

GE_GERICHTE A/4067/2009 vom 28. September 2011

GE Cour de justice, 2011-09-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4067_2009

FR: GE_GERICHTE A/4067/2009 du 28 septembre 2011

IT: GE_GERICHTE A/4067/2009 del 28 settembre 2011

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 28.09.2011
A/4067/2009

A/4067/2009 ATAS/894/2011 du 28.09.2011 (AI) , PARTIELMNT ADMIS Recours TF déposé le 26.10.2011, rendu le 30.07.2012, ADMIS, 9C_793/2011 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/4067/2009 ATAS/894/2011 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 28 septembre 2011 5ème Chambre En la cause Monsieur R_____, domicilié à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître KVICINSKY Didier recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT R_____, ressortissant de l'ex-République fédérale de Yougoslavie, est né en 1952 au Kosovo, où il a effectué l'école obligatoire, avant de travailler comme ouvrier agricole. En 1983, il est venu s'établir en Suisse et, dès le 1^{er} juin 1987, il a travaillé en tant que couvreur pour le compte de l'entreprise X_____ SA. Son salaire s'élevait en dernier lieu à 4'950 fr. par mois, versé 13 fois l'an. Le 13 juin 2000, alors qu'il transportait des tuiles sur un toit humide, il a glissé, avant de tomber d'une hauteur d'un mètre sur un échafaudage. Lors de la réception, sa cheville droite s'est tordue et son épaule gauche a subi un choc. Le même jour, en raison de douleurs à la face externe du pied droit, il a consulté la Permanence Vermont-Grand Pré dont les médecins ont constaté, dans leur rapport du 21 juillet 2000, un œdème important au niveau externe du pied droit et ont effectué des radiographies qui ont révélé un arrachement du cuboïde du pied droit. Ils ont attesté une incapacité de travail entière depuis l'accident. L'assuré a repris le travail le 28 août 2000. Cependant, dans son rapport médical du 5 octobre 2000, le Dr L_____, chirurgien-orthopédiste, a attesté un nouvel arrêt de travail à 100% dès le 31 août 2000 en raison d'une enflure du pied droit et de douleurs à l'épaule gauche. Le 10 octobre 2000, l'assuré s'est soumis à une IRM de la cheville droite qui a révélé une irrégularité corticale de la base du cuboïde évoquant un petit arrachement osseux sans luxation et une tuméfaction du tendon jambier postérieur au niveau de son insertion distale évoquant une tendinopathie. L'arthro-IRM de l'épaule gauche pratiquée le 1^{er} novembre 2000 a mis en évidence une déchirure du bourrelet glénoïdien antéro-inférieur et une discrète arthrose acromio-claviculaire. L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) du 14 novembre 2000 au 10 janvier 2001. Une scintigraphie osseuse effectuée le 27 décembre 2000 a révélé une algo-neurodystrophie de stade II et III de la jambe ainsi que du pied droits. Dans son consilium psychiatrique du 24 novembre 2000, le Dr M_____, chef de clinique du service psychosomatique, a indiqué que son investigation n'avait pas permis de déceler un quelconque trouble psychopathologique. A défaut d'élément franc de la lignée dépressive, il avait constaté une humeur normale, un contact tout à fait bon et authentique, enfin, l'absence d'élément en faveur d'une détresse psychologique. Il n'avait mis en évidence ni anxiété, ni trouble affectif pathologique, ni

trouble patent de la ligne psychotique, ni, enfin, trouble de la personnalité atteignant un seuil diagnostique. Dans leur rapport de sortie du 24 janvier 2001, les Drs N_____ et O_____ du service de réadaptation générale ont noté, essentiellement, une limitation de la mobilité active de l'épaule gauche principalement en abduction, des douleurs de la région acromio-claviculaire lors de l'adduction horizontale, une légère hyperhémie de la cheville et du pied à droite en position déclive, une discrète limitation douloureuse des articulations tibio-tarsienne et sous-astragaliennne à la mobilisation et à la palpation. Ils ont diagnostiqué une algo-neurodystrophie de la jambe et du pied droits (M 89.00), une entorse de l'interligne de Chopart droit (S 93.6), des douleurs chroniques de l'épaule gauche (M 25.51), une exostose du tibia distal droit (M 89.36), une fracture-arrachement du cuboïde tarsien droit et une déchirure du bourrelet glénoïdien antéro-inférieur de l'épaule gauche (T 93.2 et T 92.8). Ils ont estimé que la capacité de travail dans l'activité de couvreur était nulle en raison de l'algo-neurodystrophie du membre inférieur droit et ont attesté une incapacité de travail totale du 14 novembre 2000 au 25 janvier 2001, à réévaluer en fonction de l'évolution. Le 22 juin 2001, l'assuré a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rééducation dans la même profession. Dans un rapport médical du 16 septembre 2001, le Dr L_____ a indiqué que l'état de santé était stationnaire et qu'une reprise de l'activité de couvreur lui paraissait illusoire. Il a précisé qu'une reconversion serait souhaitable, mais que la faible scolarisation du patient allait rendre cette démarche difficile. Le 1^{er} octobre 2001, le Dr P_____, chirurgien et médecin d'arrondissement de la SUVA, a procédé à l'examen médical final. A l'examen clinique, il a constaté une diminution de la mobilité de l'épaule gauche et de la cheville droite dans le cadre de douleurs et de contractions des muscles antagonistes. Il a diagnostiqué un status après fracture-arrachement du cuboïde tarsien droit et déchirure du bourrelet glénoïdien antéro-inférieur de l'épaule gauche. Il a fait état de signes d'amplification évidente se manifestant par une aggravation ostensible de la boiterie avec une flexion plantaire nettement meilleure lorsque le patient était observé à son insu, une réduction par contraction des antagonistes, une mobilité de l'épaule gauche meilleure lors du rhabillage que lors de l'examen en abduction antépulsion. Il a estimé que le patient ne pouvait plus marcher sur des terrains en pente, dans le cadre d'une activité de couvreur, en raison de l'atteinte du pied droit. En outre, il a considéré que l'assuré ne pouvait plus accomplir d'efforts avec port de charges moyennes à lourdes, de travail répété au-dessus de l'horizontale avec le membre supérieur gauche, mais que, dans la mesure où ces sollicitations n'étaient pas effectuées, sa capacité de travail était possible à plein temps et à plein rendement. Par courrier du 8 octobre 2001, la SUVA a estimé que l'état de santé était stabilisé et a mis un terme à la prise en charge des soins médicaux. Elle a informé l'assuré qu'elle lui reconnaissait une capacité de travail résiduelle qu'il devait mettre en valeur dans une activité adaptée à son état de santé. Pour lui permettre de trouver un poste de travail adapté, elle l'a avisé qu'elle continuait à lui verser l'indemnité journalière jusqu'au 28 février 2002 sur la base d'une incapacité de travail entière. Dans un rapport médical du 23 novembre 2001, le Dr Q_____, généraliste, a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, un status après entorse grave du pied droit avec fracture du cuboïde et tendinopathie du jambier postérieur, un syndrome douloureux de l'épaule gauche sur probable laxité post-traumatique avec déchirure du bourrelet glénoïdien antéro-inférieur, et, sans répercussion sur la capacité de travail, une spondylodiscarthose sévère C5-C6, des discopathies C3-C4, C4-C5 et C6-C7, enfin, une spondylose L2-L3, L3-L4 et une discopathie L5-S1. Il a mentionné une aggravation de l'état de santé. Le patient continuait à

se plaindre de douleurs à l'épaule gauche et au pied droit avec une importante limitation fonctionnelle. En outre, il a fait état de douleurs à la nuque et dans la région lombaire survenant au moindre effort et empêchant l'assuré de dormir. Le Dr Q _____ a fait pratiquer des radiographies des colonnes cervicale et lombaire qui ont révélé des discopathies avec spondylodiscarthrose et une spondylose. Par décision du 13 juin 2002, la SUVA a versé à l'assuré notamment une rente d'invalidité de 29% dès le 1^{er} mars 2002 estimant qu'il était en mesure d'exercer à 100% et sans diminution de rendement une activité légère dans différents secteurs de l'industrie à condition qu'il puisse travailler sur sol plat et sans effectuer des travaux au-dessus de l'horizontale avec le membre supérieur gauche. En raison de douleurs à l'épaule droite évoquant une lésion du sus-épineux, des radiographies et une échographie de l'épaule droite ont été pratiquées le 9 octobre 2002. Elles ont révélé une épaule droite d'aspect radiographique normal et un épaissement modéré du tendon sus-épineux avec un aspect hypoéchogène du tiers distal compatible avec une tendinite du sus-épineux sans calcification ou argument en faveur d'une déchirure. A la suite de l'opposition formée par l'assuré le 3 juillet 2002, la SUVA a confirmé sa position par décision du 2 décembre 2002 considérant que les troubles lombaires et cervicaux invoqués étaient dégénératifs et sans rapport avec l'accident du 13 juin 2000. Dans son rapport du 25 mars 2003, le Dr A _____, cardiologue, a posé le diagnostic d'extrasystolie ventriculaire monomorphe incessante. Le patient présentait depuis plusieurs mois une sensation de gêne thoracique intermittente, ce qui avait motivé la consultation. L'aspect monomorphe, l'origine infundibulaire et une échocardiographie dans les limites de la norme étaient des facteurs de bon pronostic. Le cardiologue a introduit un traitement médicamenteux à titre symptomatique. Dans un rapport médical du 1^{er} mai 2003, le Dr L _____ a fait état d'une aggravation progressive de l'état de santé en raison de la survenue de plusieurs lombagos nécessitant le port d'un lombostat et d'une augmentation des douleurs à l'épaule. Il a mentionné un changement de diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail, à savoir des lombalgies et un phlegmon au pouce gauche opéré deux fois. Une reprise du travail n'était pas possible car l'atteinte à la santé était trop importante et une reconversion professionnelle était vouée à l'échec en raison du faible bagage scolaire. Une IRM de la colonne lombaire effectuée le 12 février 2004 a révélé une discopathie modérée L4-L5 et plus marquée en L5-S1 avec protrusion discale circonférentielle non compressive, l'absence de hernie discale luxée et de canal lombaire étroit, enfin, la présence de trous de conjugaison libre. Dans un rapport médical du 27 février 2004, le Dr L _____ a posé un nouveau diagnostic de lombosciatalgies droites déficitaires. Il a expliqué qu'au début février 2004, l'assuré avait présenté un blocage algique lombaire aigu avec symptomatologie de sciatalgies droites associées à des fourmillements du pied, puisque les lombosciatalgies s'étaient aggravées avec l'apparition d'une diminution de la force du membre inférieur droit ainsi que des releveurs du pied, du jambier postérieur et des péroniers, d'hypoesthésies du dos du pied et de la face externe du mollet, enfin, d'une aréflexie globale. Le 16 juin 2004, l'assuré a été soumis à une expertise par le Dr B _____, rhumatologue et spécialiste en médecine interne et du sport. Dans son rapport du 21 juin 2004, l'expert a déclaré que la symptomatologie de la cheville et du pied droits ainsi que de l'épaule gauche, quoique fluctuante selon les jours, était restée stationnaire jusqu'au jour de l'expertise. L'assuré a précisé que, depuis l'accident, il ressentait des rachialgies chroniques lombaires et cervicales, mais qu'il les avait banalisées à l'époque et qu'elles n'avaient eu de cesse de s'aggraver en intensité et en fréquence ce qui avait nécessité l'examen radiologique du 3 octobre 2001. Il a décrit ces rachialgies comme

permanentes, diurnes et nocturnes, exacerbées par les mobilisations du tronc et de la nuque, les changements de temps et l'effort fourni durant la journée. Il a également fait état de douleurs permanentes, d'une part, aux deux épaules, mais prédominantes à gauche, diurnes et nocturnes, exacerbées en décubitus latéral et à la mobilisation, d'autre part, à la cheville et au pied droits entraînant une boiterie d'épargne, l'impossibilité de marcher sur une longue distance et l'apparition d'une enflure nécessitant du repos. Il a indiqué que ces rachialgies étaient restées stationnaires jusqu'au jour de l'expertise. L'assuré a décrit un bon moral et un soutien familial exemplaire. L'expert a diagnostiqué des rachialgies, omalgies gauches, podalgies et douleurs de la cheville droite chroniques dans un contexte d'amplification des symptômes, un status après neuralgodystrophie de la cheville droite, un status après entorse de la cheville droite, fracture du cuboïde droit et contusion de l'épaule gauche avec déchirure du bourrelet glénoïdien. Il a conclu à l'absence de limitations ostéoarticulaires manifestes et à la prévalence d'algies et de limitations actives non reproductibles. En outre, il n'a mis en évidence aucun signe irritatif aux membres inférieurs et aucun trouble sensitivo-moteur, à l'exclusion d'une hyposensibilité globale du membre inférieur droit sans respect radiculaire. Du point de vue rhumatologique, il a estimé que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité de couvreur et de 85% dans une activité adaptée tenant compte d'une diminution de rendement, à savoir épargnant les ports de charges au-delà de 15 kg, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, la marche prolongée principalement en terrain inégal et les mouvements répétitifs du bras gauche au-dessus de la tête. Compte tenu du manque de qualification professionnelle de l'assuré, de sa méconnaissance du français, de l'importance de la symptomatologie douloureuse et de son retentissement sur son quotidien, il a considéré que toute mesure de reconversion professionnelle était vraisemblablement vouée à l'échec. Par décision du 12 octobre 2004, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, aujourd'hui Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après: OAI), a refusé l'octroi de mesures professionnelles. Par décision du 23 novembre 2004, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière simple d'invalidité, une rente complémentaire pour conjoint et deux rentes complémentaires pour enfant du 1^{er} juin au 30 septembre 2001. Il a estimé que, selon la SUVA, son incapacité de travail était encore totale à l'échéance du délai de carence d'une année ce qui lui ouvrait le droit à une rente dès le 1^{er} juin 2001. Il a expliqué que, depuis lors, l'état de santé de l'assuré s'était amélioré, puis, stabilisé, en tant que, lors de l'examen final du médecin d'arrondissement de la SUVA, le 1^{er} octobre 2001, sa capacité de travail était entière dans une activité professionnelle adaptée (plein temps et plein rendement), alors que, sur le plan psychiatrique, une diminution de rendement de 15% pouvait être admise. En comparant le revenu que l'assuré aurait obtenu en 2001 chez X _____ SA avec le salaire statistique réalisable dans une activité adaptée pouvant être exercée sans formation préalable particulière, et en opérant une déduction de 10% pour tenir compte de la perte d'avantages liés à l'ancienneté et de son âge, il a retenu un degré d'invalidité de 32% ne permettant plus le versement d'une rente au-delà du 30 septembre 2001. Par courrier du 13 décembre 2004, le Dr L _____ s'est étonné de la durée limitée de la rente au 30 septembre 2001. Il a demandé à l'OAI de revoir sa position en additionnant l'invalidité accidentelle à l'invalidité médicale. Il a fait état d'une recrudescence des douleurs de l'épaule et du rachis lombaire qui rendait souhaitable une hospitalisation dans un service de rhumatologie afin de préciser l'origine de ces douleurs. Par décision du 4 août 2005, l'OAI a rejeté l'opposition formée par l'assuré à sa décision. Le 16 août 2005, le Dr L _____ a adressé à l'OAI un rapport établi le 14 juillet 2005 par les Drs C _____ et D _____, médecins au service de

rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). Il ressort de ce rapport que ces médecins ont examiné l'assuré les 18 mai, 2 juin et 13 juillet 2005 en raison d'un syndrome douloureux chronique. Ils ont diagnostiqué un syndrome douloureux chronique post-traumatique, des troubles dégénératifs avec discopathie L5-S1 et arthrose calcanéocuboïdienne droite. L'assuré se plaignait de douleurs cervicales irradiant au niveau des ceintures scapulaires bilatérales, principalement à gauche, et dans le bras gauche jusque dans les doigts sans trajet radiculaire, de douleurs mécaniques lombaires et à la charge du pied droit. Les médecins ont également signalé des réveils nocturnes, de l'asthénie, des sudations, des épigastalgies et une dyspnée d'effort les faisant suspecter un syndrome dépressif sous-jacent. L'assuré présentait en outre un déconditionnement physique provoquant des dysfonctions musculo-squelettiques probablement responsable d'une partie des douleurs. Les médecins ont préconisé un traitement de physiothérapie active et une prise en charge par un psychiatre. Ils ont également fait évaluer la capacité de travail de l'assuré dans leurs ateliers préprofessionnels et ont conclu à une incapacité d'assumer une activité professionnelle, même sans contrainte articulaire et en changeant régulièrement de position, en raison de l'exacerbation des douleurs. Par acte du 12 septembre 2005, l'assuré a recouru contre la décision sur opposition du 4 août 2005. Le 28 novembre 2005, il a versé à la procédure un rapport du Dr Q_____ du 28 novembre 2005 établi à sa demande et confirmant la suspicion d'un syndrome anxio-dépressif sous-jacent ainsi que la recommandation d'une prise en charge psychiatrique. Par arrêt du 30 août 2006, le Tribunal cantonal des assurances sociales, compétent à l'époque, a partiellement admis le recours et octroyé au recourant une rente d'invalidité entière du 1^{er} au 31 décembre 2001. Selon son calcul, le taux d'invalidité était de 38 % dès cette dernière date. Le Tribunal fédéral a déclaré irrecevable le recours du recourant contre ce jugement, par arrêt du 23 février 2007. Du rapport du 21 septembre 2006 du Service de rhumatologie des HUG, il ressort que l'assuré souffrait d'un syndrome douloureux chronique, de rachialgies, omalgies gauches, sciatalgies, cruralgies du membre inférieur droit et de podalgies de la cheville droite chronique dans le contexte d'un syndrome douloureux chronique, de troubles dégénératifs post-traumatiques de la cheville droite, d'un status après neuro-algodystrophie de la cheville droite et de troubles psychiatriques secondaires. Le patient se disait actuellement pire que lors de la consultation de rhumatologie en 2005. Il se plaignait de souffrir de douleurs diffuses, principalement au niveau du rachis, de l'épaule gauche, du membre inférieur droit et de la cheville droite. Les douleurs qu'il décrivait étaient invalidantes mais n'avaient pas de caractère inflammatoire, mécanique ou neuropathique. Elles étaient constantes, augmentées à l'effort ou lors des changements de météo. Il se disait peu soulagé par un traitement antalgique. A l'examen clinique, on notait un patient cachectique avec une grosse boiterie du membre inférieur droit et des positions antalgiques au niveau du rachis. La mobilité lombaire était satisfaisante. Toutefois, il existait un certain nombre de signes de non-organicité et des points douloureux de fibromyalgie. Le reste du status était inchangé par rapport au bilan précédent en 2005. Selon le rapport du Dr E_____ du 2 novembre 2006, l'assuré souffrait de douleurs diffuses, prédominant au niveau du rachis avec un tableau clinique évocateur d'une fibromyalgie, voire d'un trouble somatoforme douloureux. Ce médecin a estimé nécessaire de procéder à des examens supplémentaires et a préconisé la prescription d'un antidépresseur et l'exercice d'une activité physique régulière. Par ailleurs, il a noté qu'on conseillait habituellement des infiltrations et la prise d'un traitement antalgique. Toutefois, selon ce médecin, dans la plupart des cas, les résultats des traitements étaient assez décevants. Du rapport du 8 août 2007 du Centre d'accueil et

d'urgence des HUG, il résulte que l'assuré a présenté un épisode de malaise la veille avec sudation profuse et voile noir au moment de se lever, ainsi qu'une impression de mourir. Ce dernier a déclaré avoir souvent subi des épisodes identiques, mais jamais aussi forts. Il n'y avait pas de perte de connaissance ni d'autres symptômes associés. La Dresse F _____ a indiqué dans son rapport du 29 novembre 2007 qu'elle suivait le patient depuis mai 2006 environ toutes les trois à quatre semaines. Ses diagnostics étaient un trouble dépressif récurrent, épisode actuel de degré moyen, avec syndrome somatique (anorexie), un trouble hypocondriaque accompagné de forte anxiété, de sorte qu'il ne sortait plus de chez lui sauf pour les consultations, une tendance à l'anorexie mentale (amaigrissement). Elle administrait un neuroleptique et un orexigène principalement, le patient étant peu tolérant aux médicaments en raison de son status cardiaque. A cela s'ajoutait un trouble du rythme cardiaque (extrasystolie ventriculaire) et l'éventualité de malaises le conduisant aux urgences. Le patient vivait dans un relatif isolement et était complètement inapte à un emploi. Le 14 mars 2008, l'assuré a déposé une demande de révision, en se prévalant d'une aggravation de son état depuis le jugement précité. Il a indiqué que l'atteinte psychique persistait, en dépit d'un suivi régulier auprès de la Dresse F _____ depuis mai 2006. Il était par ailleurs également suivi au HUG pour des problèmes cardiaques. Ainsi, il a estimé qu'il n'était plus apte à reprendre une activité professionnelle et a demandé une rente d'invalidité. Dans son rapport du 27 avril 2008, la Dresse F _____ a émis les diagnostics de troubles de l'adaptation dépressivo-anxieux persistants avec comportement régressif, de personnalité asthénique (sans énergie, peur d'être seule, amaigrie), de personnalité dépressive (sentiment de vide, parlant souvent de suicide), de syndrome somatoforme douloureux, de trouble du rythme cardiaque, de personnalité borderline et de trouble de l'alimentation (anorexie). Elle a indiqué par ailleurs qu'il tolérait mal les médicaments qui lui provoquaient des effets secondaires. Sa capacité de travail était nulle depuis qu'elle le suivait, soit depuis mai 2006, à ce jour. Par courrier du 18 juin 2008, la Dresse F _____ a précisé que, dans des cas tels que présentait l'assuré, elle cherchait absolument à améliorer ses patients. Après avoir utilisé des moyens de la psychiatrie classique (soutien thérapeutique verbal et médicaments neuroleptiques), elle avait utilisé l'homéopathie. Néanmoins, elle a relevé les symptômes suivants: dépression mélancolique, fuyant la société, solitaire; il présentait un vide de ses souvenirs, de son discours et il avait parfois le regard fixe longtemps; il est un peu puéril; il présentait des secousses à la tête et au dos, des soubresauts spontanés ou déclenchés par le toucher ou une mobilisation; à cela s'ajoutaient des céphalées; il était presque anorexique, mais son estomac était néanmoins gonflé et saillants, sans organicité décelée; par deux fois, il avait eu des quasi évanouissements à sa consultation, de même qu'à son domicile (sa femme craignait de le laisser seul); s'y ajoutaient des palpitations et de l'arythmie ventriculaire. De l'avis de la Dresse F _____, cette pathologie relevait du Similimum de *Cicuta Virosa* qu'elle avait tenté de traiter par l'homéopathie. La causalité de ces symptômes serait due à un effet toxique de la ciguë vireuse. La pathographie homéopathique expliquait qu'elle serait due à un traumatisme impliquant des contusions portant sur l'axe cérébro-spinal. Ce médecin a estimé ainsi que le syndrome douloureux somatoforme n'était pas tellement à rechercher dans le système ostéo-articulaire, mais dans le système nerveux où un ébranlement sous-jacent avait pu développer des symptômes tardifs. Elle a dès lors complété ses diagnostics par un trouble de la personnalité et du comportement dû à un dysfonctionnement cérébral. Selon le rapport du Dr G _____ reçu à l'OAI le 31 juillet 2008, l'assuré souffrait de dorso-lombalgies chroniques communes, d'une déchirure du

bourrelet glénoïdien antérieur de l'épaule gauche. Il était très algique. Sa capacité de travail était nulle depuis le 5 octobre 2006. Dans son rapport du 18 août 2008, le Dr L_____ a repris ses diagnostics précédents, et a ajouté une suspicion de claudication intermittente des membres inférieurs et un récent épisode de probables vertiges paroxystiques. L'incapacité de travail de l'assuré était restée de 100 % depuis son rapport de 2001. Dans son courrier du 25 octobre 2008, la Dresse F_____ a indiqué à l'OAI qu'on pouvait s'être trompé avec l'assuré, en lui imputant une sinistrose. En effet, ce n'était pas tant son status ostéo-articulaire qui le faisait souffrir, comme on l'avait recherché, mais son status neurologique. Le patient était toujours céphalalgique et présentait des soubresauts, lesquels étaient actuellement très atténués, sous l'effet de l'homéopathie. Mais les céphalées persistaient et résistaient aux traitements. Il souffrait par ailleurs d'une dépression sévère qu'on pouvait qualifier de stupeur dépressive, laquelle répondait au neuroleptique Zyprexa. On ne pouvait pas augmenter ce médicament, sans lui causer des troubles cardiaques. A cet égard, elle a relevé qu'à deux reprises, le patient avait fait des malaises à sa consultation et plusieurs fois à domicile. Le patient ne sortait guère de chez lui, ne parlait pas, avait une figure pathétique et était anorexique. Son cas semblait évoluer vers une chronicité psychiatrique. Selon la Dresse F_____, il devrait bénéficier d'une rente d'invalidité. Sa femme était très dévouée (plus jeune, mais ne parlait pas le français). A la demande de l'OAI, l'assuré a été soumis à une expertise interdisciplinaire au Centre d'expertise médicale à Genève. Dans leur rapport du 4 mai 2009, fondé sur des examens rhumatologique et psychiatrique du 15 décembre 2008 et un examen cardiologique du 30 janvier 2009, les experts ont émis les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombalgies communes sur discopathie L5-S1 et de tachycardie ventriculaire non soutenue. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont mentionné des cervicalgies sur trouble dégénératif modéré avec spondylodiscarthrose C5-C6, des séquelles douloureuses de la cheville droite, une déchirure post-traumatique du bourrelet glénoïdien antéro-inférieur de l'épaule gauche, un syndrome douloureux somatoforme persistant depuis 2000 et une dysthymie depuis 2000. Selon les experts, il n'y avait que des limitations sur le plan physique dans les positions debout prolongées ou la marche prolongée en raison de la présence de troubles séquellaires post-traumatiques du pied droit sous forme d'une arthrose. La tachycardie ventriculaire expliquait les serremments thoraciques et les brefs malaises lors d'efforts, lesquels étaient dès lors déconseillés. L'assuré ne pouvait plus exercer une activité physiquement lourde, mais sa capacité de travail était totale dans une activité adaptée avec une baisse de rendement d'environ 15 %, en raison des douleurs chroniques qui s'aggravaient lors de positions prolongées. Les plaintes semblaient clairement majorées par rapport aux constatations cliniques. En effet, sur le plan somatique, les douleurs séquellaires du pied droit restaient plutôt modérées. A l'examen clinique, on ne notait aucun signe dystrophique. La palpation était sensible de façon diffuse avec une légère restriction de la mobilité de la tibio-tarsienne en flexion dorsale. Ces douleurs n'expliquaient pas la démarche caricaturale de l'assuré avec boiterie et non déroulement du pied droit à la marche. Quant aux douleurs lombaires, on notait une mobilité du rachis modérément limitée avec une palpation diffusément sensible sans souffrance segmentaire précise et sans contracture para-vertébrale. A l'examen neurologique, aucune irritation radiculaire ni déficit objectif neurologique n'était constaté. Les experts s'alliaient à l'appréciation du Dr E_____, en novembre 2006, selon laquelle les douleurs diffuses évoquaient principalement un syndrome douloureux somatoforme. Quant aux épaules, les médecins notaient une symptomatologie compatible avec une tendinopathie de la coiffe du rotateur

dans le cadre d'un conflit-acromial modéré. Cependant, la présence des douleurs diffuses lors de toutes les manœuvres limitait considérablement la spécificité des différents tests et indiquaient clairement une amplification, voire une majoration des symptômes. La surcharge tendineuse de l'épaule droite semblait modérée et il n'y avait pas de limitation significative dans une activité adaptée avec évitement de port de charges (pas plus de 10 kilos) ou d'activité les bras levés de façon répétitive au-dessus de l'horizontale. Il n'y avait pas non plus de limitations significatives dans une activité adaptée en raison des douleurs cervicales, lesquelles s'inscrivaient vraisemblablement dans un contexte de syndrome douloureux chronique avec un substrat organique relativement modéré (discopathie C5-C6). Sur le plan psychiatrique, l'expert psychiatre, le Dr H_____ retenait que le syndrome douloureux somatoforme était associé à un état dépressif sous la forme d'un trouble de l'adaptation avec une réaction dépressive prolongée. Selon lui, ce trouble était d'intensité légère, assimilable à une dysthymie. Il n'observait pas de ralentissement psychomoteur manifeste durant l'entretien et l'anamnèse ne permettait pas de déceler des épisodes dépressifs plus marqués par le passé, raison pour laquelle il excluait le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Selon l'expert psychiatre, il n'y avait pas non plus d'éléments en faveur d'un trouble anorexigène, l'assuré ne visant pas à diminuer le poids à volonté. Il n'y avait pas d'état dissociatif caractéristique, lequel se caractérisait essentiellement par une rupture de contact avec la réalité. Le rétrécissement du champ de pensée sur les douleurs (perte de fonction) ne constituait pas un empêchement de réintégrer le monde du travail. Par ailleurs, les douleurs ne paraissaient pas trop invalidantes, dès lors que l'assuré ne prenait pas de traitement antalgique conséquent. Il ne recevait pas de traitement antidépresseur, lequel serait susceptible d'améliorer son humeur et la perception de douleurs. Cependant, ses ressources personnelles étaient assez limitées. De l'évaluation cardiologique par le Dr A_____, il ressort que l'arythmie ventriculaire s'était aggravée depuis le dernier bilan de 2003 et qu'elle pourrait expliquer la symptomatologie des malaises. Le traitement bêtabloquant avait été majoré. L'assuré avait séjourné le 3 mars 2009 au Service de cardiologie qui avait proposé une ablation par radio-fréquence, ce que le patient avait refusé. Des activités physiques intenses étaient déconseillées, mais n'empêchaient pas une activité de type sédentaire. En résumé, les experts ont estimé qu'il n'y avait pas d'indices pour une aggravation de l'état ni sur le plan somatique ni psychique. Plusieurs indices parlaient pour une majoration et l'absence d'une adhérence à un traitement antalgique suffisant renforçait cette appréciation. L'assuré semblait être pris dans un processus de revendication. L'anamnèse ne révélait pas de désinvestissement social. Une aide au placement était indiquée. Dans son avis médical du 4 juin 2009, le Dr I_____ du SMR a retenu, sur la base de l'expertise, que la capacité était de 85 % dans une activité adaptée. Le 13 juillet 2009, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision de refus de prestations de l'assurance-invalidité. Par courrier du 18 juillet 2009, la Dresse F_____ a fait part à l'OAI de sa déception à la lecture de l'expertise psychiatrique du Dr H_____. Elle a relevé notamment que, dans le cas de l'assuré, bon nombre de médicaments étaient dispensés, mais qu'on avait dû se limiter à ce que le patient supportait. A plusieurs reprises, il avait été saisi de malaises à sa consultation, suite à des essais médicamenteux plus poussés. Le 14 septembre 2009, l'assuré a demandé une nouvelle évaluation de son degré d'invalidité et du droit aux prestations, par l'intermédiaire de son conseil. Il s'est étonné que le Dr H_____ n'ait pas examiné les critères déterminants fixés par la jurisprudence concernant l'exigibilité de réintégration dans le processus de travail en cas de trouble somatoforme douloureux. Or, il souffrait d'affections corporelles

chroniques depuis près de 10 ans et cette symptomatologie était inchangée, sans amélioration possible, ce qui était d'ailleurs confirmé par les médecins. Il apparaissait ainsi que le rapport du Dr H_____ n'était pas suffisamment motivé et ne répondait pas aux exigences posées par la jurisprudence. L'assuré a contesté en outre ne pas avoir adhéré à un traitement antalgique suffisant, dès lors qu'il se rendait régulièrement aux rendez-vous médicaux et suivait scrupuleusement les traitements médicaux prescrits. Il a fait enfin valoir que son état s'était aggravé par rapport à 2004 dans la mesure où une diminution de rendement avait déjà été établie pour des raisons psychiques et où il subissait aujourd'hui une baisse de rendement supplémentaire de 15 % due aux problèmes rhumatologique et cardiaque. La baisse de rendement totale était ainsi supérieure à 15 %. Dans son avis médical du 5 octobre 2010, le Dr I_____ du SMR a relevé que le Dr H_____ avait décrit un syndrome douloureux somatoforme persistant accompagné d'une dysthymie qui ne pouvait donc être considérée comme invalidant au sens de la jurisprudence. Il avait également indiqué que l'assuré ne prenait pas de traitement antidépresseur susceptible d'améliorer son humeur et la perception des douleurs. Or, l'assuré n'avait pas fourni la preuve qu'il prenait ses médicaments en fournissant un dosage sanguin prouvant le contraire. A défaut d'élément médical attestant une aggravation de l'état, le médecin du SMR a estimé qu'il n'y avait pas lieu de procéder à une nouvelle évaluation. Par décision du 9 octobre 2009, l'OAI a confirmé son projet de décision précité. Par acte du 12 novembre 2009, l'assuré recourt 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. Il estime qu'il est totalement invalide en raison des problèmes cardiaques et du trouble somatoforme douloureux. Par écritures du 31 mai 2010, le recourant complète son recours. Il fait valoir que l'expertise interdisciplinaire ne correspond pas aux exigences de la jurisprudence en matière de trouble somatoforme douloureux. Le recourant ne comprend par ailleurs pas comment l'expert psychiatre pouvait arriver à la conclusion que son état psychique n'avait aucune incidence sur la capacité de travail. Il estime par ailleurs que les éléments jurisprudentiels pour reconnaître au trouble somatoforme douloureux un caractère invalidant sont réalisés, dans la mesure où il souffre d'une dépression importante, présente un processus de maladie durable depuis plusieurs années, une perte d'intégration sociale, ainsi qu'une perte d'appétit et où les traitements ambulatoires conformes aux règles de l'art ont échoué. Le recourant conteste également que, selon l'évaluation cardiologique, il ne présenterait qu'une diminution de sa capacité de travail de 15 %. A cet égard, il souligne que son problème de tachycardie ventriculaire provoque des pertes de connaissance relativement fréquentes. Il fait également remarquer qu'il prend 22 médicaments différents par jour. En outre, la Dresse F_____ n'a pas administré des antidépresseurs. Elle lui a toutefois prescrit des médicaments homéopathiques. Ainsi, le recourant conclut, préalablement à ce qu'une nouvelle expertise pluridisciplinaire soit ordonnée. Pour le surplus, il persiste dans ses conclusions. Dans sa réponse du 23 juin 2010, l'intimé conclut au rejet du recours. En plus des ses précédents arguments, il rappelle qu'un état dépressif, même sévère, ne peut constituer une comorbidité psychiatrique à un trouble somatoforme douloureux, dès lors que ce type de maladie est considéré comme une manifestation d'accompagnement d'un tel trouble. Par ailleurs, le recourant ne remplit pas non plus les autres critères, étant précisé que la perte d'appétit ne fait pas partie de ceux-ci. Il ne subit ainsi pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, voyant encore quelques anciens collègues de travail, étant en contact avec son épouse et ses deux enfants, des amis et deux de ses sœurs. Il n'y a pas non plus un état psychique cristallisé, ni

échec de traitement en l'absence de diagnostic psychiatrique. Il ne reçoit par ailleurs pas de traitement antidépresseur, lequel pourrait améliorer son état. L'intimé estime ainsi que les diagnostics posés et les limitations fonctionnelles reconnues sont superposables à la situation prévalant au moment de la précédente décision entrée en force. Enfin, l'intimé ne juge pas nécessaire de mettre en œuvre des mesures d'investigation complémentaires. A la demande du Tribunal, le Dr A_____ lui fait savoir le 27 janvier 2011 qu'il ne peut se prononcer sur l'état actuel du recourant sans nouvelle évaluation cardiologique, notamment un électrocardiogramme sur 24 heures, voire un R-test sur 10 jours afin d'évaluer le nombre et la sévérité des tachycardies ventriculaires. A la demande de la Cour de céans, compétente depuis le 1^{er} janvier 2011, la Dresse F_____ précise le 9 février 2011 qu'elle voit le recourant un quart d'heure une fois par mois et qu'elle lui prescrit une boîte de Zyprexa 5mg qu'il va acheter en France où ce médicament est moins cher. Selon le patient, ce médicament lui fait du bien. Il s'achète également en France un médicament calmant le rythme cardiaque. Par ailleurs, elle établit un certificat médical d'incapacité de travail tous les mois pour l'assistant social du recourant. Elle précise en outre qu'elle a soigné le patient autrefois, mais qu'il ne paie plus l'assurance-maladie ni dès lors ses honoraires. De ce fait, il ne va pas chez les médecins ni à l'hôpital. Elle le reçoit à titre bénévole et ne sait pas à qui elle le confiera lors de son départ à la retraite. Le patient est maigre, se nourrit peu, est très plaintif et régressé. Sa femme doit le surveiller au domicile, car il fait des chutes par faiblesse en raison de la polyarthrose, ainsi que peut-être des extrasystoles. Il vit en retrait. Parfois, un ex-collègue lui rend visite. Selon l'appréciation de ce médecin, il présente un état de fatigue organique sur base d'une personnalité dépendante, voire immature. Sa situation est très précaire. Il ne peut manifestement pas travailler, ni être reclassé, ni s'intégrer dans quelle que vie active que ce soit. Par courrier du 1^{er} mars 2011, le recourant sollicite la mise en œuvre d'une expertise cardiologique. Lors de son audition en date du 13 avril 2011, le recourant déclare ce qui suit : "Mon cœur va mal, il « coince et tape ». Cela se manifeste tout le temps, mais particulièrement lorsque je fais un effort comme monter les escaliers. Avec le médicament, mon cœur se calme pendant 2-3 heures. Je ne sais pas pourquoi l'Hospice Général a arrêté de nous soutenir financièrement. Il est vrai que notre fils touchait alors une bourse de 13'000 fr. par an et que j'ai une rente de l'assurance accident. J'étais suivi par un assistant social auparavant. Cependant, cela n'est plus le cas aujourd'hui. Je ne me rappelle pas depuis quand. Je confirme qu'il s'agissait de M. S_____. Normalement, je devrais consulter un médecin pour mon cœur. Cependant, en raison de mes problèmes financiers, je m'en abstiens". A la même date, la Cour de céans entend son épouse, laquelle fait la déclaration suivante : "Mon mari est nerveux et souffre de beaucoup de maux de tête. Il est arrivé plusieurs fois qu'il est tombé, même à la maison. Je dois tout le temps rester avec lui et je l'accompagne aussi chez les médecins. Je pense que c'est à cause des maux de tête qu'il a des malaises et qu'il tombe. Dans les crises, il respire également avec beaucoup de difficultés. Lorsqu'il se couche, dans ces moments, il peut rester pendant 3 heures dans le lit sans bouger. Mon mari ne sort pas de la maison, sauf pour aller chez les médecins. Depuis trois ans, l'Hospice Général ne nous soutient plus. J'ignore pour quelle raison. Nous vivons avec la rente de l'assurance accident et l'aide de la famille. Je précise à cet égard que j'ai 4 frères et sœur à Genève. Quant aux paiements et démarches administratives, je m'en occupe, aussi, parfois, mes enfants. Jusqu'à son accident en 2000, mon mari était un homme joyeux et actif. Depuis cet accident, son état psychique s'est petit à petit dégradé. Mon mari n'a pas d'assurance maladie, en raison de nos problèmes financiers. Toutefois, il prend régulièrement ses médicaments, notamment

pour le cœur. Avec les médicaments, ses problèmes cardiaques ne posent pas de difficultés. Toutefois, je dois être attentive à mon mari, dès lors qu'il est très nerveux. Mon mari n'est pas capable de m'aider dans le ménage. Souvent, il n'est même pas en mesure de prendre un verre d'eau. Ce sont les proches qui achètent les médicaments de mon mari en France". A la demande de la Cour de céans, l'Hospice général l'informe le 2 mai 2011 que le recourant n'était plus revenu dans son Centre d'action sociale et n'a plus donné de nouvelles à son assistant social depuis février 2008, raison pour laquelle il n'a plus été aidé depuis cette date. Le 8 juin 2011, le Service de l'assurance-maladie (ci-après: SAM) fait savoir à la Cour de céans que le recourant est affilié depuis le 1^{er} janvier 2011 à la caisse-maladie EASY SANA et qu'il faisait partie, avant cette date, de La Caisse Vaudoise. Par ordonnance du 15 juin 2011, la Cour de céans enjoint le recourant à consulter le Dr A_____ dans un délai échéant au 29 août 2011 et l'informe qu'à défaut, elle statuera en l'état du dossier, en ce qui concerne les atteintes cardiaques. Le dernier jour de l'échéance de ce délai, le mandataire du recourant informe la Cour de céans que celui-ci n'a pas encore pu consulter le Dr A_____ et qu'il craint que, du fait qu'il ne s'acquitte d'aucune prime d'assurance-maladie, le coût de "l'expertise médicale" de ce médecin ne soit mis à sa charge. Le conseil n'ayant été averti que le 16 août dernier que le recourant n'avait pas encore consulté le Dr A_____, il sollicite une longue prolongation du délai. Par courrier du 30 août 2011, la Cour de céans refuse la prolongation de délai requise, tout en précisant notamment que la consultation du Dr A_____ n'est pas considérée comme une expertise. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Depuis le 1^{er} janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Interjeté dans les délais et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA). Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravée depuis la décision du 4 août 2005 de l'intimé, de sorte qu'il puisse bénéficier d'une rente d'invalidité. Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité ou l'étendue du besoins de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 RAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} mars 2004). Il en va de même lorsqu'une rente ou une allocation pour impotent a été refusée en raison d'un degré d'invalidité insuffisant ou de l'absence d'impotence et que l'assuré dépose une nouvelle demande (art. 87 al. 3 RAI). Cette exigence, applicable par analogie également aux prestations de réadaptation (cf. ATF non publié du 14 novembre 2008, 9C_413/2008, consid. 1.2; ATF 109 V 119), doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 412 consid. 2b, 117 V 200 consid. 4b et les références). L'entrée en vigueur, le

1^{er} janvier 2003, de l'art. 17 LPGA sur les conditions d'une révision du droit à la rente n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés en ce domaine sous le régime du droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, si bien que ceux-ci demeurent applicables (ATF 130 V 349 consid. 3.5). En particulier, savoir si l'on est en présence d'un motif de révision du droit à la rente suppose une modification notable du taux d'invalidité. Cette question doit être tranchée en comparant l'état de santé avec celui tel qu'il se présentait lors de la dernière décision entrée en force, pour autant que celle-ci reposât sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (ATF 133 V 108 page 110 ss consid. 5). D'après la jurisprudence, 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 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa).

a) Selon l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (al. 1).

b) La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2) : 40 % au moins donne droit à un quart de rente; 50 % au moins à une demie rente; 60 % au moins à un trois quarts de rente et 70 % au moins à une rente entière.

c) Selon 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 conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). 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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3). b) Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). 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/bb et cc). c) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité). En l'espèce, il y a lieu de constater que le Dr B_____ a retenu, dans son expertise du 16 juin 2004, qui est à la base des décisions du 12 octobre 2004 et, sur opposition, du 4 août 2005, que le recourant disposait, d'un point

de vue rhumatologique, d'une capacité de travail de 85 %, en tenant compte d'une diminution de rendement, dans une activité adaptée épargnant le port de charges au-delà de 15 kilos, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, la marche prolongée surtout en terrain inégal et les mouvements répétitifs du bras gauche au-dessus de la tête. Se fondant sur cette expertise, l'intimé avait retenu à l'époque un degré d'invalidité de 32 %, tout en opérant une déduction de 10 % du salaire statistique retenu à titre de salaire d'invalidé, pour tenir compte de la perte d'avantages liés à l'ancienneté et de son âge. Ces décisions ont été confirmées par le Tribunal cantonal des assurances sociales, compétent à l'époque, par arrêt du 30 août 2006, dans lequel celui-ci a retenu un taux d'invalidité de 38 %, en admettant une réduction de 15 % des salaires statistiques retenus à titre de revenus d'invalidé. Il appert que l'état de santé du recourant s'est clairement aggravé depuis la décision sur opposition du 4 août 2005 et l'expertise du Dr B_____. En effet, outre le diagnostic d'un syndrome douloureux somatoforme retenu dans le rapport du 14 juillet 2005 des Drs C_____ et D_____ des HUG, le recourant présente une tachycardie ventriculaire non soutenue qui s'est aggravé depuis 2003, comme cela ressort de l'expertise interdisciplinaire du Centre d'expertise médicale de Genève du 4 mai 2009. A cela s'ajoutent des troubles psychiatriques de plus en plus prononcés sous forme d'une dysthymie, voire d'un trouble de l'adaptation avec une réaction dépressive prolongée. En dépit de cette aggravation, les experts ont estimé que le recourant présentait toujours une capacité de travail de 85 % dans une activité adaptée, en précisant que les plaintes semblaient clairement majorées par rapport aux constatations cliniques. Les limitations fonctionnelles étaient les mêmes que celles que le Dr B_____ avait retenues. A celles-ci s'ajoute cependant encore l'absence d'efforts lourds, en raison de la tachycardie ventriculaire. Il convient en premier lieu de relever que cette expertise remplit tous les critères jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Elle a en effet été établie en connaissance de l'intégralité du dossier médical, contient une anamnèse détaillée et est basée sur des examens approfondis. Elle prend également en compte les plaintes du recourant. Le recourant ne remet pas en cause l'expertise, en ce qui concerne l'incidence des problèmes dorsaux, des séquelles douloureuses de la cheville droite et des atteintes à l'épaule gauche sur sa capacité de travail. Il n'allègue pas non plus une aggravation de ces pathologies depuis la dernière décision sur opposition de l'intimé. Toutefois, il estime en particulier que la diminution de sa capacité de travail due à la tachycardie ventriculaire est supérieure à 15 %. Cependant, depuis plusieurs années, le recourant ne consulte plus le cardiologue. Par ailleurs, il ne s'est pas conformé à l'ordonnance du 15 juin 2011 de la Cour de céans l'enjoignant à consulter le Dr A_____ d'ici le 29 août 2011 et attirant son attention sur le fait que celle-ci statuera en l'état du dossier, en ce qui concerne les atteintes cardiaques, à défaut de donner suite à cette sommation. Il est à cet égard à relever qu'en vertu de l'art. 21 al. 4 LPGA, les prestations peuvent être réduites, voire être supprimées, si l'assuré ne participe pas un traitement raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail, après avoir été mis en demeure par écrit et averti des conséquences juridiques, ainsi qu'avoir bénéficié d'un délai de réflexion convenable. En l'espèce, la Cour de céans conclut de la passivité du recourant que son état de santé sur le plan cardiologique ne s'est pas aggravée, depuis l'évaluation cardiologique en 2009, celui-ci ne jugeant pas nécessaire de se faire suivre par le cardiologue et se contentant apparemment de prendre la médication qui lui avait été prescrite probablement lors de son séjour aux HUG en 2009. Par ailleurs, son épouse a déclaré, lors de son audition en date du 13 avril 2011, que les problèmes cardiaques ne posaient pas de difficultés avec les médicaments.

Ainsi, les conclusions du Dr A_____, en tant expert cardiologue, restent valables. Le recourant reproche également à l'intimé d'avoir omis d'examiner dans quelle mesure le trouble somatoforme douloureux persistant retreint sa capacité de travail a) D'après la jurisprudence (ATF 131 V 49 consid. 1.2), la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77). Ces critères constituent un instrument, pour l'expert et l'administration (le cas échéant pour le juge), servant à qualifier la souffrance vécue par un assuré, afin de déterminer si celui-ci dispose ou non des ressources psychiques permettant de surmonter cet état; ces critères ne constituent pas une liste de vérification mais doivent être considérés comme une aide à l'appréciation globale de la situation douloureuse dans un cas concret. Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de Winckler et Foerster). b) Au sujet du critère de la comorbidité psychiatrique (qui se place au premier plan pour déterminer si l'assuré dispose

ou non des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs), un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante. En effet, les états dépressifs constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 in fine), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (arrêt D. du 20 avril 2006, I 805/04, consid. 5.2.1). Le TFA a également considéré qu'une personnalité à traits histrioniques ne constituait pas non plus, à côté du trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) une comorbidité psychiatrique autonome du trouble fibromyalgique (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05). S'agissant des affections corporelles chroniques, il doit exister une limitation fonctionnelle sur le plan somatique (notamment ATFA du 12 juin 2006, cause I 317/05). Concernant l'état psychique cristallisé, des éléments biographiques difficiles (relations conflictuelles au travail, divorce, possible traumatisme sexuel sans contact physique durant l'enfance) sont des indices plaidant en faveur d'un tel état, si tant est que l'assuré ne démontre pas en même temps une attitude théâtrale et revendicative et émette des déclarations discordantes au sujet de ses douleurs donnant à penser qu'il cherche une compensation de ses souffrances par l'AI. Le fait d'affirmer ne plus être en mesure d'exercer une quelconque activité tout en étant capable de s'occuper du ménage et d'un enfant sont des indices faisant plutôt apparaître un profit secondaire tiré de la maladie (ATFA du 20 mars 2006, cause I 644/04). Un tel état ne saurait être admis lorsque l'assuré n'a pas suivi de traitement psychiatrique durable et que, par ailleurs, il fait preuve d'une mauvaise compliance médicamenteuse (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04, voir aussi ATFA du 21 avril 2006, cause I 483/05), lorsqu'il a uniquement pris un traitement d'anxiolytiques et non pas d'antidépresseurs (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), lorsque la poursuite du traitement est susceptible d'améliorer la symptomatologie d'anxiété (ATFA du 8 juillet 2004, cause I 380/03), lorsque l'épisode dépressif moyen est en rémission complète (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05), lorsqu'aucun élément psychotique, aucune souffrance ou dysfonctionnement personnel, professionnel et social, ni encore des traits d'une personnalité dissociée ne peuvent être retenus (ATFA du 25 novembre 2004, cause I 450/03), en l'absence d'une source de conflit intrapsychique ou situation conflictuelle externe (ATFA du 23 juin 2004, cause I 272/03) lorsque l'état de l'assuré est susceptible de s'améliorer grâce à la stabilisation de la vie familiale et à l'instauration d'un traitement antidépresseur (ATFA du 10 novembre 2005, cause I 638/04), lorsque l'état psychique est stabilisé grâce à une médication adéquate et qu'un suivi psychothérapeutique constituerait un traitement adéquat des troubles en cause (ATFA du 12 septembre 2005, cause I 497/04), lorsque l'assuré fait état d'une envie de travailler et d'une certaine ambition sociale (ATFA du 13 juillet 2005, cause I 626/04). S'agissant de la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, elle n'est pas réalisée dès lors que l'assuré effectue des promenades avec des amis qu'il voit fréquemment et maintient des contacts sociaux avec sa famille en Espagne (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04), qu'il bénéficie d'une vie familiale épanouie, reçoit des amis et se rend chez eux (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), qu'il a une vie retirée, passant beaucoup de temps à la maison mais a gardé un certain réseau d'amis qui viennent le voir ou auxquels il rend visite (ATFA du 29 novembre 2005, cause I 665/04), qu'il se dit bien entouré sur le plan familial (ATFA du 16 août 2005, cause I 539/04), qu'il vit dans une situation de retrait mais qu'il a des contacts réguliers avec ses proches et qu'il retourne régulièrement dans son pays d'origine

avec sa famille ou des amis (ATFA du 2 mars 2005, cause I 690/04), qu'il est à même d'entretenir des contacts sociaux, d'exercer des activités sportives (natation) et de loisir (promenade) (ATFA du 8 juin 2005, cause I 361/04). a) En ce qui concerne le grief du recourant contre les experts, notamment le Dr H _____, de n'avoir examiné si le trouble somatoforme douloureux persistant présente un caractère invalidant, en fonction des critères du Tribunal fédéral, il sied de relever qu'il n'appartient pas aux médecins d'examiner si ces critères sont remplis. Il s'agit en effet d'une question juridique et non pas médicale. Le rôle des médecins se limite à apporter à l'administration et au juge les éléments médicaux nécessaires pour l'appréciation de ces critères. b) Quant à l'évolution des troubles psychiatriques, il y a lieu de constater que, dans les suites immédiates de l'accident, le recourant ne présentait aucun trouble psychopathologique, comme cela ressort du consilium psychiatrique du 24 novembre 2000 de la CRR. Le 21 septembre 2006, le Service de rhumatologie des HUG a diagnostiqué des troubles psychiatriques secondaires. Selon le rapport de la Dresse F _____ du 29 novembre 2007, il s'agissait d'un trouble dépressif récurrent de degré moyen. Dans son rapport du 27 avril 2008, ce médecin a retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation dépressivo-anxieux persistant avec un comportement régressif, de personnalité asthénique et dépressive. De son rapport du 25 octobre 2008 ressort implicitement qu'il pourrait s'agir d'une sinistrose. Par ailleurs, elle a indiqué que la dépression sévère pouvait être qualifiée de stupeur dépressive. Il n'était pas possible d'augmenter le dosage du neuroleptique Zyprexa sans causer des troubles cardiaques. Enfin, selon l'expertise interdisciplinaire, le trouble somatoforme douloureux est associé à un état dépressif, sous la forme d'un trouble de l'adaptation avec une réaction dépressive prolongée. Au vu des rapports de la CRR et du Service de rhumatologie des HUG, ainsi que de l'expertise interdisciplinaire, la symptomatologie dépressive du recourant apparaît clairement comme étant consécutive au trouble somatoforme douloureux, le recourant n'ayant présenté aucun trouble psychopathologique auparavant. Le Dr H _____ a également relevé que l'anamnèse n'avait pas permis de mettre en évidence un épisode dépressif marqué dans le passé, de sorte qu'il ne retenait pas un trouble dépressif récurrent. Selon cet expert, il n'y avait par ailleurs pas d'éléments en faveur d'un trouble anorexigène, le recourant n'ayant pas la volonté de diminuer son poids. Le diagnostic d'état dissociatif n'était pas non plus réalisé, dès lors que le recourant n'était pas coupé de la réalité, alors que l'état de stupeur dissociatif se caractérisait essentiellement par une rupture avec la réalité. Partant, conformément à la jurisprudence précitée, il ne peut être reconnu que le recourant souffre d'une comorbidité psychiatrique indépendante de celle du trouble somatoforme douloureux. b) Quant aux autres critères, il convient certes de retenir que le recourant présente des affections corporelles chroniques et un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable. Cependant, le critère de l'état psychique cristallisé n'est pas réalisé, le recourant présentant une mauvaise compliance médicamenteuse, comme cela ressort de l'expertise interdisciplinaire. Certes, il ne peut lui être reproché de ne pas suivre un traitement médicamenteux plus conséquent pour soigner son état dépressif, en l'absence d'une prescription du médecin. Il sied de relever à cet égard également que, selon le rapport de la Dresse F _____ du 25 octobre 2008, le traitement neuroleptique ne peut pas être augmenté en raison du risque de complications cardiaques. Cependant, il ressort de l'expertise interdisciplinaire que le recourant ne prend pas non plus le traitement antalgique et anti-inflammatoire à un taux thérapeutique. On ne saurait non plus admettre une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, le recourant étant bien entouré par sa femme, comme cela est rapporté dans l'expertise interdisciplinaire. Il voit

en outre régulièrement ses enfants et, de façon plus épisodique, des cousins et des anciens collègues. Il reste également en contact avec deux de ses sœurs qui vivent en Suisse à Yverdon et à Berne. c) En tout état de cause, un caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux doit être écarté en l'occurrence au motif que les limitations alléguées résultent largement d'une amplification des symptômes. Cela a déjà été constaté par le Dr B _____ et est clairement confirmé par l'expertise interdisciplinaire du 4 mai 2009, selon laquelle plusieurs indices parlent pour une majoration des symptômes. L'expert psychiatre, le Dr H _____, n'était en outre pas convaincu par l'importance des douleurs alléguées. Partant, sur le plan juridique, il n'y a pas lieu de tenir compte du trouble somatoforme douloureux, celui-ci ne revêtant pas un caractère invalidant, selon la jurisprudence. Ainsi, l'avis divergeant de la Dresse F _____ quant à la capacité de travail du recourant ne peut pas être retenu et ne permet pas de remettre en cause les conclusions de l'expertise interdisciplinaire, son avis se fondant essentiellement sur les troubles psychiatriques qui ne revêtent pas un caractère indépendant du trouble somatoforme douloureux persistant. Le recourant fait encore valoir que sa baisse de rendement doit être supérieure à 15%, suite à l'aggravation de son état sur le plan somatique, dès lors qu'il présentait déjà une baisse de rendement de 15% pour des raisons psychiques lors de la dernière décision entrée en force. Il est vrai que la décision sur opposition fait état que "sur le plan psychiatrique, une diminution de rendement de 15% peut être retenue à dire d'expert". Il doit cependant s'agir d'une erreur, dès lors qu'aucun expert n'a admis une baisse de rendement pour des raisons psychiatriques. Seul le Dr B _____ a effectué une expertise à l'époque et a conclu que le recourant présentait une baisse de rendement sur le plan somatique. Il n'aurait par ailleurs pas pu se prononcer sur la capacité de travail au niveau psychiatrique, s'agissant d'un spécialiste en rhumatologie, en médecine interne et du sport. Par conséquent, la diminution du rendement retenu dans la dernière décision entrée en force a également trait aux atteintes somatiques. Les conclusions de l'expertise interdisciplinaire emportent donc la conviction de la Cour de céans. Il appert ainsi qu'en dépit d'une aggravation objectivable de l'état de santé du recourant sur le plan cardiologique, sa capacité de travail est en principe restée la même dans une activité adaptée, le choix de celles-ci apparaissant toutefois encore plus restreint, au vu des nouvelles limitations en ce qui concerne les efforts physiques. Il convient dès lors d'examiner quelle incidence a cette aggravation sur la capacité de gain du recourant. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174). b) La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la

demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b p. 276; arrêt I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329). c) 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, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner 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 sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts I 350/89 précité consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). d) 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 la 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 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence). a) Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). b) Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il

ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a). a) En l'espèce, pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer en 2008. En effet, une aggravation peut être admise à partir du moment où le recourant a consulté le Centre d'accueil et d'urgence en date du 7 août 2007 en raison d'un malaise. Selon la Dresse F _____, ces malaises sont éventuellement liés aux troubles cardiaques, comme cela ressort de son rapport du 29 novembre 2007. Le Dr A _____ a également considéré que l'arythmie pourrait expliquer les malaises. Ainsi, il y a lieu de considérer que les problèmes cardiaques, lesquels restreignent dans une plus ample mesure encore le choix des activités possibles, se sont aggravés en août 2007. Il faut donc se placer une année après cette aggravation pour effectuer la comparaison des gains, le droit à la rente ne pouvant naître qu'au terme d'une année d'invalidité au moins, selon l'art. 28 al. 1 LAI. Il convient enfin de rappeler que l'incapacité de travail du recourant, dans son activité initiale de couvreur, remonte au 13 juin 2000. b) Selon les données transmises par l'employeur, le dernier salaire mensuel du recourant en 2000 était de 4'950 fr. versé treize fois, soit 64'350 fr. par année. Il y a lieu d'adapter ce salaire au renchérissement intervenu jusqu'en 2008. Etant donné que l'indice des salaires nominaux a passé dans le domaine de la construction de 106,5 en 2000 à 119,5 en 2008 (cf. Bulletin mensuel de statistiques économiques août 2011, p. 119 O5), le revenu sans invalidité en 2008 s'élève à 72'204 fr. 90 ($64'350 \times 119.5 : 106.5$). c) Pour ce qui est du revenu d'invalidité, il importe de préciser que le recourant n'a pas repris une activité à 85% lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part. Dès lors, il faut se référer aux données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires pour établir son revenu d'invalidité. Compte tenu de l'activité légère de substitution que pourrait exercer le recourant, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, à savoir 4'806 fr. par mois en 2008, respectivement 57'672 fr. par année (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, tableau 1, niveau de qualification 4, p. 11). Les salaires bruts standardisés étant fondés sur un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2008 (41,6 heures; Vie économique 11-2010, p. 98 B9.2), le revenu annuel doit être porté à 59'978 fr. 90 ($57'672 \text{ fr.} \times 41,6 : 40$), ce qui correspond à 50'982 fr. au taux d'activité de 85%. Compte tenu des multiples handicaps du recourant, notamment ses problèmes cardiaques qui proscrivent tout effort et provoquent de nombreuses tachycardies (p. 2 de l'évaluation du Dr A _____ du 25 février 2009), de son âge (56 ans en 2008), du taux partiel d'occupation et de l'ancienneté de service (cf. ATF 126 V 78 consid. 5; ATFA non publié du 30 avril 2002, I 340/01, consid. 4b), il y a lieu d'admettre un abattement de 20%. Le revenu d'invalidité sur la base statistique s'élève ainsi à 40'785 fr. 70. d) En tenant compte du revenu de valide de 72'204 fr. 90 en 2008, le taux d'invalidité se détermine ainsi de 43,5 %, ce qui ouvre le droit à un quart de rente. Dans la mesure où le recourant a déposé la nouvelle demande en mars 2008 et qu'une perte de gain ouvrant le droit aux prestations est survenue en août 2008, le recourant peut prétendre à la rente six mois après le dépôt de sa demande, soit dès septembre 2008. Au vu de ce qui précède, il y a lieu d'accepter partiellement le recours, d'annuler la décision et d'octroyer au recourant un quart de rente à compter du 1^{er} septembre 2008. Dans la mesure où le recourant obtient partiellement gain de cause, l'émolument de justice de 200 fr. sera mis à la charge de l'intimé. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond :

L'admet partiellement. Annule la décision du 9 octobre 2009. Octroie au recourant un quart de rente d'invalidité à compte du 1^{er} septembre 2008. L'émolument de justice, fixé à 200 fr., est mis à la charge de l'intimé. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Diana ZIERI La présidente Maya CRAMER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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