

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1959, originaire du Kosovo, est arrivé en Suisse en 1991 et a été naturalisé en 2005. Marié et père de trois enfants majeurs, il a été engagé à partir du 1^{er} mars 2005 par l'entreprise B_____ SA (ci-après : l'employeur) en qualité de nettoyeur à temps partiel et a effectué des dépannages de voitures à titre indépendant à partir de 2007.
2. L'assuré a été en incapacité totale de travail du 1^{er} au 28 novembre 2013 puis à nouveau dès le 22 janvier 2014.
3. Par rapport du 7 mars 2014, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a diagnostiqué des douleurs et une impotence fonctionnelle du membre supérieur droit et de la région du thorax droit, lesquelles étaient présentes depuis plusieurs semaines, voire des mois. Le traitement consistait en la prise d'antalgiques et une reprise du travail n'était en l'état pas prévisible.
4. Le 15 avril 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) en raison de douleurs au niveau de la clavicule suite à un accident et d'un état dépressif.
5. Dans un rapport du 2 mai 2014, le Dr C_____ a retenu, à titre de diagnostics ayant des effets sur la capacité de travail, des brachialgies du membre supérieur « gauche » avec une faiblesse de la main « gauche » dans les suites d'une fracture de la clavicule droite avec une luxation sterno-claviculaire droite depuis 1983, des épisodes de confusion sur une possible épilepsie temporale depuis 2012 et un état anxio-dépressif depuis 2012. Il a également fait état d'une hyperlipidémie sans répercussion sur la capacité de travail depuis 2012. À l'anamnèse, le médecin traitant a indiqué que l'assuré avait subi un grave accident de la circulation au Kosovo en 1983, avec un traumatisme crânio-cérébral (ci-après : TCC), une fracture du crâne, plusieurs fractures des côtes à droite, une fracture de la clavicule à droite et une luxation sterno-claviculaire droite. Depuis le mois de novembre 2013, son patient présentait une douleur de la région claviculaire droite, irradiant le long du membre supérieur droit, jusque dans la main droite, ainsi qu'une importante faiblesse de la main droite qui l'empêchait d'exercer son activité professionnelle. En outre, depuis environ deux ans, l'assuré se plaignait de fréquents oublis, avec des troubles de la concentration, des épisodes de confusion, une baisse de moral et une irritabilité, suggérant un possible état anxio-dépressif. Durant la même période, l'assuré avait eu des épisodes d'absences, pouvant faire évoquer la possibilité d'une épilepsie temporale. Le Dr C_____ avait constaté une déformation de la région de l'épaule droite avec un abaissement de la région acromio-claviculaire, laquelle gênait parfois l'assuré à l'inspiration, une tuméfaction de la région sterno-claviculaire droite comprimant la trachée selon les mouvements, une nette diminution de la force de toute la main droite avec une difficulté à serrer les doigts, une hypoesthésie de toute la main droite, un aspect triste, parfois irritable, et une baisse de moral. Des bilans neurologiques et

orthopédiques étaient en cours et une psychothérapie venait de débuter. L'incapacité de travail était totale depuis le 22 janvier 2014. En raison de la faiblesse manuelle, l'assuré ne pouvait plus continuer une activité physique, comme le nettoyage ou le dépannage de voitures. Il était incapable de soulever des objets ou d'utiliser sa main droite dans les différentes activités quotidiennes, aussi bien professionnelle que dans la vie courante. Par ailleurs, le probable état anxio-dépressif avec des troubles de la concentration et les difficultés d'apprentissage résultant de la mauvaise maîtrise de la langue française limitaient ses capacités dans les tâches de bureau. L'assuré ne pouvait pas travailler avec les bras au-dessus de la tête ou soulever des charges, ni monter sur une échelle ou un échafaudage, ni travailler plus de 4 heures par jour en position uniquement debout. Le port de charges était limité à 2 kg et la capacité de concentration à 1 heure par jour et les facultés de compréhension et d'adaptation étaient restreintes en raison des difficultés linguistiques. Enfin, l'assuré était rapidement épuisé lors d'exercices nécessitant de la concentration.

6. En date du 2 mai 2014, le docteur D_____, spécialiste FMH en neurologie, a rendu un rapport suite à l'examen de l'assuré le jour même. L'examen clinique neurologique présentait plusieurs incohérences et ne permettait pas de mettre en évidence une atteinte neurologique du membre supérieur droit. L'assuré se plaignait d'une faiblesse globale de ce membre, prédominant au niveau de la main, alors qu'il avait été constaté qu'il pouvait parfaitement s'habiller, mettre ses chaussettes et lacer ses chaussures. Il utilisait tout à fait correctement sa main droite dans la gestuelle du rhabillage et du déshabillage. L'examen de la force était difficile en raison de phénomènes de lâchage que l'intéressé expliquait par l'apparition d'une douleur, mais la force paraissait globalement conservée. L'examen de la sensibilité ne permettait pas de mettre en évidence une atteinte avec une distribution radiculaire ou tronculaire. Afin d'exclure toute atteinte neurologique clinique, un électro-neuro-myogramme (ci-après : ENMG) du membre supérieur droit avait été programmé. S'agissant des absences, l'assuré avait présenté lors de l'électroencéphalogramme (ci-après : EEG) un tel malaise, mais était resté cohérent dans son discours et pouvait répondre aux questions. L'examen n'avait pas révélé d'anomalie électrique, mais une épilepsie temporale pouvait être évoquée, selon l'importance du traumatisme crânien subi en 1983. En conclusion, ce médecin avait tout de même l'impression d'une amplification des plaintes.
7. Par rapport du 13 mai 2014, la doctoresse E_____, spécialiste FMH en neurologie, a conclu que les résultats de l'ENMG n'apportaient pas d'arguments en faveur d'une atteinte nerveuse périphérique au membre supérieur droit.
8. Le 11 juin 2014, l'employeur a répondu à un questionnaire de l'OAI et indiqué que l'assuré, dont le contrat avait été résilié, avait travaillé à raison de 2.5 heures par jour, soit 12.5 heures par semaine. Son activité consistait à passer l'aspirateur et à utiliser une auto-laveuse, et impliquait souvent le port de charges jusqu'à 10 kg, mais rarement supérieures.

9. Une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) cérébrale, réalisée le 26 juin 2014 par le docteur F_____, médecin adjoint agrégé au service de radiologie des HUG, a permis de conclure à des séquelles post-traumatiques cortico-sous-corticales fronto-basales bilatérales du gyrus frontal supérieur gauche et du cortex temporal des deux côtés potentiellement épileptogènes, ainsi qu'à une suspicion de lésions des voies olfactives.
10. Dans un rapport du 4 juillet 2014, le docteur G_____, chef de clinique au département de chirurgie des Hôpitaux universitaires du canton de Genève (ci-après : HUG), a indiqué que son examen clinique du 23 juin 2014 avait mis en évidence une voussure de la sterno-claviculaire mobile et douloureuse à la palpation lors de tous les mouvements de l'épaule droite. Par ailleurs, un conflit sous-acromial avec une tendinopathie du sus-épineux avait également été constatée puisque la palpation du trochiter et du biceps était douloureuse. Cependant, les mobilités étaient conservées, tout comme partiellement la force. Une attitude initialement conservatrice était préconisée, avec des infiltrations à but diagnostique.
11. Mandaté par l'assureur perte de gain, le docteur H_____, spécialiste FMH en médecine interne, a rendu son rapport le 14 juillet 2014. Il a indiqué que l'assuré, employé à temps partiel d'une entreprise qui lui avait notifié son congé pour le 31 janvier 2014 et indépendant ayant déposé le bilan de son entreprise de dépannage de véhicules dans le courant de l'année 2013, se plaignait avant tout d'une difficulté de programmation et de prise de décision. Il bénéficiait d'une psychothérapie auprès d'un psychiatre depuis le mois de février – mars 2014, avec prescription de Sertraline. Le Dr H_____ considérait qu'il n'y avait pas de limitation sur le plan somatique hormis l'aspect neurologique et qu'une amplification de la symptomatologie n'était pas exclue. En revanche, il lui était difficile de se prononcer sur l'aspect neuropsychiatrique dans le contexte d'une reprise d'activité et il proposait une évaluation par le service de neuro-réadaptation de l'Hôpital de Beau-Séjour.
12. En date du 10 novembre 2014, le Dr C_____ a indiqué à l'OAI que l'état de santé de l'assuré était stationnaire, étant précisé que l'intéressé suivait régulièrement une psychothérapie et avait débuté un traitement médicamenteux avec des antidépresseurs et des neuroleptiques. Son patient signalait des troubles de la concentration, de fréquents oublis et des difficultés à gérer ses affaires administratives. Le moral était amélioré par le traitement. En l'état, l'incapacité de travail demeurait totale et la situation devrait être réévaluée dans six mois. Une reprise du travail dans une activité ne nécessitant pas d'effort physique du membre supérieur droit pourrait éventuellement être envisagée dans le futur, si l'état psychologique et les capacités de concentration s'amélioraient.
13. Sur demande de l'OAI, l'assuré lui a communiqué le 7 mai 2015 ses bilans et comptes de pertes et profits relatifs aux années 2009 à 2011 pour son activité indépendante de dépannage et ventes de véhicules. Il a également précisé ne pas

avoir effectué de comptabilité pour les années 2012 et 2013, par « manque de travail ou de chiffre ».

14. Par rapport du 11 juin 2015, le docteur I_____, médecin adjoint agrégé au service de neurologie des HUG, a diagnostiqué des épisodes paroxystiques de désorientation spatiale et des troubles cognitifs multi-domaines mnésiques et exécutifs modérés, d'origine plurifactorielle (médicamenteuse, petit niveau d'instruction, psychogène). L'assuré ne faisait pas état de difficultés particulières au niveau cognitif et se déclarait indépendant pour les activités du quotidien, étant précisé que ses enfants s'occupaient des courses, du ménage et des factures, son épouse étant très malade et ne pouvant s'en charger. Il pouvait effectuer des tâches plus complexes comme l'utilisation de son téléphone et la conduite automobile. L'assuré présentait des épisodes paroxystiques avec une sensation de tension interne et de picotements dans le crâne depuis 2012, d'allure stéréotypée, sans claire rupture de contact dans la mesure où il se souvenait de leur durée, sans phase post-ictale. Le diagnostic différentiel demeurait ouvert entre une origine épileptique, cardiaque ou psychogène. Dans ce contexte, un enregistrement EEG de longue durée pouvait être envisagé, mais l'assuré n'y semblait pas favorable. Par ailleurs, une évaluation sur le plan cognitif avait mis en évidence des troubles exécutifs modérés en planification et auto-activation, ainsi que des troubles mnésiques antérogrades verbaux. Ceci entrait dans le contexte d'une problématique motivationnelle, dans la mesure où l'assuré, même s'il entrait dans les tâches, avait tendance à ne pas maintenir son attention sur ses différents exercices. Un niveau socioculturel modeste pouvait également contribuer à ces résultats, de même qu'une composante médicamenteuse des neuroleptiques. En l'état, il n'existait pas d'argument en faveur d'une origine neurodégénérative.
15. Par rapport non daté, reçu par l'OAI le 8 juillet 2015, le Dr D_____ a indiqué ne pas avoir revu l'assuré depuis le mois de mai 2014. Sur le plan neurologique, la capacité de travail était entière et aucune limitation fonctionnelle n'était retenue.
16. Dans un rapport du 11 septembre 2015, le docteur J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un trouble mental organique ou symptomatique, sans précision (F09) et un trouble dépressif modéré, sans symptômes psychotiques (F32.1), troubles ayant des répercussions sur la capacité de travail. Ces deux diagnostics étaient présents, avec une évolution globalement défavorable sous traitement, depuis le début de l'année 2012. Le psychiatre traitant a relevé que la suspicion d'épilepsie temporale n'avait pas pu être objectivée. À l'anamnèse, il a exposé que son patient avait été victime d'un accident de la circulation en 1983 lors d'un geste héroïque : il avait choisi de faire une embardée par-dessus le parapet d'un pont pour éviter des enfants qui occupaient imprudemment la chaussée. Il avait présenté des séquelles majeures pendant deux ans et demi avec des épisodes de désorientation. En 1986, il avait retrouvé un fonctionnement à peu près normal et mis un terme à toute consommation d'alcool, après des années d'abus et de dépendance. Il avait travaillé comme ambulancier au

Kosovo. Il avait émigré en Suisse en 1991, avait tout de suite travaillé et avait très rapidement appris le français. À partir de 1992, il avait été employé comme ouvrier dans le bâtiment, mais cette activité impliquait le port de charges contre-indiqué avec ses séquelles à l'épaule droite. Il avait alors emprunté de l'argent afin de passer le permis poids lourd et avait travaillé comme chauffeur jusqu'en 2007, mais avait dû interrompre cette activité qui impliquait de charger et décharger avec un transpalette, ce qui était incompatible avec son état de santé. Il avait ensuite été inscrit au chômage et avait travaillé dans le nettoyage, puis avait obtenu des diplômes en rapport avec les machines de chantier du bâtiment, mais n'était pas parvenu à travailler dans cette branche en raison d'importantes fluctuations de son état de santé. Il s'était établi à son compte jusqu'à la fin de l'année 2013, mais avec de grandes difficultés depuis 2012. En arrêt de travail car il était incapable de manier un aspirateur, il avait été licencié par son employeur. Le psychiatre avait rencontré l'assuré le 27 février 2014 pour la première fois, alors que celui-ci était en arrêt-maladie prescrit par son médecin généraliste en raison des répercussions d'une crise familiale et d'une baisse de l'état général. Les soucis se concentraient en particulier sur la fille de l'assuré, toxicomane depuis l'âge de 14 ans, âgée de 18 ans lors du premier entretien et qui se trouvait alors à la Clairière pour trafic de drogue après plusieurs cures. Leur relation était très conflictuelle et l'assuré se sentait comme un « paria » par rapport à sa communauté. La fille de l'assuré était sortie le jour de leur second entretien, le 19 mars 2014, et était retournée dans un foyer. L'assuré prenait du Tranxilium 5 mg en cas de tensions trop fortes ou de troubles du sommeil. Depuis la fin de l'année 2013, étaient signalées des fluctuations et des crises d'allure comitiale partielles complexes : après une aura de quelques minutes, avec le sentiment que sa tête était brûlante et tremblante de l'intérieur, l'assuré perdait soudain toute sa concentration avec une désorientation spatiale, un arrêt de l'action en cours et parfois des actes automatiques (il avait cassé une chaise la veille), sans souvenir de l'épisode, ce qui l'inquiétait beaucoup. Ces crises, avec une perte de contrôle et des automatismes potentiellement dangereux pour lui-même et pour autrui, devenaient de plus en plus fréquentes depuis quelques mois, et l'assuré finissait par présenter aussi une phobie d'impulsion avec la peur d'actes violents à l'égard d'autrui ou de lui-même, sans possibilité de se contrôler. Finalement, cela débouchait sur des idées noires, l'assuré considérant qu'il valait mieux être mort que de blesser ou tuer quelqu'un en toute inconscience. Le psychiatre a consigné le status mental en février et mars 2014 et signalé notamment que l'assuré s'était égaré juste avant leur deuxième entretien et qu'il avait dû téléphoner à un ami, lequel était venu le « repêcher » pour l'accompagner à l'adresse du psychiatre. L'anxiété était modérée lors de la seconde consultation avec une irritabilité qui avait diminué au cours de la séance. En dépit de l'état de crise et de tension, l'humeur était sans particularité, mais il existait une idéation et un risque suicidaire dans le contexte de la phobie d'impulsion et de la crise. Le traitement psychothérapeutique avait lieu à raison de deux fois par mois selon les besoins. Concernant le traitement médicamenteux, l'assuré avait

commencé un traitement de Sertraline 50 mg le 20 mai 2014, auquel s'était ajoutée la prise de Quétiapine 50 mg le 16 juillet 2014. Le 19 août 2014, la dose de Sertraline avait été augmentée à 100 mg, avec un net effet positif, de sorte qu'une rémission en tout cas partielle avait été retenue le 16 septembre 2014. Ce traitement avait été prolongé en mars puis en juillet 2015 pour une période de 6 mois. L'incapacité de travail était totale car les signes et les symptômes étaient incompatibles avec un emploi sur le marché du travail. Le rendement était certainement réduit pour les mêmes raisons. Le psychiatre a exposé qu'il lui était apparu probable qu'en plus d'un surmenage chronique et des éléments dépressifs, il devait exister une dimension organique, peut-être consécutive au TCC ancien. C'était la raison pour laquelle, en accord avec le Dr C_____, une consultation neurologique et une IRM avaient été organisées au printemps 2014. Compte tenu des conclusions du neurologue, le psychiatre avait commencé un traitement antidépresseur pour les éléments dépressifs qui avait amené une amélioration très partielle durant quelques mois. Devant l'absence de progrès, il avait demandé une évaluation neurologique et neuropsychologique plus fouillée aux HUG. La conclusion de cette évaluation incluait tout de même encore une origine épileptique des accès dans le diagnostic différentiel, avec comme proposition un enregistrement EEG de longue durée, qui constituait l'examen de référence pour la recherche d'une épilepsie atypique, y compris temporale. Pour le moment, l'assuré ne se sentait pas prêt à effectuer cet examen contraignant, espérant encore faire des progrès dans son fonctionnement et ne voulant pas se considérer comme gravement malade. Pour toutes ces raisons, le Dr J_____ avait retenu le diagnostic peu spécifique de trouble mental organique ou symptomatique, sans précision, en attendant l'évolution des prochains mois ou finalement que cet EEG de longue durée apporterait quelques réponses supplémentaires. Ces éléments « hors syndrome dépressif » représentaient une gêne très significative sur toute la période d'observation et un motif d'incapacité totale de travail.

17. L'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, laquelle a été confiée à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) et réalisée du 16 au 18 août 2016 par la doctoresse K_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, le docteur L_____, médecin consultant spécialiste en rhumatologie, le docteur M_____, médecin consultant spécialiste FMH en neurologie, le docteur N_____, médecin consultant spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et Madame O_____, spécialiste en neuropsychologie.
18. a. Dans leur rapport du 5 septembre 2016, les experts ont retenu, à titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, un trouble moteur dissociatif avec des crises sous forme de perte des capacités motrices et visuelles (F44.4), une arthrose post-traumatique acromio-claviculaire droite, une tendinopathie de la face supérieure du supra-épineux droit et un status après une luxation de l'articulation sterno-claviculaire droite. Ils ont également fait état, à titre de diagnostics sans effets sur la capacité de travail, d'un trouble de l'adaptation

avec une dépression réactionnelle, actuellement en rémission complète (F43.21), d'obésité, de tabagisme, d'un status variqueux des membres inférieurs, d'un status après un TCC sévère en 1983 sans séquelles neurologiques et d'un status après une cure de hernie ombilicale.

b. Les spécialistes ont résumé les pièces du dossier et présenté des anamnèses familiale, personnelle, sociale, médicale et professionnelle. Ils ont relevé les plaintes de l'assuré, lequel décrivait des douleurs avec une faiblesse du membre supérieur droit s'accompagnant de fourmillements diffus, des douleurs en regard de la clavicule droite qui s'accompagnaient d'une déformation locale, des épisodes d'absences itératifs, fluctuants qui ne lui permettaient pas de se projeter dans une quelconque activité, des lombalgies mécaniques supportables survenant occasionnellement, des insomnies, ainsi que des céphalées en casque, fréquentes et quotidiennes, s'accompagnant de vertiges réguliers, de fatigue, de problèmes de concentration et de mémoire. L'assuré indiquait s'occuper de la plupart des tâches ménagères car son épouse ne pouvait plus du tout s'en charger et il ne comptait pas sur l'aide de ses enfants. Il n'utilisait quasiment plus sa voiture depuis ses problèmes d'absence. Une IRM du 21 avril 2016 mettait en évidence des lésions arthrosiques dégénératives de l'articulation acromio-claviculaire et un conflit sous-acromial et les clichés radiographiques de l'épaule droite du 9 mai 2016 objectivaient des signes d'arthrose et la présence d'un petit ostéophyte sous-acromial.

c. Dans leur appréciation du cas, les experts ont relevé que l'assuré avait présenté, suite à l'accident de 1983 au cours duquel il avait été projeté avec son véhicule d'une hauteur d'environ 5 m, un TCC sévère, des fractures costales et de la clavicule droite avec une luxation sterno-claviculaire. Il avait été longuement hospitalisé et avait suivi une rééducation durant plusieurs années. Il était resté avec des scapulo-brachialgies droites qui avaient augmenté au fil des années, nécessitant plusieurs avis orthopédiques aux HUG, en 1992, 2005 et 2014, sans sanction chirurgicale. De même, un examen neurologique spécialisé réalisé courant 2014 n'avait pas démontré de signe d'atteinte neurologique au membre supérieur droit. L'assuré indiquait que son arrêt de travail en 2013 avait été principalement motivé par des troubles psychiques, en sus des douleurs du membre supérieur droit, alors qu'il traversait des difficultés familiales majeures avec la toxicomanie de sa fille et la maladie chronique de son épouse. Il s'était décrit comme complètement dépassé, ayant présenté des idées noires justifiant une prise en charge psychiatrique grâce à laquelle la situation se serait stabilisée selon ses dires. Dans ce contexte, il avait développé des épisodes d'absences pour lesquelles un diagnostic d'épilepsie temporale avait été soulevé, d'autant qu'il présentait à l'IRM des séquelles du TCC, mais l'ENMG réalisé en 2014 n'avait pas révélé d'anomalie électrique.

L'examen de médecine interne avait objectivé une obésité, un important status variqueux des membres inférieurs, une onycholyse des pieds. Hormis une tension artérielle un peu élevée, le reste de l'examen était sans particularité.

L'examen rhumatologique avait démontré des amplitudes de l'épaule normales. L'expert avait relevé la présence d'une arthrose acromio-claviculaire droite développée secondairement au déplacement antérieur post-traumatique de l'extrémité proximale de la clavicule, et témoin de la luxation antérieure de la sterno-claviculaire. Il n'y avait pas d'argument clinique en faveur d'un syndrome du défilé cervico-thoraco-brachial. La récente IRM démontrait de discrets signes compatibles avec une tendinopathie à minima du supra-épineux sans signe de rupture même partielle. L'expert en rhumatologie avait noté la discordance entre la discrétion des signes objectifs retrouvés et l'importance des plaintes alléguées et entre la difficulté à mobiliser l'épaule lors de l'examen clinique et la relative bonne utilisation lors de l'entretien. Il avait également relevé une musculature parfaitement développée en faveur du côté droit, témoignant d'une bonne utilisation de ce membre, contrastant avec le déficit fonctionnel allégué.

L'examen neurologique n'avait pas mis en évidence de séquelles neurologiques du TCC en l'absence de latéralisation, de déficit sensitivo-moteur, d'asymétrie des réflexes tendineux au membre supérieur droit. L'EEG s'était révélé normal, étant souligné que cet examen avait été effectué dans des conditions optimales puisque l'assuré avait présenté un malaise durant l'enregistrement, sans traduction EEG. Un ENMG du membre supérieur droit n'avait pas révélé de composante neuropathique aux douleurs déplorées et l'IRM cérébrale était compatible avec un status après TCC sévère. L'expert neurologue retenait donc un status après un TCC sévère sans séquelles neurologiques, une suspicion d'épilepsie post-traumatique non confirmée et une symptomatologie algo-paresthésiante au membre supérieur droit sans substrat somatique neurologique.

Compte tenu du TCC sévère et de ses épisodes d'absences, l'assuré avait été évalué par un expert-neuropsychologue. Le tableau pouvait être considéré comme valide avec des performances cohérentes, une épreuve de validité de symptômes dans la norme. L'investigation avait été limitée par la fatigue alléguée après une heure de tests et la nécessité d'une pause. Au premier plan avaient été mis en évidence des troubles attentionnels d'intensité modérée qui interféraient avec un maintien continu de l'attention sur la durée. Selon la neuropsychologue, il convenait de discuter de la médication et des éventuels effets secondaires de cette dernière sur les capacités de concentration. En l'état, les limitations concernaient la conduite professionnelle et la nécessité d'aménager des pauses supplémentaires. Les tâches simples devaient être privilégiées et une légère diminution de rendement était attendue, étant toutefois soulignées les bonnes capacités de mémoire, notamment d'apprentissage de nouveaux contenus. Il fallait relever que suite au TCC sévère, l'assuré avait pu reprendre une vie professionnelle satisfaisante et la maintenir jusqu'en 2013. Cela était à souligner étant donné la gravité du TCC et pouvait être interprété comme le résultat d'une probable compensation des déficits. Ces efforts de compensation étaient coûteux dans le temps et pouvaient entraîner une baisse des ressources et un épuisement à long terme. Ils étaient en outre susceptibles de

diminuer les capacités de l'assuré à faire face dans une période de vie professionnelle et familiale compliquée.

L'examen psychiatrique démontrait un assuré collaborant, n'essayant pas de majorer ses symptômes, ne transmettant pas de souffrance ou de vécu douloureux. La pensée était rapide, fluide, bien structurée, arrivait toujours au but et témoignait d'une intelligence normale. Le discours était informatif, différencié, spontané, riche, un peu prolixe en détails, mais jamais répétitifs. L'humeur était dans les limites de la norme, bien modulée. L'assuré pouvait montrer un léger sourire dans des situations appropriées. L'élan vital était conservé à un bon niveau, la gestuelle était vive, tout comme l'expressivité émotionnelle. L'anamnèse dirigée montrait l'absence de ruminations mentales ou de chute de l'humeur en dehors de ce qui était la norme dans une situation difficile. Il n'y avait pas de symptôme d'état de stress post-traumatique des violences subies avant son émigration en Suisse. Au terme de son évaluation, l'expert avait retenu un trouble moteur dissociatif consistant en des crises pseudo-épileptiques psychogènes, en l'absence de diagnostic étiologique neurologique. Il avait également retenu un trouble de l'adaptation avec une dépression réactionnelle actuellement en rémission complète. L'arrêt maladie de novembre 2013 avait entraîné une dépression réactionnelle qui, sous traitement psychothérapeutique et antidépresseurs standards, était entièrement résolutive et ne correspondait pas à une maladie du registre psychiatrique installée de façon durable. L'expert avait retenu la notion de gravité, avec des crises quotidiennes survenant à n'importe quel moment, sans relation avec un événement déclenchant, correspondant à un mécanisme psychique profondément enraciné qui n'était pas accessible à une psychothérapie. La description de la symptomatologie par l'assuré était précise, compatible avec ce à quoi l'on pouvait s'attendre dans des cas similaires et correspondait entièrement à la description donnée par le psychiatre traitant et par l'expert neurologue. Concernant la cohérence, il n'y avait pas de contradiction entre les observations du psychiatre et ses conclusions d'une part, et les descriptions et l'appréciation des autres experts d'autre part. S'agissant des ressources, les limites fonctionnelles étaient liées à une dangerosité en cas de crises, que ce soit au volant d'un camion, probablement également d'une voiture, ou dans toute autre activité où la perte du contrôle et du contact avec l'environnement représentait un danger, comme par exemple les travaux en hauteur. Hormis ces limites, les ressources psychiques de l'assuré étaient intactes. Il s'agissait d'une personnalité stable, équilibrée, intelligente et adéquate dans ses jugements même après avoir vécu des situations objectivement difficiles.

d. Au terme de leur entretien de synthèse, les experts s'accordaient à retenir une atteinte significative à la santé avec, au plan psychique, un trouble moteur dissociatif sous forme de crises entraînant une perte des capacités motrices et visuelles. Au plan somatique, étaient retenus une arthrose post-traumatique acromio-claviculaire avec une tendinopathie du supra-épineux et un status après une luxation de l'articulation sterno-claviculaire droite. Au mois de novembre

2013, l'assuré avait présenté un trouble de l'adaptation avec une dépression réactionnelle, transitoire, actuellement en rémission.

L'atteinte à la santé psychique contre-indiquait toute activité professionnelle en tant que chauffeur poids lourds ou conducteur de machines. Cette atteinte s'était installée graduellement depuis 2012 pour atteindre un degré incapacitant en 2013. Toute activité sans dangerosité en cas de crises était entièrement exigible. L'atteinte à la santé physique entraînait des limitations dans le soulèvement de charges excédant 10 kg, les activités en élévation antérieure ou latérale du membre supérieur droit au-dessus de l'horizontale, les gestes répétés de rotation médiale et la montée et descente d'échelles. L'activité de nettoyage était exigible à hauteur de 80% correspondant à une durée de 100% avec une baisse de rendement de 20%. La capacité de travail dans une activité professionnelle adaptée aux limitations décrites était totale.

Il n'y avait pas d'impact d'un traitement psychotrope sur le phénomène d'absences. L'intensité et le caractère des crises étaient demeurés inchangés malgré l'amélioration et la disparition complète de la dépression réactionnelle. Cela montrait qu'il s'agissait d'un phénomène profondément enraciné qui n'avait pas pu être influencé par un suivi psychiatrique compétent, qualifié et approprié.

e. Les rapports des différents spécialistes ont été annexés au rapport d'expertise. Il ressort notamment de l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr N_____ que le suivi psychiatrique initié en 2014 avait été efficace, avec la disparition des idées noires installées suite à l'arrêt de travail. L'humeur, décrite comme dépressive durant cette période, s'était continuellement améliorée. L'assuré décrivait une souffrance psychique, liée à son inactivité et au fait de ne plus pouvoir travailler. Au niveau psychosocial, il mentionnait également une souffrance psychique depuis 2009 environ, lorsque sa fille avait commencé à avoir des problèmes de comportement et de toxicomanie. Il considérait qu'elle lui avait « détruit sa vie ». Mais depuis au moins une année, l'assuré disait aller beaucoup mieux au niveau psychique et le seul problème qui persistait était les absences. Lors de ces crises, il sentait venir un malaise diffus, devait s'asseoir pour ne pas tomber, perdait contact avec l'extérieur car il ne pouvait plus parler, bouger ou voir, mais il continuait de percevoir son entourage. Ces crises duraient entre moins d'une minute et 5 minutes, pouvaient survenir jusqu'à 15 fois par jour, mais il y avait également des journées sans ces épisodes. Concernant les plaintes actuelles, hormis les crises, l'assuré relatait des troubles du sommeil à l'endormissement, partiellement corrigés avec le traitement médicamenteux. À aucun moment de l'examen l'assuré n'avait transmis sa souffrance ou de vécu douloureux, ni par sa posture, ni par sa mimique, ni par sa gestuelle, ni spontanément verbalement. L'assuré savait précisément tous les médicaments qu'il devait prendre, dont deux comprimés par jour de Sertraline 50 mg et du Quétiapine 50 mg en réserve qu'il prenait presque régulièrement, des médicaments en raison de difficultés d'endormissement et des comprimés contre la douleur. Au status, l'expert en psychiatrie a constaté l'absence de symptômes de la

lignée dépressive, notamment l'absence de ralentissement psychomoteur, l'humeur était dans les limites de la norme, l'élan vital était tout à fait conservé à un bon niveau, correspondant à sa norme ethnique. Il n'y avait pas de rumination mentale ou de chute de l'humeur, en dehors de ce qui était normal dans une situation psychosociale difficile. S'agissant des absences, l'expert-psychiatre a rappelé que son collègue neurologue avait mentionné une épilepsie post-traumatique non confirmée. Sous condition qu'une genèse épileptique soit exclue, le diagnostic de crise pseudo-épileptique psychogène devait être retenu, soit un trouble moteur dissuasif. L'expert-psychiatre n'avait pas observé de séquelles de type altération de la personnalité suite au TCC de 1983, dans le sens d'un syndrome psycho-organique focal. L'assuré disposait d'un bon élan vital et d'une orientation avérée envers le travail et donc de bonnes ressources résiduelles. La situation psychosociale, à savoir un père de famille qui assumait également les tâches de son épouse qui était « hors fonction » pour des raisons que l'expert ne connaissait pas, avec un fils aîné pour lequel le même constat devait être fait, et des difficultés de plusieurs années de la fille, semblait maintenant surmontée. Ces facteurs contextuels importants ne semblaient pas essentiellement et en première ligne être à l'origine du tableau conservé.

19. Dans un avis du 16 novembre 2016, la doctoresse P_____, médecin auprès du service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR), a indiqué s'aligner sur les conclusions de l'expertise de la CRR et conclu que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de dépanneur ou de chauffeur automobile depuis le 22 janvier 2014, mais une pleine capacité de travail dans son activité de nettoyeur, avec une diminution de rendement de 20%, ce qui était également le cas dans toute activité adaptée.
20. Le 18 novembre 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui nier le droit à une rente et à des mesures professionnelles, compte tenu d'un degré d'invalidité insuffisant.
21. Selon l'extrait de compte individuel de l'assuré au 1^{er} décembre 2016, l'intéressé a réalisé un revenu de CHF 4'667.- en 2014, CHF 15'152.- en 2013, CHF 29'165.- en 2012, CHF 21'331.- en 2011 et CHF 25'232.- en 2010.
22. Par courrier du 12 décembre 2016, complété le 14 décembre 2016, l'assuré a contesté le point de vue de l'OAI, soutenant être en incapacité totale de travail.

Il a notamment joint à sa missive les pièces suivantes :

- un rapport du 12 décembre 2016 du Dr C_____ attestant que son patient était actuellement empêché d'effectuer une activité professionnelle en raison de ses problèmes de santé ; sur le plan physique, l'assuré souffrait de brachialgies du membre supérieur droit avec une faiblesse de la main droite consécutive à une fracture de la clavicule droite avec une luxation sterno-claviculaire, le limitant dans la plupart des activités physiques ; il ne pouvait ni soulever des charges ni effectuer des tâches demandant de travailler avec les deux membres supérieurs ;

au niveau psychique, il souffrait d'un état anxio-dépressif chronique avec des épisodes d'état confusionnel et des troubles de la concentration, limitant ses capacités d'apprentissage ; il devait être régulièrement suivi sur le plan psychiatrique et prendre quotidiennement des médicaments psychotropes ; le Dr C_____ estimait que son patient ne pouvait pas entreprendre d'apprentissage d'une nouvelle profession, surtout en raison des limitations psychologiques ; les troubles de la concentration, les épisodes confusionnels, les troubles de l'humeur avec une irritabilité et des épisodes d'absences laissaient présupposer qu'il n'était pas encore prêt à pouvoir entamer une reconversion professionnelle ;

- une attestation du 13 décembre 2016 du docteur Q_____, spécialiste FMH en psychiatrie, aux termes de laquelle l'assuré était régulièrement suivi à la consultation psychiatrique d'Appartenances-Genève ; ce médecin a diagnostiqué un état dépressif fluctuant et traité de façon conséquente avec des antidépresseurs, des neuroleptiques et des somnifères ; l'assuré présentait des difficultés en rapport avec des séquelles d'un accident gravissime sous forme de malaises, de vertiges, de sensations de tremblements, d'absences et de confusion ; au niveau somatique, il souffrait de brachialgies incapacitantes ; les examens actuels confirmaient des séquelles sur les plans neurologique et neuropsychologique, dont l'importance semblait avoir été insuffisamment considérée ; des investigations plus poussées de ces séquelles sur le plan fonctionnel étaient de rigueur ; l'incapacité de travail était d'au moins 50%.
23. Le 21 février 2016 (recte : 2017), la Dresse P_____ a considéré que les nouveaux documents produits n'apportaient pas d'éléments en faveur d'une aggravation ou de nouvelles atteintes et que les éléments mentionnés avaient été pris en considération dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire à la CRR.
24. Par décision du 22 février 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Il a retenu que ce dernier ne pouvait plus exercer son activité habituelle depuis le 22 janvier 2014 (début du délai d'attente), mais qu'il disposait d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles depuis janvier 2014, avec une diminution de rendement de 20% en raison de la situation. Le SMR considérait que les derniers documents produits ne permettaient pas de modifier cette appréciation. Il existait sur le marché de l'emploi un certain nombre d'activités ne nécessitant pas de qualification particulière et qui étaient adaptées à l'état de santé de l'assuré. L'OAI a retenu que le revenu sans invalidité était difficile à déterminer avec précision au vu des revenus fluctuants de l'assuré, de sorte qu'il était fait référence à l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS, TA1_tirage-skill-level, tous secteurs confondus, activité niveau 1 [activités simples et répétitives, sans qualifications requises] pour un homme exerçant une activité à 100%). S'agissant du revenu avec invalidité, il convenait de se baser sur les mêmes données puisque l'assuré présentait une capacité de travail résiduelle de 100% dans un métier adapté. À cet égard, l'OAI a

mentionné que le revenu estimé était largement supérieur à tous les revenus que l'assuré avait perçus durant sa carrière professionnelle. La diminution de rendement de 20% se confondait avec le degré d'invalidité, fixé à 20% depuis le mois de janvier 2014, de sorte que les conditions d'octroi d'une rente et de mesures professionnelles n'étaient pas remplies.

25. Par acte du 27 mars 2017, l'assuré, par l'intermédiaire d'un mandataire, a interjeté recours contre la décision précitée et conclu, sous suite de dépens, préalablement, à ce qu'une nouvelle expertise médico-psychologique soit ordonnée et, principalement, à l'annulation de la décision entreprise, à ce qu'il soit constaté qu'il était invalide à 100% depuis le 22 janvier 2014 et avait droit à une rente entière depuis lors. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi du dossier à l'intimé en vue d'une nouvelle décision. Le recourant a soutenu que sa capacité de travail était nulle depuis le 22 janvier 2014 en raison de ses atteintes à la santé, notamment des brachialgies du membre supérieur droit, un trouble de la personnalité sévère mixte et un état anxio-dépressif chronique, de sorte qu'il avait droit à une rente entière d'invalidité. Il a fait valoir que l'avis du SMR sur lequel se fondait l'intimé était succinct et contredit par plusieurs autres documents du dossier, beaucoup plus étayés, dont les rapports des Drs H_____, C_____, D_____, J_____ et Q_____. Il a soutenu que son état de santé psychologique, en sus de ses limitations fonctionnelles, l'empêchait d'envisager la reprise de toute activité professionnelle, y compris dans une activité adaptée. Il a reproché à l'intimé de ne pas avoir instruit toutes les conséquences de sa pathologie psychologique sur sa capacité de travail, alors même que l'expertise médicale de la CRR avait admis que ses troubles étaient graves et l'entravaient, notamment par des épisodes d'absences prolongées. Quand bien même il parviendrait, par impossible, à trouver un travail adapté à ses restrictions, soit un travail n'exigeant pas de bouger son bras, il serait entravé dans son exercice par les limitations psychologiques. Il a encore fait grief à l'intimé de ne pas avoir tenu compte de l'ensemble des circonstances personnelles, en particulier de son âge avancé, de la barrière de la langue et de ses graves problèmes psychologiques. Il était évident qu'il n'était pas à même de retrouver un travail, de sorte qu'il était inopportun de lui reconnaître une capacité de travail totale, au demeurant en contradiction avec les éléments du dossier.

À l'appui de son recours, il a notamment joint :

- un rapport du 7 mars 2017 du Dr C_____ confirmant les termes de son certificat du 12 décembre 2016 et précisant que le recourant ne pouvait pas entreprendre l'apprentissage d'une nouvelle profession aussi bien sur le plan des limitations psychologiques (capacité d'apprentissage limitée) qu'en raison des difficultés linguistiques (barrière partielle de la langue) ;
- un rapport du 20 mars 2017 du Dr Q_____ faisant état d'une aggravation clinique depuis plusieurs mois avec des céphalées irradiant dans la nuque et les cervicales, survenant en situation de tension et de surcharge émotionnelle

accompagnées d'un sentiment de blocage psychique et d'impuissance, comme de sidération, pouvant faire évoquer une intolérance majeure au stress et un épuisement de sa capacité de résilience ; le recourant indiquait éprouver à ces moments une détresse aiguë où il ne parvenait plus ni à bouger ni à proférer un mot, ne se sentant plus lui-même et ne pouvant rien maîtriser, accompagné d'un état d'anxiété paroxystique, ce qui apparaissait comme un malaise dissociatif ; il devait alors demander de l'aide et être mis à l'abri, sinon il risquait d'exploser en crise de nerfs ou clastique ; la disparition des symptômes se réalisait après 5 à 10 minutes sans séquelles rapportées ; dans ce contexte, il présentait des épisodes dissociatifs transitoires dans le cadre plus général d'un trouble de la personnalité sévère mixte (F61.0), émotionnellement labile, type impulsif (F30.60) et anxieuse (F60.6), avec un trouble de l'affectivité, une labilité émotionnelle, des réactions de colère inappropriées et une perte de contrôle des impulsions alternant avec des sentiments de détresse ou d'abandon et des désordres cognitifs liés à l'anxiété ; le psychiatre traitant notait de la projectivité, des inférences arbitraires, des idées rigides allant jusqu'à une idéation persécutoire ; le fonctionnement interpersonnel était perturbé ainsi que les capacités cognitives ; ce trouble devenait envahissant et invalidant de façon majeure en situation dépressive ou anxieuse ; ce tableau clinique n'avait pas été considéré dans les différents rapports médicaux précédents malgré le fait qu'il conférait à la psychopathologie du recourant un caractère de maladie ; selon le Dr Q_____, l'incapacité de travail était de 50% au moins.

26. Dans sa réponse du 25 avril 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il a considéré que l'expertise pluridisciplinaire du 5 septembre 2016 devait se voir accorder une pleine valeur probante. Les épisodes d'absences avaient dûment été pris en considération par l'expert-psychiatre, lequel avait notamment souligné les bonnes ressources résiduelles du recourant et considéré que toute activité sans dangerosité en cas de crises était entièrement exigible. Le recourant ne faisait état d'aucun élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinent pour remettre en question les conclusions de la CRR. Pour le surplus, l'intimé était d'avis qu'il n'y avait pas d'élément déterminant qui justifiait une réduction du revenu sans invalidité. En outre, le niveau de qualification retenu tenait compte du manque de connaissance linguistique et des qualifications professionnelles du recourant, et l'âge de ce dernier au moment hypothétique de l'invalidité était encore éloigné du seuil à partir duquel la jurisprudence parlait d'un âge avancé.

L'intimé a annexé à son écriture un avis de la doctoresse R_____, médecin auprès du SMR, daté du 13 avril 2017. Il en ressort que les restrictions énoncées par le Dr C_____ dans son rapport du 7 mars 2017 avaient déjà été prises en compte par le SMR et que l'ENMG du membre supérieur droit effectué au mois de mai 2014 n'avait pas démontré de composante neuropathique ou de faiblesse objective.

L'examen neuropsychologique du 17 août 2016 de Mme S_____ contredisait les éléments apportés par le Dr C_____, dès lors que les bonnes capacités de mémoire du recourant, notamment d'apprentissage de nouveaux contenus, avaient été soulignées. S'agissant du rapport du Dr Q_____ du 20 mars 2017, il mentionnait une capacité de travail de 50% sur le plan psychiatrique. Cela n'était toutefois pas justifié en l'absence de trouble de la personnalité et de pathologie thymique sévère. Partant, les nouvelles pièces n'étaient pas susceptibles de modifier les précédentes conclusions du SMR.

27. Le 18 mai 2017, le recourant a persisté dans les termes de son recours. Il a en outre signalé que le Dr C_____ avait fait état de nouveaux troubles pouvant influencer sur sa capacité de travail, à savoir une hypertension artérielle qui nécessitait la prise d'un traitement au long cours, des apnées du sommeil qui pouvaient entraîner une certaine fatigabilité et des troubles de la concentration, ainsi qu'un probable syndrome des jambes sans repos, ce qui pouvait également accentuer les troubles du sommeil.
28. En date du 9 juin 2017, l'intimé a également maintenu ses conclusions, relevant que le recourant n'avait apporté aucun élément lui permettant de modifier son appréciation des faits.
29. 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b ; ATF 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, la décision litigieuse du 22 février 2017 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 38 al. 3 LPGA).

Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56ss LPGA ; art. 89B LPA).

5. Le litige porte que le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail et son degré d'invalidité.
6. a. 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 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).
b. 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. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas

comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

8. 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).

En d'autres termes, dans chaque cas d'invalidité, il doit y avoir un diagnostic médical pertinent d'après lequel, à dire de spécialiste, la capacité de travail (et de gain) est diminuée de manière importante. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels sont au premier plan dans 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. En effet, il ne suffit pas que le tableau clinique indique qu'il y a diminution de la capacité de travail et que celle-ci a sa source dans des facteurs socioculturels, mais encore faut-il qu'il prenne en compte le diagnostic médical sur le plan

psychiatrique, par exemple qu'il fasse clairement la différence entre l'humeur dépressive dont se plaint l'assuré et l'état dépressif au sens médical ou qui lui est assimilable. Si le diagnostic médical retient une atteinte à la santé psychique entraînant une diminution de la capacité de travail (et de gain), les facteurs socioculturels sont relégués à l'arrière-plan. Tel n'est pas le cas, en revanche, quand l'expert admet que le diagnostic médical ne suffit pas pour expliquer l'incapacité de travail, imputable essentiellement aux difficultés psychosociales ou socioculturelles de l'assuré (VSI 2000 p. 155 consid. 3).

9. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

D'après une jurisprudence constante, la qualification du médecin joue un rôle déterminant dans l'appréciation de documents médicaux. L'administration et le juge appelés à se déterminer en matière d'assurances sociales doivent pouvoir se fonder sur les connaissances spéciales de l'auteur d'un certificat médical servant de base à leurs réflexions. Il s'ensuit que le médecin rapporteur ou pour le moins le médecin signant le rapport médical doit en principe disposer d'une spécialisation dans la discipline médicale concernée ; à défaut, la valeur probante d'un tel document est moindre (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_826/2009 du 20 juillet 2010 consid. 4.2).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il 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).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

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).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

-
10. Conformément aux art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins, mais 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 LPGGA.

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.

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 LPGGA et art. 28a al. 1 LAI).

11. a. 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).

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).

b. 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). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide ; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou

encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

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).

c. 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 (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).

Dans un arrêt 9C_677/2015 du 25 janvier 2016, le Tribunal fédéral a jugé qu'un abattement de 15% se justifiait, vu la nature des limitations fonctionnelles présentées par l'intéressé (pas de mouvement en porte-à-faux, pas de charges de plus de 10 kg, pas de mouvements répétitifs du rachis, alternance des positions debout et assis), lequel était, en outre, âgé de 54 ans et avait été absent de façon prolongée du marché du travail. Seules des concessions salariales sensibles pourraient compenser cet état de fait et permettre à l'intéressé d'être compétitif sur le marché du travail.

Dans un arrêt 8C_311/2015 du 22 janvier 2016, le Tribunal fédéral a estimé qu'un taux de 10% tenait suffisamment compte de l'âge de l'assuré (près de 55 ans au moment de la comparaison des revenus) et de ses limitations fonctionnelles. Il a relevé qu'un abattement plus élevé n'était pas indiqué, dès lors qu'il n'y avait pas lieu de retenir des problèmes particuliers d'adaptation. L'assuré avait été en mesure de changer d'entreprise et de se plier à de nouvelles contraintes émanant d'employeurs différents. Par ailleurs, on ne pouvait prendre en compte des difficultés linguistiques dans le cas d'un assuré arrivé en Suisse en 1981 et y ayant vécu de nombreuses années. Quant à l'absence de formation professionnelle certifiée et à la scolarité limitée, les premiers juges ont rappelé que ce défaut n'avait pas entravé l'assuré dans ses recherches d'emploi avant d'être atteint dans sa santé.

Dans un arrêt 8C_655/2016 du 4 août 2017, le Tribunal fédéral a confirmé un abattement de 15% pour tenir compte de l'âge de l'assuré, 58 ans au moment de la naissance de la rente qui constituait le plus grand inconvénient et du fait qu'il perdait l'avantage de compter 15 années de services chez un employeur public, relevant que les limitations fonctionnelles ne présentaient pas de spécificités telles qu'elles étaient susceptibles d'induire, à elles-seules, une réduction importante sur ses perspectives salariales compte tenu de la palette d'activités compatibles avec celles-ci.

d. Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2).

12. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle

décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

13. 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).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - 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 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

14. En l'espèce, l'intimé a tenu compte d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 20%, sur la base de l'appréciation du SMR du 16 novembre 2016, elle-même fondée sur le rapport d'expertise de la CRR du 5 septembre 2016.

Le recourant quant à lui conteste les conclusions de ces documents, en particulier les diagnostics retenus sur le plan psychique, les limitations fonctionnelles, ainsi que le taux de sa capacité de travail résiduelle. Il soutient en substance que les médecins consultés ont conclu à une incapacité totale de travail en raison de l'ensemble de ses pathologies, qu'il ne peut pas exercer un travail requérant l'utilisation de son bras droit et qu'il présente de graves troubles psychologiques et des épisodes d'absences prolongées.

15. À titre préalable, il convient de relever que le rapport du Dr C_____ du 7 mars 2017 et celui du Dr Q_____ du 20 mars 2017, documents postérieurs à la décision dont est recours, se rapportent, du moins partiellement, aux atteintes à la santé préexistant à ladite décision et qui ont fait l'objet de l'appréciation de la

capacité de travail du recourant, de sorte que ces documents doivent être pris en considération dans le cadre de la présente procédure.

En revanche, les affirmations non étayées du recourant contenues dans son écriture du 18 mai 2017 se rapportent à de nouvelles pathologies et ne sont donc pas pertinentes pour l'issue du litige.

16. La chambre de céans constate que le rapport d'expertise pluridisciplinaire de la CRR remplit sur le plan formel toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document.

Il contient un résumé du dossier, se fonde sur une anamnèse détaillée et une analyse complète des pièces pertinentes. Les experts ont livré les résultats de leurs examens approfondis, pris en considération les plaintes du recourant, argumenté leur appréciation, procédé à une discussion consensuelle et présenté des conclusions précises et motivées.

17. a. Au niveau rhumatologique, les experts ont diagnostiqué une arthrose post-traumatique acromio-claviculaire droite, une tendinopathie de la face supérieure du supra-épineux droit et un status après une luxation de l'articulation sterno-claviculaire droite, atteintes ayant des répercussions sur la capacité de travail.

Ces diagnostics ne prêtent pas le flanc à la critique. En effet, les examens radiologiques ont révélé des lésions arthrosiques dégénératives de l'articulation acromio-claviculaire, un conflit sous-acromial et un petit ostéophyte sous-acromial. En outre, l'expert a relevé de discrets signes compatibles avec une tendinopathie minima du supra-épineux, de sorte qu'il a également retenu un tel trouble, lequel avait d'ailleurs été constaté par le Dr G_____.

L'expert-rhumatologue a retenu des limitations fonctionnelles en lien avec le port de charges de plus de 10 kg, des activités en élévation antérieure ou latérale du membre supérieur droit au-dessus de l'horizontale, des gestes répétés de rotation médiale et la montée et descente d'échelles. Il a estimé que la capacité de travail était de 100% dans l'activité de nettoyage, avec une baisse de rendement de 20%, mais qu'elle était totale dans une activité tenant compte des limitations fonctionnelles.

Rien ne permet de remettre en cause les restrictions énoncées. Il est en effet rappelé que l'expert en rhumatologie a observé que les amplitudes de l'épaule étaient normales et a souligné des discordances, d'une part, entre la discrétion des signes objectifs retrouvés et l'importance des plaintes alléguées et, d'autre part, entre la difficulté à mobiliser l'épaule lors de l'examen clinique et la musculature parfaitement développée, ainsi que la relative bonne utilisation lors de l'entretien. Les constatations de l'expert sont comparables à celles du Dr G_____, lequel a relevé que les mobilités, et partiellement la force, étaient conservées. De même, le Dr D_____ a estimé que la force paraissait globalement conservée et que les doléances du recourant étaient en contradiction avec sa gestuelle. Enfin, le Dr H_____ a lui aussi évoqué une éventuelle amplification de la symptomatologie.

En définitive, seul le Dr C_____ a considéré que son patient était incapable d'utiliser sa main droite, en raison de brachialgies et d'une faiblesse de la main. Cette opinion ne repose toutefois pas sur des constatations médicales objectives, mais est uniquement basée sur les doléances du recourant. Le médecin traitant, lequel ne dispose au demeurant pas d'une spécialisation en rhumatologie, ne soulève aucun indice qui permettrait de douter des conclusions de l'expert s'étant prononcé sur ce volet, après un examen complet.

b. Sur le plan neurologique, les experts ont retenu le diagnostic de status après un TCC sévère en 1983 sans séquelles neurologiques, diagnostic dépourvu d'effets sur la capacité de travail. En outre, le neurologue a conclu à une suspicion d'épilepsie post-traumatique non confirmée et à une symptomatologie algo-paresthésiante au membre supérieur droit sans substrat somatique neurologique.

Ces appréciations sont convaincantes et correspondent à celles des autres spécialistes puisque l'examen du Dr D_____ n'a pas mis en évidence d'atteinte neurologique du membre supérieur droit, l'EEG de ce médecin s'est révélé dans les limites de la norme et l'ENMG du membre supérieur droit réalisé par la Dresse E_____ n'a pas mis en exergue d'arguments en faveur d'une atteinte nerveuse périphérique. Enfin, en l'absence d'un enregistrement EEG de longue durée, examen auquel le recourant n'a pas souhaité se soumettre, il n'a pas été possible de confirmer ou d'infirmer l'existence d'un trouble épileptique, lequel a été suggéré, sans toutefois pouvoir être confirmé, par les Drs F_____, D_____ et I_____. Le Dr D_____ n'a, lui non plus, pas retenu de limitation fonctionnelle sur le plan neurologique et a estimé que la capacité de travail était entière.

c. Compte tenu du TCC sévère et des épisodes d'absences, le recourant a fait l'objet d'une évaluation par une spécialiste en neuropsychologie. Mme O_____ a fait état de troubles attentionnels modérés qui interféraient avec un maintien continu de l'attention et précisé que l'investigation avait été limitée par la fatigue alléguée après une heure de tests et la nécessité d'une pause. Elle a ajouté qu'il convenait de discuter de la médication et des éventuels effets secondaires de cette dernière sur les capacités de concentration. Elle a en outre relevé que le recourant avait pu reprendre et maintenir jusqu'en 2013 une vie professionnelle satisfaisante suite au TCC, ce qui pouvait avoir entraîné une baisse des ressources et un épuisement à long terme, compte tenu de la gravité du TCC et de la situation professionnelle et familiale compliquée. Elle a conclu que le tableau pouvait être considéré comme valide avec des performances cohérentes.

Les pièces produites dans le cadre de la présente procédure ne permettent pas de remettre en cause l'évaluation de cette spécialiste. Il est en particulier relevé que le Dr I_____ a signalé des troubles exécutifs modérés en planification et auto-activation et des troubles mnésiques antérogrades verbaux. Mme O_____ a toutefois constaté que les éléments autobiographiques fournis étaient précis et cohérents. En mémoire à court terme, l'empan verbal était dans la norme et celui visuo-spatial à la limite de la norme. En mémoire à long terme verbale,

l'apprentissage d'une liste de quinze mots était dans la norme, leur reconnaissance immédiate au sein d'un texte était maximale et leur rappel libre différé était dans la norme. Un test de reconnaissance de dessins en choix forcé était dans la norme au deuxième essai. Concernant les fonctions exécutives, la programmation était évaluée dans la norme, la coordination réciproque bi-manuelle était possible, mais limitée par les douleurs alléguées de la main droite. Bien que certaines fonctions exécutives soient ralenties ou déficitaires (la dénomination en conflit avec la lecture, la flexibilité et l'incitation), Mme O_____ a conclu que le recourant était apte à effectuer des tâches simples, avec une légère diminution de rendement et le besoin d'aménager l'horaire de travail en y incluant des pauses supplémentaires. Elle a estimé que seule la conduite professionnelle n'était plus possible.

On relèvera encore que les troubles de la concentration, les fréquents oublis et les difficultés dans la gestion des tâches administratives rapportés par le Dr C_____ ne sont étayés par aucun examen approfondi ni constatations objectives.

d/aa. Au niveau psychiatrique, l'expert a tout d'abord diagnostiqué un trouble moteur dissociatif consistant en des crises pseudo-épileptiques psychogènes, en l'absence de diagnostic étiologique neurologique.

Il a exposé que l'atteinte s'était installée graduellement depuis 2012, pour atteindre un degré incapacitant en 2013, et a retenu la notion de gravité en raison de la fréquence des crises, quotidiennes, survenant à n'importe quel moment et sans relation avec un facteur déclenchant. L'intensité et le caractère des crises étaient demeurés inchangés malgré l'amélioration et la disparition complète de la dépression réactionnelle, ce qui démontrait qu'il s'agissait d'un phénomène profondément enraciné. Les limites fonctionnelles étaient liées à la dangerosité en cas de perte du contrôle et du contact avec l'environnement, mais la capacité de travail était entière dans toute activité sans dangerosité en cas de crises.

Cette analyse est convaincante. L'expert a dûment exposé les raisons pour lesquelles il avait retenu un diagnostic par exclusion, démarche qui a d'ailleurs également été suivie par le Dr J_____, lequel a posé le diagnostic peu spécifique de trouble mental organique ou symptomatique, sans précision, en attendant l'évolution ou les résultats d'un EEG. Concernant l'évaluation de la capacité de travail, il est rappelé qu'il ressort des pièces du dossier que les crises, certes parfois fréquentes, sont brèves et ne durent pas plus de 5 minutes. Le recourant les sent venir et continue de percevoir son entourage, bien qu'il ne puisse plus parler, bouger ou voir. Ces épisodes d'absences semblent donc compatibles avec une activité lucrative adaptée aux limitations fonctionnelles, soit une activité légère et simple, avec une diminution de rendement. Si le Dr J_____ a estimé que ces troubles représentaient une gêne très significative et justifiaient une incapacité totale de travail, il n'a pas motivé son appréciation en expliquant les raisons pour lesquelles ces absences seraient incompatibles avec l'exercice d'une activité simple, en tenant compte d'une baisse de rendement de 20%. Quant au

Dr Q_____, il a estimé dans son rapport du 13 décembre 2016 que l'état de santé global de son patient justifiait une incapacité de travail d'au moins 50%, mais il n'a pas fait état d'éléments qui auraient été ignorés par les experts. Il s'est contenté d'affirmer que les examens actuels confirmaient des séquelles neurologiques et neuropsychologiques importantes qui n'auraient pas suffisamment été prises en considération, sans exposer d'éléments objectifs qui auraient été omis par les experts. Au contraire, la description des épisodes d'absence par ce psychiatre correspond en tout point à celle ressortant de l'expertise. En réalité, le Dr Q_____, tout comme le Dr C_____, se contente de substituer sa propre appréciation de la capacité de travail de son patient.

d/bb. Les experts ont ensuite diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec une dépression réactionnelle actuellement en rémission complète.

Le spécialiste en psychiatrie a notamment constaté que l'humeur était dans les limites de la norme, bien modulée, que le recourant ne transmettait pas de souffrance ou de vécu douloureux, que l'élan vital était conservé à un bon niveau, que la gestuelle et l'expressivité émotionnelle étaient vives, qu'il n'y avait pas de ruminations mentales ou de chute de l'humeur en dehors de ce qui était la norme dans une situation difficile. Il a considéré que le recourant avait souffert d'une dépression réactionnelle suite à son arrêt de travail au mois de novembre 2013. Toutefois, le suivi initié en 2014 avait été efficace, avec la disparition des idées noires et une amélioration de l'humeur. Sous traitement psychothérapeutique et antidépresseurs standards, la dépression était entièrement résolutive et ne correspondait pas à une maladie du registre psychiatrique installée de façon durable. L'expert a conclu que les ressources psychiques du recourant, qualifiées de stables, équilibrées, intelligentes, adéquates dans ses jugements, étaient intactes. Il a donc exclu l'éventuelle baisse des ressources évoquée par la neuropsychologue.

Cette argumentation est convaincante, étant singulièrement rappelé que l'expert a examiné les critères diagnostiques de la dépression, qu'il a constaté l'absence de symptômes de la lignée dépressive et que le recourant lui-même a exposé que la prise en charge psychiatrique avait permis de stabiliser la situation. D'ailleurs, les plaintes du recourant à l'expert ne concernaient que les épisodes d'absences et des troubles du sommeil, partiellement corrigés par les médicaments.

Dans son attestation du 13 décembre 2016, le Dr Q_____ a mentionné un état dépressif fluctuant, sans faire état du moindre élément qui aurait été ignoré dans le cadre de l'expertise et sans livrer la moindre argumentation venant appuyer son avis. Dans son rapport du 20 mars 2017, il a signalé une aggravation clinique « depuis plusieurs mois » et retenu de nouvelles pathologies, soit des épisodes dissociatifs transitoires dans le cadre plus général d'un « trouble de la personnalité sévère mixte », émotionnellement labile, type impulsif et anxieux, avec un trouble de l'affectivité. Son appréciation est cependant dénuée de toute argumentation et le psychiatre traitant n'a pas précisé sur quels éléments il se fondait ni quand précisément était survenue l'aggravation de l'état de santé

psychique de son patient. Dans ces conditions, rien ne permet de retenir que le recourant aurait présenté de nouvelles atteintes à la santé psychique avant le prononcé de la décision litigieuse.

Quant à l'appréciation du Dr C_____, lequel a évoqué un état anxio-dépressif à maintes reprises, elle n'émane pas d'un spécialiste. En outre, ce diagnostic n'a fait l'objet d'aucune discussion par le médecin traitant et les critères pertinents pour le confirmer n'ont pas été examinés.

d/cc. C'est encore le lieu de relever que l'expert-psychiatre qui a posé un diagnostic en rémission ne s'est pas expressément déterminé sur l'évolution de la capacité de travail depuis le début de l'incapacité de travail en janvier 2014. Cette omission est toutefois sans conséquence car il apparaît, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que l'état dépressif du recourant, lequel a bénéficié d'un suivi adéquat et efficace dès le 27 février 2014, n'entravait plus sa capacité de travail au moment de l'ouverture du droit à la rente, soit au mois de janvier 2015.

En effet, le recourant a déclaré à l'expert au mois d'août 2016 qu'il se portait beaucoup mieux au niveau psychique depuis « au moins une année ». Le Dr J_____ a indiqué dans son rapport du 11 septembre 2015 que l'humeur était sans particularité en février et mars 2014, que l'anxiété était modérée, mais qu'il existait un risque suicidaire. Le traitement de Sertraline, augmenté de 50 mg à 100 mg par jour en août 2014, a entraîné un net effet positif et le psychiatre traitant a considéré, au mois de septembre 2014, que le trouble dépressif était « en rémission en tout cas partielle ». Le Dr C_____ a d'ailleurs observé en novembre 2014 que le moral était amélioré par le traitement. Ce dernier a été renouvelé aux mois de mars et juillet 2015, puis a pu être réduit puisqu'il n'était que de 50 mg par jour au moment de l'expertise pluridisciplinaire. Ces éléments corroborent l'évaluation de l'expert-psychiatre qui a considéré que l'humeur décrite comme dépressive au début du traitement s'était continuellement améliorée et que la dépression réactionnelle passagère ne correspondait pas à une maladie du registre psychiatrique installée de façon durable, ce qui revient à nier une atteinte incapacitante.

e. Force est donc de constater qu'aucun élément objectif précis ne permet de douter du bien-fondé des conclusions du rapport d'expertise, de sorte qu'une instruction complémentaire ne sera pas ordonnée.

La chambre de céans fera donc siennes les conclusions du rapport pluridisciplinaire du 6 septembre 2016, auquel elle reconnaît une pleine valeur probante. Elle considère donc que les épisodes d'absences du recourant contre-indiquent toute activité professionnelle dangereuse en cas de crises. Sur le plan somatique, elle retient des limitations dans le soulèvement de charges excédant 10 kg, les activités en élévation antérieure ou latérale du membre supérieur droit au-dessus de l'horizontale, les gestes répétés de rotation médiale et la montée et descente d'échelles. Elle conclut que la capacité de travail est entière dans une activité

professionnelle adaptée, avec une baisse de rendement de 20% pour tenir compte des difficultés neuropsychologiques.

18. Compte tenu des conclusions du rapport d'expertise de la CRR, l'intimé était légitimé à conclure que le recourant présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 20%.
19. S'agissant du taux d'invalidité, le recourant ne conteste ni la référence aux données ESS, ni le tableau retenu pour la fixation des salaires avec et sans invalidité.

Il considère en revanche que l'intimé n'a pas tenu compte de l'ensemble de ses circonstances personnelles, notamment de son âge, de la barrière de la langue et de ses graves problèmes psychologiques.

20. L'intimé a estimé que la diminution de rendement de 20% se confondait avec le degré d'invalidité, fixé à 20%, de sorte que le recourant n'avait droit à aucune prestation. Il a donc écarté tout abattement sur le salaire statistique.

La chambre de céans observe que, même en tenant compte d'un abattement de 10% en raison des épisodes d'absences, lesquels sont susceptibles d'induire une réduction des perspectives salariales puisqu'ils peuvent survenir plusieurs fois par jour et engendrer, de par leur nature, une inactivité totale et imprévisible durant quelques minutes, le recourant n'aurait de toute façon par le droit à une rente, son degré d'invalidité demeurant insuffisant.

Elle relèvera à toutes fins utiles qu'une déduction supérieure à 10% ne se justifie pas en l'occurrence, étant rappelé que le recourant était âgé de 57 ans au moment de la décision litigieuse et qu'une baisse de rendement de 20% a déjà été prise en considération en raison des difficultés neuropsychologiques. En outre, on ne saurait tenir compte de difficultés linguistiques car le recourant vit à Genève depuis 1991 et a obtenu la naturalisation suisse en 2005. Enfin, il ressort clairement de l'expertise de la CRR que le recourant dispose de bonnes ressources.

21. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Étant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
4. 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

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le