d'améliorer une pathologie qui existait de longue date, à savoir les problèmes cervicaux C4 à C6 tels que déjà décrits par le Dr B_____ en 2006. Il est dès lors totalement infondé de retenir une prétendue aggravation de l'état de santé dès cette date, alors que les tableaux cliniques et les facteurs personnels sont identiques à la situation qui prévalait en 2006, date du dépôt de sa demande. Il relève que le Dr H_____ n'a jamais été interpellé par l'intimé ou les experts alors même que les diagnostics retenus par ceux-ci et le Dr L_____ sont des

diagnostics psychiatriques. Il conclut, préalablement, à ce qu'il soit ordonné sa comparution personnelle et à l'audition des Drs K_____ et H_____.!endif]>[if> 33. Dans sa réponse du 21 décembre 2015, l'intimé conclut au rejet du recours. Il relève que les experts du BREM ont retenu une capacité de travail de 50% dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles psychiques. Le recourant a été opéré le 15 novembre 2012 d'une discectomie C4-C5 et C5-C6 avec mise en place d'une cage Fidji. Suite à cette intervention, il a présenté une décompensation respiratoire hypoxémique sévère. Selon le SMR, « à l'évidence, de la répercussion majeure des atteintes psychiques en particulier le trouble somatoforme éventuel, il est manifeste que les critères de sévérité (isolement social, comorbidité somatique, échec des traitements très lourds, état psychique cristallisé) sont complètement remplis ». Ainsi, au vu de l'échec du traitement conservateur et de l'aggravation suite à l'opération de 2012, une incapacité de travail de 100% est justifiée.!endif]>[if> 34. Par réplique du 19 janvier 2016, le recourant relève que l'entretien avec l'expert F_____ a duré quinze minutes, que ses plaintes somatiques n'ont pas toutes été prises en compte, que l'expert ne mentionne même pas les douleurs cervicales, ainsi que celles aux hanches et aux bras. Dans leur expertise, les médecins du BREM ne retiennent que des limitations psychiques et que l'activité de gardien d'installation sportive est adaptée sur le plan physique à raison de huit heures par jour. Pourtant, tous les médecins qui se sont prononcés ont retenu que l'activité antérieure n'était plus possible et que des limitations fonctionnelles importantes résultaient de ses troubles physiques et rhumatologiques. L'expert F_____ ne se prononce absolument pas sur le dossier radiologique ni sur les constatations de ses nombreux confrères. Il n'indique nullement pour quel motif son opinion diverge de celle de tous les médecins consultés auparavant et en particulier de l'experte nommée avant lui, la Dresse E_____. Il ne tient pas compte de la médication et des traitements. D'autre part, les experts du BREM retiennent bien un trouble somatoforme douloureux dont ils apprécient le caractère invalidant en fonction des critères jurisprudentiels en vigueur au moment de leur expertise. Or, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux et posé une nouvelle grille d'analyse de ces troubles et de leur caractère invalidant ou non. Ainsi, il convient d'examiner la situation à la lumière des nouveaux critères jurisprudentiels. Le recourant persiste dans l'intégralité de ses conclusions.!endif]>[if> 35. Par duplique du 10 mars 2016, l'intimé conclut au rejet du recours. Il considère que le rapport d'expertise du BREM remplit pleine valeur probante. La durée de l'entretien avec l'expert n'est pas un critère ayant une incidence sur la qualité et la valeur probante d'un rapport d'expertise. L'expert ne doit pas obligatoirement se mettre en rapport avec d'autres médecins. S'agissant des nouveaux critères jurisprudentiels concernant le trouble somatoforme douloureux, il se réfère à l'avis du SMR du 11 février 2016, joint en annexe. Selon le Dr L_____, dans leur rapport d'expertise du 11 juin 2009, les experts expliquent que si le recourant présente bien un trouble de la personnalité émotionnellement labile, il conservait encore à ce moment une vie sociale (contacts avec ses collègues de travail et ses amis). Il ne présentait pas de diminution de la vitalité, ni d'aboulie, ni de troubles neuropsychologiques (troubles de la concentration, de l'attention ou de la vigilance, ralentissement idéo-moteur). Il demeurait d'ailleurs très actif, avec des déplacements seul, réguliers, en voiture pour se rendre à son stage et un travail ou visionnage d'émissions de télévision sur son ordinateur. Il pouvait encore aider sa femme dans les tâches ménagères, les courses ou la cuisine. Par conséquent, l'état de santé de l'assuré s'est manifestement aggravé depuis 2009 avec des conséquences beaucoup plus

importantes au niveau de sa vie sociale et privée. La capacité de travail est donc bien de 50% jusqu'en novembre 2012, date de l'intervention chirurgicale. 36. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 6 avril 2016, le recourant a expliqué avoir demandé à effectuer un stage chez Realise du 1^{er} octobre 2008 au 1^{er} avril 2010, à 50%. Il s'agissait d'un atelier de réinsertion professionnelle. Il percevait CHF 500.- par mois. Sa mandataire a produit copie du bilan établi par l'association Realise – qui conclut à ce qu'un retour à l'emploi s'avère irréaliste – ainsi que copie du carnet de santé du recourant établi par la fondation des services d'aide et de soins à domicile (FSASD). L'intimé pour sa part a confirmé que sa décision pour le passé est fondée sur l'expertise du BREM du 3 mars 2009. Finalement, il avait renoncé à ce qu'une expertise multidisciplinaire soit ordonnée. Il souhaitait se déterminer suite au dépôt du rapport de l'association Realise. 37. Par écriture du 19 mai 2016, l'intimé a persisté dans ses conclusions. S'agissant de la date d'aggravation de l'état de santé du recourant, il se réfère à l'appréciation du SMR du 29 avril 2016, selon laquelle l'assuré a progressivement épuisé toutes ses ressources psychiques lui permettant de gérer les multiples atteintes à la santé. Il considère que l'aggravation est bien postérieure à l'intervention. S'agissant des activités adaptées, il est d'avis que le recourant pouvait mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle dans des activités telles que la surveillance et le contrôle de type informatique. Pour le surplus, il n'y a pas lieu de procéder à un abatement, dès lors que seule une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée a été retenue. En effet, en fixant le revenu d'invalidé en fonction du tableau TA1, niveau 4, tous secteurs confondus, il prenait déjà en compte le bas niveau des qualifications professionnelles, le « manque de connaissances linguistiques », ainsi que les limitations fonctionnelles. Selon l'avis SMR du 29 avril 2016, le Dr L_____ relève que dans son rapport d'août 2012, le Dr M_____ ne signalait pas de signe de sévérité et mentionnait un traitement uniquement avec anti-inflammatoires et antalgiques de niveau 1. Dans le compte-rendu d'hospitalisation de novembre 2012, les médecins indiquaient qu'une antalgie puissante était nécessaire et surtout que le recourant avait épuisé ses réserves sans ressentir une amélioration de ses douleurs. Par conséquent, l'aggravation de l'état de santé psychique du recourant était bien postérieure à l'intervention avec une recrudescence majeure des douleurs, un traitement antalgique très important et un effondrement de toutes ses ressources psychiques. Ainsi, il fallait s'en tenir aux conclusions précédentes, à savoir que la capacité de travail est bien de 50% jusqu'à la date de l'intervention chirurgicale de novembre 2012. 38. Dans ses dernières écritures du 13 juin 2016, le recourant relève que l'intimé n'explique pas en quoi sa situation se serait aggravée après l'intervention, qui avait précisément pour but d'améliorer son état de santé. L'avis du Dr L_____ ne permettait pas d'expliquer médicalement cette aggravation par des éléments concrets. Bien au contraire, son incapacité de travail de 100% existait déjà depuis le 1^{er} janvier 2006, comme l'atteste le bilan du stage effectué auprès de Realise. L'intimé n'explique pas non plus pourquoi il a renoncé à la tenue d'une expertise pluridisciplinaire qui aurait permis d'étayer ses propos. Le recourant a contesté l'absence d'abattement, au motif que celui-ci se justifiait pleinement. Il a requis son audition afin d'expliquer son état de santé entre le 1^{er} janvier 2006 et le 31 janvier 2013 et, sur le fond, a persisté dans ses conclusions. 39. Après communication de cette écriture à l'intimé, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des

contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).¹ Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.² Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur respectivement le 1^{er} janvier 2004, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.³ Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1^{er} janvier 2012, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). 4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).⁴ Au vu des conclusions du recours, le litige porte uniquement sur le degré d'invalidité retenu (63%) pour la période du 1^{er} janvier 2006 au 31 janvier 2013, plus particulièrement sur la capacité de travail exigible du recourant dans une activité adaptée. ⁵ 6. En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.⁶ Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir

en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2).

7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 consid. 3.1.; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

![[endif]]>![if> Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c, ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2)

8. La reconnaissance de l'existence 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 396 consid. 5.3).

![[endif]]>![if> Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant

professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail.

9. Dans un arrêt de principe du 3 juin 2015 (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 ; ATF 131 V 49 ; ATF 130 V 352). Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence.

Ces indicateurs sont classés comme suit : I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle » Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Axe « atteinte à la santé »

1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1).
2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé *lege artis* sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne

peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. A l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

3. Comorbidités La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif

des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitabile) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2). Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine). 10. 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 (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). d) Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique, le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères pertinents - lui permettent de surmonter ses douleurs. Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question

(juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leur les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales, ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 648/03 du 18 septembre 2004 consid. 5.1.3 et 5.1.4).

e) Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2 bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

f) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1).

11. Dans un premier grief, le recourant conteste la valeur probante du rapport d'expertise du 11 juin 2009 au motif que les experts n'auraient pas tenu compte de tous ses troubles physiques, que leurs conclusions quant à sa capacité de travail sur le plan physique dans son activité habituelle est contredite par tous les autres médecins et que l'expert psychiatre n'a pas pris contact avec le Dr H_____. En l'espèce, dans leur rapport d'expertise, les Drs F_____ et G_____ retiennent avec répercussion sur la capacité de travail, une personnalité émotionnellement labile, type borderline présente depuis l'enfance et un syndrome douloureux somatoforme persistant. Ils concluent à une incapacité de travail entière dans l'activité de gardien de stade et à une capacité de travail résiduelle de 50% depuis toujours dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, à savoir avec relative autonomie mais dans un cadre structuré, sans contact avec des clients et sans travail en équipe. Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme présuppose une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux suffisamment importants pour

constituer la cause essentielle du trouble selon le clinicien (Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes éditée par l'Organisation mondiale de la santé, 10^{ème} révision [CIM-10], ad F45.40; voir également ATF 141 V 281 consid. 2.1.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_533/2016 du 27 octobre 2016 consid. 4.2). L'expert psychiatre diagnostique un syndrome douloureux somatoforme persistant au motif que le recourant présente des douleurs persistantes intenses accompagnées d'un sentiment de détresse qui ne sont pas entièrement expliquées par une atteinte somatique et qui constituent en permanence sa préoccupation essentielle survenant dans le cadre d'une personnalité émotionnellement labile de type borderline. Il retient des limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie au vu de l'impulsivité du recourant, sa conflictualité, sa quérulence et son intolérance à la frustration. Par conséquent, il pose ce diagnostic en se basant sur les critères de classification de la CIM-10. S'agissant du trouble de l'humeur, il explique de façon dûment motivée pourquoi il ne retient pas un diagnostic d'épisode dépressif mais une dysthymie, eu égard à l'absence tant d'humeur anormalement déprimée en permanence et d'anhédonie, que de diminution de l'élan vital. Il précise que les variations de l'humeur du recourant - qui peuvent avoir lieu au jour le jour - sont réactives aux événements du quotidien et s'inscrivent dans le cadre de la personnalité émotionnellement labile, type borderline. Selon l'expert, l'angoisse signalée par le recourant n'est pas incapacitante car elle n'est pas psychologiquement destructurante. L'anxiété diffuse est une manifestation de la personnalité pathologique. En revanche, la personnalité émotionnellement labile, type borderline atteint une importance et une gravité suffisantes pour être partiellement incapacitante. Au regard de l'absence de diminution ou de perte d'intégration sociale dans tous les domaines de la vie et des limitations fonctionnelles psychiques retenues, le Dr G_____ évalue l'incapacité de travail dans une activité adaptée à 50%. Le recourant conteste les conclusions de l'expert psychiatre au motif qu'il n'a pas pris contact avec son psychiatre traitant. Or, même s'il eût été effectivement préférable qu'il s'entretînt avec ce dernier, l'expert jouit d'une large autonomie dans la manière de conduire son expertise, s'agissant notamment des modalités de l'examen clinique et du choix des examens complémentaires à effectuer, respectivement de ses sources de renseignements et il n'appartient pas au juge mais au praticien de décider s'il convient ou non de mettre en œuvre de tels examens, respectivement de demander des renseignements complémentaires (arrêts du Tribunal fédéral 9C_812/2014 du 16 février 2015 consid. 4.1 et 9C_715/2013 du 4 février 2014 consid. 4.1.3 et la référence). De plus, il n'existe aucun droit de l'assuré à un entretien de l'expert avec le médecin traitant (arrêts du Tribunal fédéral 9C_647/2013 du 12 novembre 2013, 8C_646/2012 du 14 mars 2013 consid. 3.2.1.1 et 9C_270/2012 du 23 mai 2012 consid. 4.2). Par conséquent, l'absence d'entretien de l'expert avec le psychiatre traitant n'a pas d'incidence sur la valeur probante de ses conclusions. Sur le plan somatique, le Dr F_____ ne diagnostique aucune atteinte à la santé avec répercussion sur la capacité de travail. Le recourant conteste son appréciation au regard notamment des conclusions du rapport d'expertise de la Dresse N_____ du 23 octobre 2006. Cette dernière considère que compte tenu des différentes pathologies du rachis, à savoir du tassement D9, de l'ostéopénie, des cervicobrachialgies gauches et des lombosciatalgies gauches, le recourant n'est plus en mesure depuis le 4 janvier 2005, d'accomplir des travaux lourds qui provoquent des douleurs en raison de cervicalgies très gênantes. Selon le rapport d'expertise de la Dresse N_____, le bilan radiologique de l'époque mettait en évidence une ostéopénie du rachis lombaire, des modifications dégénératives peu significatives au niveau lombaire, une déformation de la vertèbre T9 et une fusion C2-C3 sans instabilité. La déformation de la vertèbre D9 était un tassement

vertébral d'origine traumatique ou ostéopénique. Or, la Dresse N_____ n'est pas spécialiste en rhumatologie mais en médecine interne, au contraire du Dr F_____, et son appréciation a eu lieu avant qu'un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant ne soit posé par un psychiatre, diagnostic qui permet de relativiser les plaintes douloureuses du recourant sur le plan physique. Dans son appréciation somatique, le Dr F_____ tranche l'origine du tassement D9 en indiquant qu'elle est probablement traumatique car les examens de la densité osseuse n'ont pas mis en évidence d'ostéoporose, mais une ostéopénie, ce qui permet d'exclure une fracture sur insuffisance osseuse. Il relève que ce tassement D9 déforme très peu la vertèbre et n'occasionne pas de changement de la posture dorsale, de sorte qu'il ne peut pas expliquer les douleurs dorsales décrites. S'agissant de la fusion C2-C3, il précise que les examens neurologiques ont permis d'écarter une compression nerveuse ou radiculaire, de sorte qu'elle ne permet pas davantage d'expliquer les douleurs cervicales. Les conclusions du Dr F_____ sont effectivement en contradiction avec celles de la Dresse N_____ qui estime que le recourant n'est plus en mesure d'accomplir des travaux lourds depuis le 4 janvier 2005 compte tenu des différentes pathologies du rachis. Cette controverse au sujet de l'évaluation de la capacité de travail du recourant dans l'activité habituelle n'a pas d'incidence sur le degré de sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, seule déterminante pour apprécier son invalidité, mais seulement sur ses limitations fonctionnelles dans une activité adaptée. Or, la Dresse N_____ considère également que la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité adaptée est entière. S'agissant de la durée de l'examen rhumatologique, le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de préciser que la durée de l'examen n'a pas d'incidence sur la valeur probante du rapport d'expertise. Ainsi, il a jugé que la durée de l'examen clinique ne saurait remettre en question la valeur du travail de l'expert. Le rôle de ce dernier consiste notamment à se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref. La durée d'observation n'entre pas dans les critères retenus par la jurisprudence pour reconnaître un caractère probant à une expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_812/2014, op. cit., consid. 4.1 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 1084/06 du 26 novembre 2007 consid. 4). Contrairement à ce que soutient le recourant, le rapport d'expertise tient compte des divers examens radiologiques jusqu'au 31 mars 2009 et ce dernier examen, qui concerne la colonne lombaire et le bassin, ne mentionne aucune arthrose des hanches. Par conséquent, il tient compte de tous les troubles locomoteurs du recourant ayant une incidence sur sa capacité de travail. Etant donné que le mandat d'expertise est bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique, les experts n'avaient pas à mentionner toutes les maladies du recourant, notamment pas les maladies internes n'ayant pas d'incidence sur sa capacité de travail tels que le diabète, la hernie hiatale (mentionnée pour la première fois dans un rapport d'ultrason inguinal du 14 mars 2012) et l'obésité, étant précisé qu'ils relèvent toutefois dans leur rapport d'expertise un BMI de 29,8. Quant au syndrome sévère d'apnée du sommeil, il est décrit pour la première fois dans le rapport du Dr K_____ du 9 mars 2015, postérieur au rapport d'expertise, de sorte qu'on ne peut pas reprocher aux experts de ne pas l'avoir diagnostiqué. En définitive, le rapport d'expertise du 3 mars 2009 tient compte des plaintes du recourant, contient une anamnèse et repose sur les pièces médicales du dossier, ainsi qu'un examen clinique de rhumatologie et de psychiatrie. Aucun rapport médical suffisamment motivé ne comporte des éléments qui auraient été omis par les experts et susceptibles de mettre en doute leurs conclusions et appréciations, qui ne contiennent pas de contradiction. Par conséquent, ledit rapport d'expertise a pleine valeur probante. 12. a)

Dans un deuxième moyen, le recourant conteste les conclusions des experts au motif qu'ils ont apprécié le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux sur la base de critères jurisprudentiels qui ne sont plus valables. b) Une nouvelle jurisprudence ou un changement de celle-ci s'appliquent immédiatement et vaut pour les cas futurs, ainsi que pour les affaires pendantes devant un tribunal au moment de l'adoption de la nouveauté ou du changement (ex nunc et pro futuro ; ATF 140 V 154 consid. 6). A fortiori, une nouvelle jurisprudence s'applique immédiatement lorsqu'elle intervient avant le prononcé de la décision. Par conséquent, la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral de l'ATF 141 V 281 doit être prise en considération pour résoudre le présent litige. c) En l'espèce, les conclusions des experts concernant les répercussions du syndrome douloureux somatoforme persistant sur la capacité de travail du recourant se basent sur les anciens critères jurisprudentiels. Toutefois, les expertises mises en œuvre selon l'ancien standard de procédure ne perdent pas en soi valeur de preuve. Lors de l'application par analogie des exigences désormais modifiées en matière de droit matériel des preuves, il faut examiner dans chaque cas si l'expertise administrative et/ou juridique demandée – le cas échéant dans le contexte d'autres rapports médicaux réalisés par des spécialistes – permet ou non une évaluation concluante à la lumière des indicateurs déterminants. Suivant le degré et l'ampleur de clarification nécessaire, un complément ponctuel peut dans certaines circonstances suffire (ATF 141 V 281 consid. 8). Se pose dès lors la question de savoir si une expertise complémentaire psychiatrique est nécessaire. Tel ne sera pas le cas si le rapport d'expertise du 3 mars 2009 permet de déterminer si le syndrome douloureux somatoforme persistant est invalidant au regard des nouveaux critères jurisprudentiels. En l'occurrence, s'agissant des traitements conformes aux règles de l'art, les experts relèvent qu'ils se sont montrés inefficaces malgré une coopération optimale. De plus, le recourant a accompli de sa propre initiative un stage de réinsertion professionnelle à 50% chez Realise d'octobre 2008 à fin avril 2010. Selon le bilan du 13 juillet 2010 de Realise, un retour à l'emploi s'avère irréaliste au vu du taux de présence très en-dessous des attentes minimales pour un emploi sur la marché principal, malgré la bonne volonté du recourant et sa motivation. Une activité occupationnelle ne nécessitant pas absolument une présence régulière semble la solution la plus réaliste. Par conséquent, l'échec de la mesure de réinsertion professionnelle et des traitements conformes aux règles de l'art, malgré une collaboration optimale du recourant, permet de confirmer le degré de gravité des troubles psychiques et leur caractère invalidant. S'agissant des comorbidités, le recourant présente une personnalité émotionnellement labile type borderline entraînant des limitations fonctionnelles. Leur intensité ne permet pas d'exiger de sa part qu'il fournisse un effort pour surmonter totalement ses douleurs, mais seulement dans une certaine mesure au vu de l'ampleur des manifestations de la personnalité psychologique, afin qu'il mette en pratique à 50% sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. S'agissant du développement et la structure de la personnalité du recourant, l'expert psychiatre mentionne un développement psycho-affectif précoce et tardif marqué par des conditions défavorables qui ont affecté le processus normal de mise en place de la personnalité et ont été à l'origine d'une carence affective et d'un sentiment d'insécurité permanent. Il relève des dysfonctionnements durables dans le domaine des cognitions (perception de soi et de l'environnement), de l'affectivité, du contrôle des impulsions ainsi que dans le domaine interpersonnel depuis l'adolescence en tout cas. Ces dysfonctionnements se manifestent dans un type de situations variées et sont à l'origine d'une souffrance personnelle ainsi que d'un impact nuisible sur l'environnement social. Ils entraînent une instabilité sur le plan

professionnel avec des problèmes relationnels répétés au lieu de travail, ainsi qu'une difficulté à s'engager dans une relation de confiance et de réciprocité à long terme. Ces indications sur le développement et la structure de la personnalité du recourant permettent de retenir une interaction entre les troubles dégénératifs de la colonne vertébrale, le syndrome douloureux somatoforme persistant et la personnalité émotionnellement labile type borderline. Quant au contexte social, les experts indiquent dans le déroulement du quotidien que le recourant se rend en voiture à son stage de réinsertion professionnelle. Il aide sa femme pour les tâches de nettoyage, fait la cuisine ainsi que les emplettes et assume les tâches administratives. Il rencontre des amis une fois par mois environ. Au vu de l'interaction au quotidien avec sa femme et ses collègues de travail, de la rencontre mensuelle avec des amis, ils concluent à l'absence de diminution de l'intégration sociale ou de perte de l'intégration sociale dans tous les domaines de la vie. Dès lors, l'environnement social du recourant est plutôt positif et soutenant. En outre, le rapport d'expertise aborde les fonctions complexes du Moi, notamment le contrôle des affects et des impulsions puisqu'il retient qu'en raison de la personnalité émotionnellement labile type borderline, le recourant présente des limitations fonctionnelles sous forme d'impulsivité, conflictualité, quérulence et intolérance à la frustration. Selon les experts, en raison de ses troubles psychiques et plus particulièrement des effets de la personnalité morbide, le recourant n'est pas capable de s'adapter pleinement à un environnement professionnel, mais seulement partiellement au vu de ses limitations fonctionnelles. Par conséquent, il apparaît qu'en raison de l'existence de comorbidités psychiatriques et de l'ampleur des manifestations de la personnalité psychologique, le recourant n'est que partiellement en mesure de mobiliser ses ressources personnelles. Quant au poids de la souffrance, selon les experts, les dysfonctionnements durables de la personnalité du recourant entraînent une souffrance personnelle. Celui-ci suit un traitement à base d'antalgiques, d'antidépresseurs et d'anxiolytiques qui est sans effets. Depuis le 27 novembre 2007, il entreprend également un traitement chez un psychiatre et une thérapie de la douleur qui ont un effet bénéfique selon le recourant, mais n'entraînent pas d'amélioration significative. De plus, les limitations fonctionnelles psychiques du recourant se manifestent tant dans la vie professionnelle que privée, ce qui permet d'admettre leur cohérence et justifie de retenir leur caractère invalidant à raison de 50% au vu de leur importance et de l'ampleur des manifestations de la personnalité psychologique. En définitive, l'expertise du BREM permet de confirmer, en application de la nouvelle jurisprudence, un caractère invalidant partiel du syndrome douloureux somatoforme persistant, sans qu'un complément d'expertise ne soit nécessaire. 13. Dans un troisième grief, le recourant conteste que son invalidité ne serait entière qu'à partir du 15 novembre 2012, date de son opération. L'intimé retient une invalidité entière dès le 15 novembre 2012 au regard des explications du Dr L. _____ dans sa notice du 13 avril 2015 relevant que dans son rapport du 9 mars 2015, le Dr K. _____ fait état d'une dégradation de l'état de santé du recourant aussi bien sur le plan physique que psychique. Selon le médecin du SMR, au vu de la lettre du recourant du 16 mars 2015, ce dernier présente un retrait social majeur avec une inactivité quasi-totale. Il fixe la date de cette aggravation au 15 novembre 2012, soit à la date de l'opération intervenue à la suite de l'échec du traitement conservateur avec anti-inflammatoires, Cortisone, infiltrations et physiothérapie. Puis dans son avis du 29 avril 2016, il considère que l'aggravation de l'état psychique du recourant est bien postérieure à l'intervention de novembre 2012, avec une recrudescence majeure des douleurs, un traitement antalgique très important et un effondrement de toutes ses ressources psychiques. En l'espèce, il apparaît contradictoire de retenir comme date de

l'aggravation celle de l'opération de la hernie cervicale, soit une atteinte physique, alors que l'invalidité totale est justifiée par un retrait social majeur avec une inactivité quasi-totale, soit par des troubles psychiques. De plus, le Dr L_____ admet qu'au vu de la description que le recourant a faite de son état de santé en mars 2015, il ne dispose plus du tout de ressources personnelles mobilisables. Or, l'intimé ne pouvait pas fixer l'aggravation sur la base des seules déclarations du recourant sans instruire cette question sur le plan médical, notamment auprès du psychiatre traitant, ce qu'il n'a pas fait, de sorte que le dossier est insuffisamment instruit. Toutefois, au vu de ce qui suit, il n'est pas utile de procéder à un complément d'instruction. 14. En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), le droit à la rente au sens de l'art. 28 prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA), ou dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA).!<[endif]>!<[if> Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (cf. RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328; arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). Cependant, là encore, le caractère irréaliste des possibilités de travail doit découler de l'atteinte à la santé - puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGA) - et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels totalement étrangers à l'invalidité (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015, op. cit., consid. 4.2 et 9C_602/2015, op. cit., consid. 6.1). D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence). 15. En l'espèce, selon les experts, le recourant a une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité sans travail en équipe, sans contact avec la clientèle et dans un cadre structuré lui permettant de jouir d'une relative autonomie. Les experts ne précisent pas quelle activité correspond à de tels critères.!<[endif]>!<[if> L'intimé est d'avis dans son écriture du 19 mai 2016 que le recourant peut mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle de 50% dans des activités telles que la surveillance et le contrôle de type informatique et/ou sur écran. En l'occurrence, le

recourant est au bénéficiaire d'un certificat fédéral de capacité d'employé postal et a travaillé de 1996 à 2004 en tant que gardien d'installations sportives. Or, il n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante qu'il puisse mettre en pratique sa capacité de travail résiduelle sur le marché primaire du travail qui offre un éventail suffisamment large d'activités dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière. En effet, au vu des limitations fonctionnelles du recourant et de leurs caractéristiques, des activités simples ou de contrôle n'entrent pas en considération car elles impliquent un travail en équipe ou avec contact avec la clientèle ou sans relative autonomie. Ainsi que le service de réadaptation de l'intimé l'a retenu dans son avis du 25 novembre 2009, compte tenu des limitations du recourant, une activité dans l'économie paraît difficilement envisageable. Cette conclusion ressort également des constatations faites dans le bilan du 13 juillet 2010 de Realise à la suite du stage que le recourant a effectué à 50% du 1^{er} octobre 2008 au 1^{er} avril 2010 dans l'atelier de recyclage de téléphones portables. En effet, le référent relève que malgré la bonne volonté du recourant et sa motivation, son taux de présence est resté très en-dessous des attentes minimales pour un emploi sur le marché principal et constate une évolution de l'état de santé du recourant par cycle. Il conclut que sans amélioration de ce dernier, tout projet de retour à l'emploi s'avère irréaliste et qu'une activité de type occupationnelle ne nécessitant pas absolument une présence régulière semble la solution la plus réaliste. Dans un arrêt 9C_984/2008 du 4 mai 2009 consid. 5.2 et 6.2, le Tribunal fédéral a admis que les modifications structurelles que peut connaître le marché du travail sont des circonstances dont il y a lieu de tenir compte en matière d'assurance-invalidité lorsque la nature et l'importance de la pathologie constituent des obstacles irrémédiables à la reprise d'une activité lucrative, dans la mesure où un employeur ne prendrait pas le risque d'engager une personne fortement atteinte dans sa santé. Or, selon le rapport d'expertise, les limitations fonctionnelles en lien avec le trouble de la personnalité sont l'impulsivité, la conflictualité, la quérulence et l'intolérance à la frustration. Au vu de leur nature et de leur intensité, elles ne permettent au recourant de mettre en œuvre sa capacité résiduelle de travail à 50% que dans une activité sans travail en équipe et sans contact avec la clientèle, dans un cadre structuré lui permettant de jouir d'une relative autonomie. Par ailleurs, d'après les constatations faites lors du stage Realise, sa présence au travail dépend de son état de santé qui évolue par cycles alternant des périodes de légère amélioration et des périodes d'absences. Ces constatations confirment les explications de l'expert psychiatre relevant dans le rapport du 11 juin 2009 que le recourant présente des variations de l'humeur, qui peuvent avoir lieu au jour le jour en réaction aux événements du quotidien et qui s'inscrivent dans le cadre de la personnalité émotionnellement labile, type borderline. Par conséquent, sa capacité résiduelle de travail de 50% ne peut être mise en valeur que dans des conditions particulièrement restreintes, à savoir dans un environnement sans possibilité de conflit professionnel et social dus au travail en équipe, ainsi qu'aux contacts avec la clientèle et la hiérarchie, l'employeur devant au surplus s'attendre à de l'impulsivité, de la quérulence et de l'intolérance à la frustration, ainsi qu'une alternance de période d'absences et de légère amélioration. Aussi, la mise en pratique de l'activité exigible impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes, de sorte qu'il semble exclu que le recourant puisse trouver sur le marché primaire du travail un emploi correspondant à ses limitations. Au regard de l'impossibilité pour le recourant de trouver un emploi tenant compte de ses limitations fonctionnelles sévères, il faut admettre que son degré d'invalidité est de 100% depuis le début du droit à la rente, date qui n'est pas contestée par le recourant et n'est pas

contestable. En définitive, ce dernier a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2006. 16. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 3 septembre 2015 sera annulée au sens des considérants. Le requérant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 – RFPA; RS/GE 5 10.03). Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 1'000.-.

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :
Statuant À la forme :

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