

GE_GERICHTE A/4063/2017 vom 1. März 2018

GE Cour de justice, 2018-03-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4063_2017

FR: GE_GERICHTE A/4063/2017 du 1 mars 2018

IT: GE_GERICHTE A/4063/2017 del 1 marzo 2018

Erwägungen

E. 5

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié aux AVANCHETS, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Tania NICOLINI recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____, né le _____ 1972, d'origine kosovare et naturalisé suisse en 2009, est marié et père de six enfants nés entre 1995 et 2001. Sans formation, il a travaillé en Suisse depuis 1991 en tant que magasinier et dans le contrôle de fabrication à la papèterie B_____. En dernier lieu, il a travaillé en tant que monteur en cloisons métalliques au salaire horaire de CHF 31.20. Le 12 mai 2009, il a subi un accident. Alors qu'il était en train de charger du matériel dans une camionnette, il a glissé et est tombé. Dans sa chute, le carton qu'il portait lui était tombé dessus, selon la déclaration de sinistre de l'employeur du 20 mai 2009 à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : SUVA) qui a pris en charge les suites de l'accident dans un premier temps. Dans son rapport du 3 mars 2010, le docteur C_____, chirurgien et médecin d'arrondissement de la SUVA a rapporté que l'assuré portait sur l'épaule droite avec un collègue un paquet de profils métalliques d'un poids d'environ 20 à 30 kg pour le charger dans une camionnette, lorsqu'il avait glissé et était tombé en avant sur les genoux. Il avait alors ressenti une douleur lombaire. Actuellement, il souffrait toujours d'une douleur persistante en bas du dos. La profession de monteur de parois métalliques nécessitait beaucoup de manutention et de ports de charges. L'assuré était actuellement sous traitement d'anti-inflammatoires et d'antidouleurs. La physiothérapie n'avait eu aucun effet, voire avait aggravé les plaintes, raison pour laquelle l'assuré l'avait arrêtée. Il dormait mal et aucune position ne lui convenait. Il ne pouvait notamment pas rester assis longtemps. Au status, le médecin de la SUVA a notamment constaté aucun trouble dystrophique ni amyotrophie ni trouble de la sensibilité grossier au niveau des membres inférieurs. La force musculaire était symétrique et les réflexes présents et symétriques. Les examens radiologiques n'avaient pas identifié de lésions traumatiques, mais des troubles dégénératifs étagés sous forme de hernies discales multiples. Les conséquences délétères de la chute en avant sur les genoux étaient éteintes à la date de l'examen. Par décision du 15 mars 2010, la SUVA a informé l'assuré que, selon son médecin-conseil, les troubles qui subsistaient n'étaient plus dus à l'accident, mais exclusivement de nature malade. Cela étant, la SUVA mettait fin aux prestations d'assurance avec effet au 14 mars 2010. En novembre 2010, l'assuré a requis les prestations de l'assurance-invalidité. Dans son rapport du 25 février 2011, le Docteur D_____ a informé l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI) que l'état de santé de son patient s'était aggravé, dès lors qu'il souffrait également d'un ulcère gastrique, d'un trouble dépressif récurrent et d'un psoriasis depuis deux mois. L'évolution des atteintes était peu favorable, alors que la compliance était

optimale. Il y avait également une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. L'assuré bénéficiait par ailleurs d'une prise en charge psychiatrique. Un retour au travail pouvait être envisagé ultérieurement dans un autre métier au taux de 40 à 50 % au vu de l'évolution, dans environ deux ans.![endif]>![if> 7. Selon le rapport relatif à une IRM lombaire effectuée le 22 mars 2011, cet examen a mis en évidence un débord discal circonférentiel avec protrusion discale postéro-médiane droite sans conflit disco-radicaire à l'étage L2-L5, une hernie discale protrusive estimée à un tiers du canal en hypersignal inflammatoire T2 à l'étage L3-L4, une hernie discale médiane protrusive estimée à la moitié du canal en conflit au niveau postéro-médian avec les deux racines L4, lesquelles présentent des signes d'œdème, à l'étage L4-L5, et une protrusion discale postéro-médiane gauche venant au contact de la racine S1 gauche sans signe de souffrance à l'étage L5-S1.![endif]>![if> 8. Par courrier du 8 avril 2011, les docteurs E_____ et F_____ du service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) ont informé le Dr D_____ qu'on ne trouvait pas de déficit moteur sensitif au niveau des membres inférieurs, mais un signe de Lasègue positif à gauche à 30°. Les réflexes ostéo-tendineux étaient présents et symétriques. La marche sur les talons et la pointe des pieds s'effectuait sans difficulté. Une indication à un traitement chirurgical n'était pas retenue. Les médecins préconisaient le maintien d'un traitement conservateur.![endif]>![if> 9. Le 9 décembre (recte mai) 2011, l'assuré a eu un entretien avec le service de réadaptation. Selon le rapport d'évaluation du 17 mai 2011, l'assuré n'était pas prêt à envisager un nouveau poste de travail. Alors qu'une orientation professionnelle lui était suggérée, il n'en n'était pas preneur.![endif]>![if> 10. Le 23 mai 2011, l'OAI a informé l'assuré que, selon ses investigations, aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était actuellement possible en raison de son état de santé. Par conséquent, il poursuivait l'instruction médicale du dossier.![endif]>![if> 11. Le 14 juin 2011, le Dr D_____ a confirmé pour l'essentiel son rapport précédent.![endif]>![if> 12. Dans son rapport du 10 novembre 2011, la doctoresse G_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, a indiqué que l'assuré ne présentait pas de trouble psychiatrique. Il se plaignait de douleurs lombaires importantes, irradiant jusqu'au pied gauche et l'empêchant de se pencher en avant, ainsi que de vertiges et de troubles de la mémoire par moment. Il disait ne rien faire durant ses journées depuis son accident, restant allongé une partie de la journée chez lui à cause des douleurs et vertiges. Il avait de la difficulté à se projeter dans l'avenir. Si la situation perdurait et si l'OAI ne se prononçait pas en faveur d'une réadaptation, il avait peur de tomber en dépression. A cet égard, il a manifesté le désir d'être orienté vers une activité adaptée.![endif]>![if> 13. Le 23 avril 2012, le Dr D_____ a informé l'OAI que l'assuré souffrait d'une importante gêne lombaire chronique. Ses diagnostics étaient une double hernie discale bilatérale, une subluxation lombaire L4-L5, des troubles neurologiques au membre inférieur gauche, des troubles statiques lombaires, un status post-ménisectomie du genou gauche, une entorse chronique à droite et un état dépressif récurrent réactionnel avec psoriasis chronique. La capacité de travail était nulle, même dans une activité adaptée, et l'assuré n'était pas réadaptable.![endif]>![if> 14. Le 26 avril 2013, la Dresse G_____ a informé l'OAI que l'assuré attendait impatientement d'être convoqué par un centre d'expertise médicale. Le temps d'attente depuis huit mois avait entraîné une forte dégradation de son état psychique et physique. Ainsi, sur le plan somatique, il avait développé une hypertension artérielle et un eczéma sévère sur tout le corps, ainsi qu'une gastrite. Sur le plan psychique, il souffrait maintenant d'un état dépressif moyen à sévère avec idéations suicidaires actives. Les symptômes étaient une thymie dépressive, une labilité émotionnelle, des ruminations

anxieuses touchant au sentiment d'être dans une impasse avec une difficulté à se projeter dans l'avenir, une mésestime de soi, une aboulie, une anhédonie et des idéations suicidaires actives. Il ne souffrait toutefois d'aucun trouble de la personnalité. Actuellement, l'assuré était en incapacité de travail totale pour des raisons psychiques. [endif]>![if> 15. Par courrier du 20 décembre 2013, la Dresse G_____ a confirmé son rapport précédent et a invité l'OAI à reprendre d'urgence le traitement du dossier. [endif]>![if> 16. Le 13 juin 2014, l'assuré a été soumis à une expertise au Bureau d'expertise médical (BEM) par les docteurs H_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et I_____, psychiatre-psychothérapeute FMH. Dans leur rapport du 17 octobre 2014, l'expert psychiatre a émis le diagnostic d'épisode dépressif moyen et d'anxiété généralisée. Les plaintes spontanées sur le plan psychiatrique étaient des douleurs diffuses et chroniques, une fatigue quotidienne, un manque d'énergie et de motivation, ainsi qu'une démoralisation. Les symptômes psychiques étaient apparus vers 2010 et s'étaient aggravés en 2011-2012. Sur demande, l'assuré s'est plaint d'une perte de concentration et de difficultés à retenir des choses du présent. Il faisait aussi état de troubles dépressifs, de fatigue, d'une anhédonie, d'un sentiment d'incapacité, de difficultés de concentration, d'auto-reproches irrationnels, d'idées suicidaires et d'une inquiétude quant au futur. A cela s'ajoutait un syndrome somatique de la dépression. Le dosage du taux plasmatique de l'antidépresseur prescrit était nettement inférieur aux valeurs de référence et il en allait de même d'autres médicaments prescrits, ce qui accréditait l'hypothèse d'une mauvaise compliance générale. L'expert psychiatre n'a pas retenu de diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant, en l'absence de conflit émotionnel ou de problèmes psycho-sociaux importants pouvant être considérés comme la cause essentielle des douleurs. Cependant, le trouble dépressif et le trouble anxieux diminuaient le rendement de l'ordre de 40 % depuis avril 2013. Quant au pronostic, l'expert a rapporté que la psychiatre traitante était optimiste, comptant sur l'effet thérapeutique d'une réinsertion dans la vie active. L'expert était toutefois plus circonspect, en raison de l'attitude passive et dépendante adoptée par l'assuré depuis cinq ans, ainsi que sa fixation sur les douleurs et les limitations. Le refus réitéré de mesures de réorientation professionnelle avait pu être motivé par le projet de l'expertisé de s'orienter vers une activité indépendante. Il ne s'était cependant pas engagé dans des démarches actives et concrètes pour réaliser ce projet. Enfin, dans un délai de l'ordre d'un an, l'intensité des troubles psychiques à proprement parler devrait s'améliorer et conduire à une récupération de la capacité de travail. Sur le plan somatique, l'experte rhumatologue a émis les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de spondyloarthrose étagée, associée à des séquelles de la maladie de Scheuermann sans signe neurologique. L'assuré présentait une maladie disco-dégénérative rachidienne de présentation radio-clinique bénigne, décompensée passagèrement suite à une distorsion survenue en mai 2009. L'impotence fonctionnelle majeure évoquée dépassait les constatations objectives. L'examen clinique était parasité par des discordances en nombre. L'assuré souffrait également de gonalgies, lesquelles avaient été investiguées par un collègue rhumatologue. Celui-ci avait fait différentes propositions thérapeutiques que le patient n'était cependant pas motivé à suivre, notamment un programme de reconditionnement musculaire. Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ayant été écarté par l'expert psychiatre, la Dresse H_____ a retenu le diagnostic de douleurs chroniques irréductibles sans substrat organique objectivable. Il s'agissait vraisemblablement d'un processus de sensibilisation centrale à la douleur, tel qu'on pouvait le voir lors de troubles de l'humeur et lors de situations socio-professionnelles difficiles. Des facteurs sortant du champ médical avaient

pu interférer, l'assuré ayant souhaité un travail indépendant plutôt que les mesures proposées par l'assurance-invalidité. Au plan somatique, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit un travail physiquement moyen avec des charges répétitives de l'ordre de 5-6 kg et occasionnelles de 10-15 kg, sans position statique durable en porte-à-faux, permettant le changement des positions avec une part sédentaire d'un tiers environ. Étaient également proscrits la position à genoux prolongée, plus d'une heure d'affilée, le travail sur des échafaudages ou sur sol instable. [endif]>[if> 17. Lors d'un entretien téléphonique du 10 juillet 2014, la Dresse G_____ a fait part à l'OAI que la psychologue qui suivait l'assuré sous sa délégation craignait fortement qu'il « passe à l'acte » en cas de décision de refus de cette assurance. Cela étant, elle a invité l'OAI à l'avertir le cas échéant avant la notification d'un projet de décision, afin qu'elle pût préparer l'assuré à cette nouvelle. Celui-ci ne voulait pas être hospitalisé, car il avait six enfants à charge et sa femme ne parlait pas le français. Par courrier du 23 juillet 2014, ce médecin a confirmé sa demande.[endif]>[if> 18. Dans son avis médical du 6 novembre 2014, la doctoresse J_____ du service médical de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (SMR) a considéré que les douleurs chroniques irréductibles pouvaient être apparentées à un trouble somatoforme douloureux persistant, raison pour laquelle il y avait lieu d'analyser la situation en fonction des critères élaborés par le Tribunal fédéral en la matière, afin d'examiner si un effort de volonté pour surmonter les douleurs était exigible de la part de l'assuré.[endif]>[if> 19. Le 10 décembre 2014, les experts ont complété leur rapport à la demande de l'OAI. A titre de comorbidité psychiatrique, ils ont mentionné l'épisode dépressif moyen et l'anxiété généralisée apparus progressivement, dans l'année suivant l'accident pour le trouble dépressif et environ deux à trois ans plus tard pour le trouble anxieux. S'agissant de l'intégration sociale, l'assuré déclarait s'isoler de plus en plus sur le plan social, mais était bien intégré dans sa famille, avait une bonne relation conjugale et des contacts réguliers avec sa famille établie à Genève. Chaque année, il se rendait au Kosovo pour voir la famille qui y était restée. Les affections somatiques objectivables étaient très modérées. Il n'y avait pas d'état psychique cristallisé et figé depuis des années sans évolution possible. Par ailleurs, les troubles psychiques étaient significatifs, même s'ils n'étaient pas sévères, et diminuaient dans une certaine mesure la capacité de l'expertisé de faire face aux douleurs.[endif]>[if> 20. Dans son avis médical du 18 décembre 2014, la Dresse J_____ du SMR a constaté que l'activité antérieure lourde n'était plus exigible depuis l'accident. Toutefois, dès mars 2010, la capacité de travail dans une activité adaptée était entière. Ce faisant, ce médecin a écarté la présence d'un trouble somatoforme douloureux ou d'un trouble psychique invalidant, estimant que les critères du Tribunal fédéral pour reconnaître le caractère invalidant de tels troubles n'étaient pas réalisés.[endif]>[if> 21. Le 5 mars 2015, l'OAI a informé l'assuré qu'il le mettait au bénéfice d'une orientation professionnelle auprès des Etablissements publics pour l'intégration (EPI) du 9 mars au 7 juin 2015.[endif]>[if> 22. Dans leur rapport du 26 juin 2015, les EPI ont relevé n'avoir pas pu suivre la demande de l'OAI, à savoir de commencer la mesure d'observation à 50 % pendant la première semaine, puis d'augmenter progressivement le temps de travail à 100%, l'assuré ayant affirmé être dans l'impossibilité de travailler plus que quatre heures par jour. Le rapport d'orientation professionnelle a conclu que l'assuré ne maintenait actuellement pas les positions de travail, n'arrivait pas à suivre un rythme de travail équivalent à celui d'un poste dans le marché ordinaire et avait une résistance insuffisante pour une journée entière. Ainsi, la poursuite de la mesure par un

stage ne pourrait être mise en place avec succès et une réinsertion dans le milieu économique ordinaire ne semblait pas possible. Cela étant, le stage a été interrompu d'un commun accord le 26 avril 2015. Il est toutefois relevé dans ce rapport que l'assuré ne s'était pas montré excessivement démonstratif et qu'il possédait de très bonnes capacités d'apprentissage avec une autonomie presque totale. Cependant, les délais de réalisation étaient influencés par ses difficultés de concentration et son manque de continuité. Actuellement, son rendement n'était pas compatible avec les exigences du marché ordinaire de l'emploi. Sur le plan de l'intégration dans le groupe ou dans un milieu professionnel, il s'était montré à l'aise dans les contacts et respectueux dans l'écoute. Ses propositions étaient adéquates et en harmonie avec les activités et les attentes d'adaptation. [endif]>[if> 23. Le 23 juillet 2015, l'OAI a octroyé à l'assuré une mesure de réentraînement au travail aux EPI du 31 août au 29 novembre 2015. [endif]>[if> 24. Dans leur rapport du 28 octobre 2015, les EPI ont rapporté que l'assuré n'avait pas tenu une matinée complète dès le début et avait régulièrement demandé à partir au milieu de la matinée à cause de ses fortes douleurs. Malgré une adaptation du poste, le stage avait dû être interrompu à cause de la mise en arrêt maladie de l'assuré. [endif]>[if> 25. Dans le rapport final, non daté, concernant les mesures d'ordre professionnel, il était décidé d'interrompre la mesure de réentraînement au travail et de procéder à une évaluation médico-théorique de l'invalidité. [endif]>[if> 26. Le 30 novembre 2015, l'OAI a déterminé le degré d'invalidité de l'assuré à 35,1 %, en admettant une réduction du salaire statistique, retenu à titre de revenu avec invalidité, de 10 %. [endif]>[if> 27. Dans son avis du 23 décembre 2015, la doctoresse K_____ du SMR a attribué l'échec de la mesure d'orientation professionnelle au trouble somatoforme douloureux qui n'était pas du ressort de l'assurance-invalidité. Il était exigible que l'assuré surmontât ses douleurs pour mettre à profit sa capacité de travail à 100 %. [endif]>[if> 28. Le 7 janvier 2016, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il avait l'intention de lui refuser une rente d'invalidité et des mesures d'ordre professionnel, son degré d'invalidité étant insuffisant et une activité lucrative à 100 % dans un travail adapté étant exigible. [endif]>[if> 29. Par l'intermédiaire de son conseil, l'assuré s'est opposé à cette décision le 8 février 2016 en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité entière. Il s'est prévalu de ce que les Drs D_____ et G_____ avaient considéré qu'il était totalement incapable de travailler et que les experts avaient conclu à une baisse de rendement de 40%. Il était dès lors étonnant que le SMR eût considéré qu'il pouvait travailler à 100 %, alors qu'il avait dû mettre un terme à deux mesures professionnelles pour des raisons de santé et que l'OAI avait reconnu que son état de santé ne lui permettait pas de poursuivre une quelconque mesure d'ordre professionnel. Au demeurant, aucune proposition d'activité adaptée n'avait été formulée par l'OAI. [endif]>[if> 30. Le 16 septembre 2016, l'assuré a fait l'objet d'une deuxième expertise bidisciplinaire au BEM par les mêmes experts. Dans leur rapport du 26 janvier 2017, les experts ont retenu les diagnostics, avec incidence sur la capacité de travail, de dysthymie et d'anxiété généralisée. Sur le plan somatique, les diagnostics n'avaient pas d'incidence sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Il s'agissait des diagnostics de douleur chronique irréductible sans substrat étiologique défini, spondylarthrose, séquelles de la maladie de Scheuermann modérées sans signe neurologique, chondromalacie rotulienne, syndrome métabolique avec obésité et dyslipidémie, bursite du coude gauche, non inflammatoire, status après possible épisodes d'urolithiases à droite et après distorsion lombaire en 2009 sans séquelle objective radio-clinique, ainsi que status après arthroscopie du genou gauche et après gastrite. Quant au traitement sur le plan somatique, il y avait des

contradictions, dans le sens que l'assuré présentait une liste importante de médicaments, tel que l'Humira qui n'avait été pris qu'une quinzaine de jour pour des lésions cutanées psoriasiques légères, et de hautes doses de morphine sans présenter des signes cliniques d'imprégnation. De surcroît, l'assuré apprenait aux experts qu'il n'en prenait plus, lorsqu'ils avaient voulu vérifier la prescription chez le pharmacien. Selon l'assuré, on lui aurait également prescrit du Lyrica récemment, en raison de la résistante thérapeutique à la morphine. Toutefois, le monitoring thérapeutique de cette substance n'en relevait pas de trace dans le sang. Sur le plan psychique, la thérapie était conduite dans les règles de l'art. Quant à la coopération de l'assuré au cours des thérapies effectuées, il était difficile d'en juger sur le plan somatique. Sur le plan psychique, elle était bonne, selon la psychiatre traitante. En ce qui concerne la réadaptation, les efforts de l'assuré n'avaient pas été couronnés de succès pour des raisons sortant du champ médical somatique. Selon l'expert psychiatre, la réadaptation a échoué en raison des plaintes douloureuses, lesquelles n'étaient cependant pas justifiées par des atteintes somatiques objectives. Toutefois, la dysthymie pouvait légèrement aggraver la perception des sensations douloureuses, mais pas au point d'expliquer l'importance des plaintes douloureuses alléguées. Au niveau de la cohérence, le tableau comportait au plan somatique des incohérences dans l'anamnèse et au niveau de l'examen clinique. Selon les experts, la capacité de travail était nulle sur le plan somatique dans l'activité exercée jusqu'ici. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 100 % sur le plan somatique et de 80 % sur le plan psychique. Une capacité de travail totale dans une activité adaptée existait depuis 2010. Sur le plan psychique, dès avril 2014 jusqu'au jour de l'expertise, il y avait une incapacité de travail de 40 %. Les limitations fonctionnelles étaient les mêmes que celles définies lors de la première expertise du BEM, voire probablement surévaluées. Quant aux ressources du recourant, il était évoqué que l'assuré se rendait au Kosovo en voiture, ce qui constituait un voyage de seize heures. Cela était impossible pour des personnes souffrant d'une pathologie ostéo-articulaire significative. Or, l'assuré ne se plaignait pas de ce que ces déplacements aggravassent ses symptômes, et n'avait pas consulté durant cette période, ce qui attestait de bonnes aptitudes résiduelles. Son état de conditionnement et son état cutané, attestant d'une exposition solaire récente régulière, laissaient conclure à des ressources résiduelles et parlaient contre un état sédentaire complet. Dans l'appréciation médico-assécurologique commune, l'expert rhumatologue a relevé que l'assuré relatait une aggravation de son état douloureux en intensité et en expansion sur la surface corporelle depuis la dernière expertise en juin 2014. Les douleurs qui prenaient l'hémicorps gauche et l'avant-bras gauche, étaient décrites comme plus intenses en jonction cervico-dorsale et lombosacrée, le membre inférieur gauche étant constamment douloureux. Selon l'assuré, il restait principalement allongé sur son canapé, n'avait plus de contact avec l'extérieur, notamment ses frères. Toutefois, c'était un de ses frères qui l'avait amené à l'expertise et, lors du retour vacancier au pays, les frères avaient l'habitude de se suivre avec leur voiture respective et étaient réunis pour les vacances d'été. Il a déclaré spontanément conduire avec ses frères, mais quand on lui avait fait préciser la longueur des étapes, il s'était corrigé en disant qu'en réalité c'était son épouse qui conduisait plus volontiers que lui sur ces routes difficiles. Pour ses activités de la vie quotidienne, il ne dépendait plus de son épouse, comme il l'avait annoncé en 2014. Malgré l'arrêt de travail, le repos depuis 2009 n'avait pas apporté d'amélioration. Aucun traitement médicamenteux et physiothérapeutique ne l'avait soulagé durablement, si bien que son médecin lui avait prescrit de la morphine, ce qui n'avait pas non plus permis d'abaisser l'intensité douloureuse. Ces deux genoux lui faisaient mal sans qu'il y eût de

lâchage, de blocage ou d'épanchement. Les données subjectives étaient contradictoires et ne permettaient pas de reconnaître les critères habituels ni pour des douleurs mécaniques ni pour des douleurs inflammatoires. L'examen clinique objectif avait montré un homme de solide constitution, obèse, mais pas déconditionné. La musculature était globalement conservée. L'assuré disait ne sortir de chez lui que très occasionnellement pour des courses ou une marche de vingt minutes. Néanmoins, sa peau était bronzée aux zones découvertes. Il ne présentait pas de zones de décubitus, points d'impression contre lesquelles les personnes peu mobiles doivent lutter pour éviter des escarres, ni ankylose articulaire des patients chroniquement immobilisés. Son cardiologue ne l'avait pas non plus trouvé déconditionné au plan des performances cardio-respiratoires. A l'examen clinique, sa gestuelle et sa physionomie étaient variables d'un moment à l'autre, selon sa distractibilité. Il se montrait à la fois prompt, leste, voire très vigoureux dans les contre-pulsions, et ralenti et plaintif. Au niveau du rachis, il n'y avait pas de limitation évidente et reproductible, notamment pas de signe d'appel radiculaire ni irritatif ni déficitaire. Lors de l'épreuve de Lasègue, l'assuré contre-pulsait fortement, ce qui n'était pas compatible avec une pathologie discale compressive, dès lors que cela augmentait la pression intra-discale. Les signes de non-organicité étaient présents. Les discordances étaient également marquées par des signes de comportement douloureux selon Waddell et les critères de majoration du symptôme de Matheson. Le bilan radiologique était tout à fait rassurant. Il confirmait un trouble discret de la statique vertébrale, ce qui pouvait être considéré comme banal et non significatif. Le status articulaire radiologique rachidien, du coude gauche, du bassin et des genoux était également normal, compte tenu de l'âge du patient. Il n'y avait ainsi pas d'argument médical évident pour expliquer l'échec des mesures de réadaptation ni une incapacité de travail durable dans un travail moyennement éprouvant sur le plan physique ni dans un travail léger tel que celui qui lui avait été présenté lors de son stage aux EPI. Sur le plan psychiatrique, si l'assuré présentait des symptômes dépressifs sur le plan subjectif, les éléments dépressifs objectifs étaient quasiment absents. Par rapport au premier examen, il y avait ainsi une amélioration. Quant à la composante anxieuse du tableau clinique, elle était toujours présente, surtout au niveau subjectif. Cependant, il n'y avait pas d'éléments pour un trouble panique, diagnostic retenu par la psychiatre traitante. Le fait que l'assuré se rendait régulièrement dans son pays d'origine en voiture ou en avion incitait aussi à nuancer la sévérité des troubles psychiques allégués. Le traitement psychiatrique en cours était relativement lourd (antidépresseur, soutien psychiatrique et prise en charge par une psychologue) pour un tableau psychiatrique objectivement pas sévère. Les psychothérapeutes devaient être attentifs au risque de conforter l'expertisé dans l'identité d'invalidé qu'il avait adopté depuis plusieurs années. Enfin, il ressort de cette expertise que l'épouse est en bonne santé, mais n'envisage pas de travailler. Toute la famille avec ses six enfants est prise en charge par l'Hospice général.!

31. Dans son avis médical du 6 mars 2017, la doctoresse L_____ du SMR a considéré que l'expertise précitée était convaincante. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis l'accident, de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles dès mars 2010, de 100% avec une diminution de rendement de 40% dès avril 2013 et de 100% avec une diminution de rendement de 20% dès le 16 septembre 2016.!

32. Le 16 mai 2017, l'OAI a déterminé la perte de gain dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 20% à 38,3%. Compte tenu de la baisse de rendement incluse dans le calcul, il a considéré qu'il n'y avait pas lieu de faire un abattement supplémentaire pour tenir compte des limitations fonctionnelles. Les autres critères ne s'appliquaient pas.!

33.

Selon les calculs du 30 mai 2017 de l'OAI, la perte de gain de l'assuré dans une activité adaptée en 2013 avec une diminution de rendement de 40% était de 53,92%. !

34. Par décision du 7 septembre 2017, l'OAI a reconnu à l'assuré une demi-rente d'invalidité du 1^{er} avril 2014 au 31 décembre 2016 et lui a refusé les prestations pour la suite. Ce faisant, il a considéré que son état de santé s'était amélioré, en dernier lieu le 16 septembre 2016, amélioration qui devait être prise en compte trois mois après sa survenance. Le taux d'invalidité de 38 % n'ouvrait pas le droit à une rente.!

35. Par acte du 6 octobre 2017, l'assuré a recouru contre cette décision par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, sous suite de dépens. Préalablement, il a conclu à son audition, ainsi qu'à celle de ses médecins et de Madame M_____, psychologue. Il a relevé que son état de santé s'était aggravé fin décembre 2010/début janvier 2011, comme cela était constaté par le Dr D_____. C'était précisément à cette période, qu'il avait été reçu par l'OAI. Compte tenu de ce que son état de santé s'était aggravé, il avait alors indiqué ne pas se sentir prêt à envisager un nouveau poste de travail. Il était par ailleurs surprenant qu'aucune mention ne soit faite de cette aggravation dans l'expertise. Au demeurant, l'intimé a également reconnu qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible en raison de son état de santé. Les deux expertises du BEM étaient par ailleurs peu fouillées et ne tenaient pas compte des avis médicaux d'autres spécialistes. En particulier, l'expertise de septembre 2016 ne revêtait pas les qualités requises pour une expertise pluridisciplinaire. En effet, elle n'était ni détaillée ni étayée et les propos du recourant n'étaient pas rapportés dans leur substance. C'était tout au plus un questionnaire sur l'état psychique d'un patient et, d'évidence, l'expert psychiatre ne s'était basé sur aucun document médical récent de la Dresse G_____. Les conclusions sur le trouble somatoforme douloureux étaient également bâclées, la motivation étant inexistante, sauf à retenir des explications fausses, s'agissant de l'intensité de l'état dépressif et de l'entourage social du recourant. Le recourant a aussi critiqué que la dernière expertise n'eût pas été complétée par des rapports médicaux des Drs D_____ et G_____. Enfin, il a estimé qu'il y avait lieu de se référer aux avis médicaux de ses médecins traitants, en l'absence de valeur probante des expertises, pour admettre une incapacité de travail à 100 % depuis 2009 à ce jour. !

36. Dans sa réponse du 6 novembre 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours, considérant pour l'essentiel que les éléments apportés ne permettaient pas de faire une appréciation différente du cas. !

37. A la demande de la chambre de céans, la Dresse G_____ s'est déterminée le 1^{er} décembre 2017 sur les expertises dont le recourant a fait l'objet. Dans l'anamnèse, elle a mentionné que, peu avant l'accident en 2009, le recourant avait le projet, « son plus grand rêve », de se mettre à son compte et d'ouvrir une société de montage de cloisons métalliques. En dépit de son accident et du fait que son médecin lui avait dit d'y renoncer en raison des lésions objectivées, il avait dans un premier temps des difficultés à accepter d'abandonner son rêve d'indépendance, raison pour laquelle il n'avait pas été motivé par la réorientation professionnelle que lui avait proposée l'OAI en 2011. Lors de sa première évaluation psychiatrique en octobre 2011, elle n'avait pas encore constaté de trouble de l'humeur. Lorsque le recourant est venu la reconsulter le 25 janvier 2013, il présentait un état dépressif moyen à sévère avec des idées suicidaires actives. Il avait à ce moment-là renoncé à son grand rêve d'indépendance. A partir de février 2014, son état s'était amélioré sur le plan dépressif, grâce à une médication antidépresseur. Depuis octobre 2015, le trouble anxieux s'était aggravé avec des épisodes anxieux aigus accompagnés de vertiges, sensation d'étouffer, difficulté à respirer, palpitations et transpiration. Ces

épisodes étaient survenus lorsque le recourant sortait ou allait dans des endroits bondés comme des grands magasins. L'adaptation du traitement et la thérapie cognitivo-comportementale avaient permis une disparition progressive des attaques de panique à partir d'octobre 2016. Toutefois, une anxiété diffuse s'était maintenue. Depuis octobre 2016 à ce jour, l'état dépressif pouvait être qualifié de léger à moyen. Durant l'année 2014, les symptômes dépressifs étaient toutefois moins présents. La Dresse G_____ est partiellement d'accord avec les diagnostics du Dr I_____, dans le sens où elle considère qu'il n'y a pas de dysthymie, estimant que le diagnostic d'état dépressif majeur en rémission partielle au jour d'aujourd'hui semblait plus adapté. En effet, le recourant avait souffert pendant plus de six mois à partir de janvier 2013 d'un état dépressif majeur sévère. Par ailleurs, la Dresse G_____ s'est étonnée de ce que l'experte rhumatologue eût conclu à une absence de diagnostics sur le plan somatique avec incidence sur la capacité de travail. Avec le Dr D_____, elle avait admis que les substrats lésionnels expliquaient les douleurs du patient. Elle n'avait pas noté de divergences considérables entre les douleurs décrites par le patient et son comportement. Celui-ci ne pouvait tenir plus de trente minutes sur sa chaise, devait s'appuyer sur les accoudoirs du fauteuil pour se soulager le dos et, par moments, se lever durant l'entretien pour soulager les douleurs. La caractérisation des douleurs était précise et il venait chercher une médication pour soulager la symptomatologie anxieuse et dépressive, ainsi que ses troubles du sommeil. Durant les entretiens, il y avait une présence importante de la plainte somatique qu'elle avait mise sur le compte d'un manque de capacité d'introspection du recourant. Il ne souhaitait pas reparler d'événements douloureux du passé et tentait d'éviter les thématiques difficiles en entretien. Le recourant se rendait aussi régulièrement chez le Dr D_____, toutes les deux à trois semaines, pour bénéficier d'infiltrations aux corticoïdes et s'était fait prescrire une médication conséquente. La Dresse G_____ n'avait pas constaté une production intentionnelle ou une simulation de symptômes, ni de recherche de bénéfices internes ou externes. Il n'y avait pas de mensonges pathologiques ni un manque d'observance ni un manque de coopération. Par ailleurs, le Dr I_____ avait constaté une kinésiophobie dans l'expertise de 2014. Il s'agissait d'un signe que le recourant ressentait des douleurs. Partant, la Dresse G_____ a estimé qu'il était nécessaire de soumettre le recourant à une expertise par un autre rhumatologue. Au demeurant, en admettant que les lésions ne pouvaient expliquer l'ampleur des douleurs, il était impossible de faire un travail psychothérapeutique avec le recourant, en raison de sa carapace qui pouvait faire partie du mode de fonctionnement habituel des personnes souffrant de troubles somatoformes. En raison d'un tel diagnostic, ainsi que du trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission partielle, et de l'anxiété généralisée, une rente d'invalidité était justifiée. 38. A son rapport, la Dresse G_____ a annexé le rapport relatif à une IRM lombo-sacrée du 13 octobre 2017. Cet examen conclut à « Persistance d'une protrusion discale L5-S1 médiane et paramédiane gauche avec contact radiculaire S1. Débord discal circonférentiel L4-L5 avec sténose récessale L5 relative des deux côtés. » 39. Le Dr D_____ s'est déterminé sur les expertises dont a fait l'objet le recourant le 4 décembre 2017. Selon ce médecin, la situation médicale du recourant n'avait pas évolué de façon favorable à une reprise d'activité professionnelle, dès lors qu'il continuait à présenter les mêmes douleurs, ce qui ressortait aussi de la dernière expertise, selon laquelle la douleur était de 7/10 sur l'échelle des douleurs par rapport à 10/10 lors de l'expertise en 2014. Il continuait à bénéficier d'un traitement antalgique associé à des infiltrations, selon les épisodes douloureux aigus et invalidants. Il semblait à ce médecin que ces expertises avaient été établies sur la base de

l'attitude et du comportement du recourant et non réellement de son anamnèse et sa clinique. Au vu également des examens complémentaires dont le recourant avait fait l'objet, il n'était pas possible que le recourant simulât une douleur depuis des années. !

40. Dans un avis du 9 janvier 2018, le docteur N_____ du SMR a constaté que le Dr D_____ n'avait fourni aucun élément médical nouveau pour justifier son évaluation, dès lors qu'il insistait uniquement sur les plaintes douloureuses subjectives du recourant. Quant à la Dresse G_____, elle était d'accord avec l'appréciation du rendement par le Dr I_____, mais en désaccord avec l'évaluation rhumatologique de la Dresse H_____ et a insisté essentiellement sur la certitude des douleurs. Cependant, aucun des deux experts n'avaient émis des doutes sur la pertinence des douleurs, mais seulement sur l'origine organique de celles-ci. Le médecin du SMR a aussi noté que les aggravations psychiques étaient systématiquement concomitantes aux reprises des mesures professionnelles, soit au moment où le recourant était confronté à son sentiment d'invalidité. Quant à l'IRM du 13 octobre 2017, cet examen était tout à fait similaire aux examens précédents, notamment l'IRM du 24 mars 2011. Ainsi, les précédentes conclusions du SMR devaient être maintenues.!

41. Dans son avis du 11 janvier 2018, l'intimé a persisté dans ses conclusions, en se fondant sur l'avis du SMR précité. Il a souligné que l'allégation des douleurs devait être confirmée par des observations médicales concluantes et que la capacité résiduelle de travail devait être appréciée sur la base de critères objectifs.!

42. Par écriture du 12 janvier 2018, le recourant a également persisté dans ses conclusions. Il a mis en exergue que le Dr D_____ confirmait que sa situation médicale n'avait pas évolué de façon favorable à une reprise d'activité professionnelle. Ce médecin mettait aussi en question la valeur probante de l'expertise, estimant qu'elle était vraisemblablement basée sur des a priori et non pas sur l'anamnèse et l'analyse clinique de son état de santé. Par ailleurs, la baisse de rendement de 20 % constatée sur le plan psychiatrique par la Dresse G_____ s'avérait durable et constituait, conjointement à la kinésiophobie attestée par l'expert lui-même, un obstacle à une quelconque réinsertion professionnelle sur le plan psychiatrique. Le recourant a en outre affirmé que son état de santé physique empêchait toute réinsertion professionnelle, dans quelque domaine que ce soit, de sorte que son degré d'invalidité était de 100 %. Quant à la valeur probante de l'expertise, les experts n'avaient pas eu en mains les éléments pertinents nécessaires à leur analyse médicale, vu notamment l'absence de données médicales sur une période de deux ans. Il n'y avait ainsi pas lieu d'accorder davantage de valeur probante à l'expertise du BEM qu'aux rapports des médecins traitants. Le recourant a également estimé que, dans le cas où les stages d'observation professionnelle devaient prendre fin pour des raisons de santé et que cela était attesté médicalement par un arrêt de travail notamment, il convenait d'en tenir compte, faute de quoi ces stages n'auraient aucune utilité dans l'analyse de la capacité de travail. Il a ainsi contesté que les constatations faites à l'occasion d'un tel stage devaient céder le pas sur les données des experts fournies après le stage. Il était faux d'affirmer que les mesures de réadaptation professionnelle avaient échoué pour des raisons non médicales. Il était par ailleurs erroné de dire que son rêve de se mettre à son compte avait constitué un obstacle à la mise en place de mesures d'orientation professionnelle. Ce « rêve » avait été un frein à la prise de conscience de ses limitations physiques, ce qui expliquait qu'il n'avait pas été preneur d'une proposition de réinsertion professionnelle en 2011. Ce n'est que plus tard qu'il avait pris conscience de ses limitations. A titre subsidiaire, le recourant a contesté le calcul de sa perte de gain, dans l'hypothèse où une baisse de rendement de 40 % dès avril 2013 et de 20 % à partir de septembre 2016

devait être retenue. Il convenait en effet de tenir compte d'une réduction de 10 % des salaires statistiques pris en considération à titre de revenu avec invalidité. Selon ses calculs, le taux d'invalidité était de 61 % en 2013 et du même pourcentage en 2016.!

43. Sur ce, la cause a été gardée à juger.!

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) 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).!

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA). !

3. Est litigieux en l'occurrence le droit à une rente d'invalidité du recourant. !

4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).!

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

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

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 7. En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations. Par ailleurs, l'assuré doit avoir présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable.!

8. Selon la jurisprudence, l'art. 17 LPGA sur la révision d'une rente en cours s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif -, la date de la modification étant déterminée conformément à l'art. 88 a RAI (ATF 131 V 164 consid. 2.2 p. 165; 125 V 413 consid. 2d; arrêt du Tribunal fédéral 9C_134/2015 consid. 4.1 et les références). 8. Dans son arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281 , le Tribunal fédéral a abandonné la présomption prévalant à ce jour, selon laquelle les symptômes du type trouble somatoforme douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Néanmoins, l'analyse

doit tenir compte d'indicateurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (arrêt op.cit. consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). [endif]>![if> Dorénavant, la capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. L'évaluation doit être effectuée sur la base d'un catalogue d'indicateurs de gravité et de cohérence. 9. Dans la catégorie "degré de gravité fonctionnel", notre Haute Cour distingue entre le complexe "atteinte à la santé" avec trois sous-catégories, le complexe "personnalité" et le complexe "environnement social". [endif]>![if> a. En premier lieu, il convient de prêter d'avantage attention au degré de gravité inhérent au diagnostic du syndrome douloureux somatoforme, dont la plainte essentielle doit concerner une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Dans ce contexte, il faut tenir compte des critères d'exclusion, à savoir des limitations liées à l'exercice d'une activité résultant d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, telle qu'une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demandes de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que les plaintes très démonstratives laissent insensibles l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. également ATF 132 V 65 consid. 4.2.2). La gravité de l'évolution de la maladie doit aussi être rendue plausible par les éléments ressortant de l'étiologie et la pathogenèse déterminantes pour le diagnostic, comme par exemple la présence de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux. b. Un deuxième indicateur est l'échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art, en dépit d'une coopération optimale. Il n'y a chronicisation qu'après plusieurs années et après avoir épuisé toutes les possibilités de traitement, ainsi que les mesures de réadaptation et d'intégration. Le refus de l'assuré de participer à de telles mesures constitue un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. c. Un troisième indicateur, pour la détermination des ressources de l'assuré, constituent les comorbidités psychiatriques et somatiques. À cet égard, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme peut également être considéré comme une comorbidité psychiatrique, selon la nouvelle jurisprudence. d. Un quatrième indicateur est la structure de la personnalité de l'assuré pour l'évaluation de ses ressources. Il faut tenir compte non seulement des formes classiques des diagnostics de la personnalité, lesquelles visent à saisir la structure et les troubles de la personnalité, mais également du concept de ce qu'on appelle "les fonctions complexes du moi". Selon le Tribunal fédéral, "Celles-ci désignent des capacités inhérentes à la personnalité, qui permettent de tirer des conclusions sur la capacité de travail (notamment la conscience de soi et de l'autre, l'examen de la réalité et la formation du jugement, le contrôle des affects et des impulsions ainsi que l'intentionnalité [capacité à se référer à un objet] et la motivation ; Kopp/Marelli, [Somatoforme Störungen, wie weiter?] p. 258 ; Marelli, Nicht können oder nicht wollen?, p. 335 ss)" (arrêt op. cit. consid. 4.3.2). e. Enfin, dans la catégorie du degré de la gravité de l'atteinte psychosomatique, il y a également lieu de prendre en compte les effets de l'environnement social. L'incapacité de travail ne doit pas être essentiellement le résultat de facteurs socio-culturels. Au demeurant, pour l'évaluation des ressources de l'assuré, il y a lieu de tenir compte de celles qu'il peut tirer de son environnement, notamment du soutien dont il bénéficie éventuellement dans son réseau social (arrêt op.cit. consid. 4.3.3). 10. a. Dans la

catégorie « cohérence », notre Haute Cour a dégagé en premier lieu l'indicateur d'une limitation uniforme des activités dans tous les domaines de la vie. Il s'agit de se demander si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans l'activité lucrative, respectivement dans les actes habituels de la vie, d'une part, et dans les autres domaines de la vie (l'organisation des loisirs, par exemple), d'autre part. À cet égard, le Tribunal fédéral relève que l'ancien critère du retrait social concerne tant les limitations que les ressources de l'assuré et qu'il convient d'effectuer une comparaison des activités sociales avant et après la survenance de l'atteinte à la santé.!

b. Par ailleurs, la souffrance doit se traduire par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Il ne faut toutefois pas conclure à l'absence de lourdes souffrances, lorsque le refus ou la mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et exigible doivent être attribués à une incapacité de l'assuré de reconnaître sa maladie. Le comportement de la personne assurée dans le cadre de la réadaptation professionnelle, notamment ses propres efforts de réadaptation, doivent également être pris en compte. 11. Dans deux arrêts du 30 novembre 2017 (8C_841/2016 , 8C_130/2017), le Tribunal fédéral a en outre modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs, s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, en particulier aux dépressions légères à moyennes. En effet, les maladies psychiques ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient «résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 E. 3.3 p. 197; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1; 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.!

12. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est 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 LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement

valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). 13. 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. a. 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). b. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). c. En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral

9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1). 14. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

15. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

16. a. En l'occurrence, le recourant a fait l'objet de deux expertises bidisciplinaires par les Drs H_____ et I_____. Dans la première expertise, datée du 17 octobre 2014, l'expert psychiatre retient le diagnostic d'épisode dépressif moyen et d'anxiété généralisée engendrant une diminution de rendement de 40 % depuis avril 2013. L'expert rapporte toutefois également que le dosage du taux plasmatique de l'antidépresseur prescrit est nettement inférieur aux valeurs de référence et qu'il en va de même d'autres médicaments prescrits, ce qui accrédite l'hypothèse d'une mauvaise compliance générale. L'expert psychiatre ne retient pas le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant, en l'absence de conflit émotionnel ou de problèmes psycho-sociaux importants. En ce qui concerne le refus de mesures de réorientation professionnelle, il relève que ce refus a pu être motivé par le projet du recourant de s'orienter vers une activité indépendante, tout en précisant que ce dernier ne s'était pas engagé dans des démarches actives et concrètes pour réaliser ce projet.

Sur le plan somatique, l'experte rhumatologue émet dans sa première expertise les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de spondylodiscarthrose étagée, associée à des séquelles de la maladie de Scheuermann, sans signe neurologique. L'experte a qualifié cette pathologie de bénigne, décompensée passagèrement suite à une distorsion survenue lors de l'accident en mai 2009. L'impotence fonctionnelle majeure évoquée par le recourant dépasse les constatations objectives et l'examen clinique est parasité par des discordances en nombre. Le recourant souffre également de gonalgies, pour lesquels le rhumatologue traitant a fait différentes propositions thérapeutiques que le recourant n'était cependant pas

motivé à suivre, notamment un programme de reconditionnement musculaire. La capacité de travail est nulle dans la précédente activité, mais entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit un travail physiquement moyen avec des charges répétitives de l'ordre de 5-6 kg et occasionnelles de 10-15 kg, sans position statique durable en porte-à-faux, permettant le changement des positions avec une part sédentaire d'un tiers environ, sans position à genoux prolongée et travail sur des échafaudages ou sur un sol instable. Dans la deuxième expertise datée du 26 janvier 2017, le Dr I_____ retient une dysthymie et une anxiété généralisée. Toutefois, les symptômes dépressifs sont présents essentiellement sur le plan subjectif, les éléments dépressifs objectifs étant quasiment absents. La composante anxieuse du tableau clinique est également présente surtout au niveau subjectif. Il n'y a en outre pas d'éléments pour un trouble panique. Le fait que le recourant se rend régulièrement dans son pays d'origine en voiture et en avion permet aussi de nuancer la sévérité des troubles psychiques allégués. Quant au traitement psychiatrique en cours, il est relativement lourd (antidépresseur, soutien psychiatrique et prise en charge par une psychologue) pour un tableau psychiatrique objectivement pas sévère. La compliance thérapeutique est excellente selon la psychiatre traitante. Les taux plasmatiques du traitement antidépresseur étaient par ailleurs aux taux thérapeutiques. Pour le Lyrica (médicament prescrit notamment pour des troubles anxieux généralisés), la substance n'était pas détectable. Sur le plan somatique, la Dresse H_____ rapporte dans la seconde expertise que l'examen clinique objectif montre un homme de solide constitution, obèse, mais pas déconditionné. La musculature est globalement conservée. L'assuré dit ne sortir de chez lui que très occasionnellement pour des courses ou une marche de vingt minutes. Néanmoins, sa peau est bronzée aux zones découvertes. Il ne présente pas de zones de décubitus, points d'impression contre lesquelles les personnes peu mobiles doivent lutter pour éviter des escarres, ni ankylose articulaire des patients chroniquement immobilisés. Son cardiologue ne l'a pas non plus trouvé déconditionné au plan des performances cardio-respiratoires. A l'examen clinique, sa gestuelle et sa physionomie sont variables d'un moment à l'autre, selon sa distractibilité. Il se montre à la fois prompt, lesté, voire très vigoureux dans les contre-pulsions, et ralenti et plaintif. Au niveau du rachis, il n'y a pas de limitations évidentes et reproductibles, notamment pas de signe d'appel radiculaire ni irritatif ni déficitaire. Lors de l'épreuve de Lasègue, l'assuré contre-pulse fortement, ce qui n'est pas compatible avec une pathologie discale compressive, dès lors que cela augmente la pression intra-discale. Les signes de non-organicité sont présents. Les discordances sont également marquées par des signes de comportement douloureux selon Waddell et les critères de majoration du symptôme de Matheson. Le bilan radiologique est par ailleurs tout à fait rassurant. Il confirme un trouble discret de la statique vertébrale, ce qui peut être considéré comme banal et non significatif. Le status articulaire radiologique rachidien, du coude gauche, du bassin et des genoux est également normal, compte tenu de l'âge du patient. Il n'y a ainsi pas d'argument médical évident pour expliquer l'échec des mesures de réadaptation, ni une incapacité de travail durable dans un travail moyennement éprouvant sur le plan physique ou dans un travail léger tel que celui qui lui avait été présenté lors de son stage aux EPI. b. Ces expertises ont été effectuées en toute connaissance du dossier médical, prennent en compte les plaintes du recourant, reposent sur des examens cliniques très approfondis et contiennent des conclusions cohérentes et motivées. Il est par ailleurs inexact que les experts n'ont pas eu connaissance des appréciations des Drs D_____ et G_____. S'il est vrai que les rapports des médecins traitants ne sont pas mentionnés dans l'expertise, il ressort cependant de celle réalisée en 2016, que les experts ont pris des

renseignements auprès de ceux-ci par téléphone les 16 et 26 septembre 2016, renseignements qui sont consignés dans le rapport d'expertise (p. 10 s.). La chambre de céans ne peut pas non plus suivre le recourant en ce qu'il estime que les deux expertises du BEM étaient peu fouillées, notamment sur le plan psychiatrique. Au contraire, l'anamnèse, les plaintes rapportées et l'examen clinique paraissent très complets. Ainsi, il convient en principe d'attribuer aux expertises du BEM une pleine valeur probante. c. Le recourant justifie son refus de réadaptation professionnelle en mai 2011 par le fait que son état psychique s'était aggravé à cette époque, comme cela est attesté par le Dr D_____. Par ailleurs, à ce moment, il n'avait pas encore abandonné son rêve de devenir indépendant, n'étant pas encore conscient de ses limitations fonctionnelles. Cependant, cela n'est pas plausible. En effet, dans le rapport relatif à l'entretien du 9 mai 2011, il est rapporté qu'une opération d'une hernie discale est prévue. Cette information a dû être apportée par le recourant qui était donc tout fait au courant de son état physique, voire le noirissait, une telle opération n'ayant pas eu lieu. Par ailleurs, la Dresse G_____ atteste le 1^{er} décembre 2017 que, lors de la première évaluation psychiatrique en octobre 2011, soit après l'entretien de réadaptation professionnelle, elle n'a pas encore constaté de trouble de l'humeur. d. Le recourant se prévaut en outre des avis de ses médecins traitants à l'appui de son allégation, selon laquelle il est entièrement incapable de travailler. S'agissant du Dr D_____, il ne met cependant en cause aucun élément médical retenu dans les expertises, dans sa détermination du 4 décembre 2017. Comme le SMR l'a constaté dans son avis du 9 janvier 2018, il ne fournit pas non plus d'élément médical nouveau. En fait, le Dr D_____ se fonde sur l'évaluation de la douleur par le recourant, laquelle était de 7/10 sur l'échelle des douleurs dans la dernière expertise et de 10/10 lors de l'expertise de 2014. Il s'agit toutefois ici d'éléments tout à fait subjectifs qui ne concordent pas avec les atteintes somatiques objectivables. Quant à la Dresse G_____, elle justifie essentiellement l'incapacité de travail par le syndrome somatoforme douloureux et non pas par le trouble dépressif et anxieux. Sur le plan psychiatrique, elle semble être plutôt d'accord avec l'évaluation du Dr I_____, sous réserve d'une précision de diagnostic. e. Aussi bien le Dr D_____ que la Dresse G_____ relèvent qu'il est impossible que le recourant simule une douleur depuis des années, au vu des examens complémentaires et de la demande de soins constante. Toutefois, les experts n'affirment pas que cela soit le cas. Il n'en demeure pas moins que, dans les cas de douleurs intenses sans un substrat organique objectivable, il convient d'évaluer la capacité de travail selon les indicateurs élaborés par le Tribunal fédéral. Or, ceux-ci ne permettent pas de retenir un caractère invalidant des douleurs alléguées. En effet, la Dresse H_____ a observé des discordances entre les douleurs décrites et le comportement observé. La gravité de l'évolution des douleurs non objectivables n'est pas non plus rendue plausible par des éléments ressortant de l'étiologie et la pathogénèse, telle que la présence de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux. Ni l'expert ni la psychiatre traitante n'ont mis en évidence de tels éléments. Quant à l'échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art, il y a certes une chronicisation, mais non pas un épuisement de toutes les possibilités de traitement, ainsi que des mesures de réadaptation et d'intégration. Il est à relever également qu'en 2014 le dosage du taux plasmatique de l'antidépresseur prescrit était nettement inférieur aux valeurs de référence et qu'il en allait de même d'autres médicaments prescrits, ce qui accréditait l'hypothèse d'une mauvaise compliance générale. Quant aux ressources du recourant, il semble certes qu'il souffre de comorbidités psychiatriques sous forme d'une dépression légère, lors de la dernière expertise, et d'un trouble anxieux. Cependant, ni un trouble de la

personnalité ni des traits d'un tel trouble n'ont été retenus par l'expert et la psychiatre traitante. L'environnement social est également préservé, du moins au niveau familial, le recourant vivant avec son épouse et ses enfants. Il y a par ailleurs des doutes quant à la cohérence, à savoir une limitation uniforme des activités dans tous les domaines de la vie, dès lors que le recourant peut entreprendre de longs voyages en voiture dans son pays d'origine. Par ailleurs, alors qu'il dit ne sortir de chez lui que très occasionnellement, sa peau est bronzée aux zones découvertes, ce qui permet de douter que les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie. Certes les EPI constatent que le recourant ne peut être réinséré dans le milieu économique ordinaire, ne maintenant pas les positions de travail, n'arrivant pas à suivre un rythme de travail équivalent à celui d'un poste dans le marché ordinaire et manquant de résistance pour une journée entière. Il est en outre précisé dans le rapport des EPI que le recourant ne s'est pas montré excessivement démonstratif et qu'il possède de très bonnes capacités d'apprentissage avec une autonomie presque totale. Cependant, comme relevé ci-dessus, il n'en demeure pas moins que des atteintes somatiques objectivables avec incidence sur la capacité de travail dans une activité moyennement lourde n'ont pas pu être constatées par la Dresse H_____. Or, selon la jurisprudence susmentionnée, dans une telle situation, c'est l'avis du médecin qui prime. Ainsi, même en reconnaissant que le recourant souffre réellement de douleurs, lesquelles devraient être qualifiées de psychosomatiques, un caractère invalidant ne peut leur être reconnu, en vertu de la jurisprudence en la matière.

17. a. Sur le plan psychiatrique, selon la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral, il convient également d'examiner le caractère invalidant du trouble dépressif et de l'anxiété selon les indicateurs élaborés par notre Haute Cour pour le trouble somatoforme douloureux. Or, en l'occurrence, il paraît notamment discutable que l'indicateur concernant la cohérence soit rempli. En effet, il ne semble pas que le recourant présente des limitations fonctionnelles, sur le plan psychique, dans tous les domaines de la vie, notamment dans ses loisirs. Plusieurs éléments constituent un indice que tel n'est pas le cas, notamment les voyages en voiture au Kosovo, la peau bronzée du recourant aux zones découvertes et aussi son attitude lors du stage aux EPI. Certes, les problèmes de concentration qui sont relevés par les EPI peuvent être attribués à un trouble dépressif. Ils mentionnent également que le recourant est perdu et perplexe vis-à-vis de sa situation, ainsi qu'anxieux et très réactif au stress (p. 8 et 9 du rapport du 26 juin 2015). Toutefois, sur le plan de l'intégration dans le groupe et dans un milieu professionnel, il s'est montré à l'aise dans les contacts. Cela contraste avec ses déclarations lors de l'expertise réalisée en septembre 2016 où il a déclaré à l'expert psychiatre qu'il n'était pas du tout en mesure de reprendre une activité professionnelle en raison notamment de l'incapacité d'entrer en contact avec les autres. Sa déclaration, selon laquelle il passe la plupart de son temps dans l'appartement familial, allongé sur le canapé ou déambulant pour se détendre est aussi contredite par les bronzages constatés sur certaines parties de son corps. En outre, lors de la première expertise du BEM en 2014, l'expert psychiatre a constaté une mauvaise compliance, le dosage du taux plasmatique de l'antidépresseur prescrit et d'autres médicaments prescrits étant nettement inférieur aux valeurs de référence. Deux plus tard, la compliance à l'antidépresseur est bonne, et le trouble dépressif au demeurant nettement amélioré, mais non pas celle au Lyrica. Partant, sur le plan psychique, il est douteux que les indicateurs élaborés par le Tribunal fédéral permettent de conclure au caractère invalidant des troubles psychiques, sans pour autant vouloir nier la réalité de ceux-ci. b. Se pose ainsi la question d'une reformatio in peius. En effet, aux termes de l'art. 61 let. d LPGA, le tribunal cantonal

des assurances n'est pas lié par les conclusions des parties ; il peut réformer, au détriment du recourant, la décision attaquée ou accorder à ce dernier plus qu'il n'avait demandé ; il doit cependant donner aux parties l'occasion de se prononcer ou de retirer le recours. Cette disposition formalise, de manière plus générale, la jurisprudence concernant le respect du droit d'être entendu dans l'éventualité d'une reformatio in peius (arrêt du Tribunal fédéral C 259/03 du 13 février 2004, publié in RJB 140/2004 p. 752 consid. 2 et les références). Cette disposition a d'ailleurs son pendant en procédure genevoise à l'art. 89E LPA. Il ne s'agit toutefois que d'une faculté donnée au juge de réformer la décision attaquée en défaveur d'une partie, à laquelle il peut renoncer au vu de l'ensemble des circonstances (ATF 119 V 241 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 119/02 du 2 juin 2003 consid. 4). Or, en l'occurrence, la chambre de céans y renonce en raison notamment du fait que la jurisprudence a changé en cours de procédure et que, selon l'expert psychiatre, un trouble psychique véritable avec répercussion sur la capacité de travail a été mis en évidence. 18.

a. Quant à la perte de gain, 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 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

b. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

c. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). 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 129 V 222 consid. 4.3.1).

d. Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il y a par ailleurs lieu de réduire les salaires ressortant des statistiques en fonction de l'ensemble des circonstances personnelles et

professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). 19. En l'espèce, le recourant ne conteste pas les salaires retenus à titre de valide et d'invalidé. Il considère toutefois qu'il y a lieu de tenir compte d'un abattement de 10 % des salaires retenus à titre de revenu d'invalidé, comme lors du premier calcul de la perte de gain par l'intimé, pour tenir compte des limitations fonctionnelles. 20. Dans ses calculs des 16 et 30 mai 2017, l'intimé n'en a pas tenu compte, dès lors qu'une baisse de rendement de 40 % dès avril 2013 et de 20 % dès septembre 2016 pour des raisons psychiques est déjà comprise dans le calcul. Comme relevé ci-dessus, il est douteux qu'une diminution de rendement pour des raisons psychiques puisse être admise au vu de la nouvelle jurisprudence en la matière, la chambre de céans renonçant toutefois à une reformatio in peius. Partant, il n'y a pas lieu d'admettre un abattement supplémentaire pour tenir compte des limitations fonctionnelles sur le plan physique. De surcroît, selon l'expertise du BEM réalisée en 2016, les limitations fonctionnelles retenues sont probablement surévaluées au regard des pathologies somatiques objectivables du recourant. Pour ce qui concerne la perte de gain avec diminution de rendement de 40 %, il convient enfin de relever que le calcul du recourant est erroné. En effet, en admettant en 2013 un salaire avec invalidité de CHF 65'654.-, le salaire avec une diminution de rendement de 40 % est de CHF 39'392.-, comme l'intimé l'a établi. En procédant à un abattement supplémentaire de 10 %, il est de CHF 35'452.80, ce qui établit la perte de gain à 58,5 %, par rapport au salaire de valide de CHF 85'489.-, et non pas à 61 %. 21. Partant, le recours sera rejeté. 21. Dès lors que le recourant et sa famille sont pris en charge par l'Hospice général, il est renoncé à percevoir un émolument de justice. *** 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.