

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1872/2011

ATAS/1205/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 octobre 2012

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur D_____, domicilié à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître LOCCIOLA Maurizio

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, Genève

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. M. D _____ (ci-après : l'assuré), né en 1957, marié, père de six enfants nés en 1985, 1988, 1990, 1992, 1994 et 1996, originaire du Kosovo, est entré en Suisse le 31 mai 1999. Il est titulaire d'une autorisation d'établissement C.
2. L'assuré a exercé au Kosovo une activité d'agriculteur (1995-1998) et de chauffeur de poids lourds (1985-1995). Il a travaillé du 1^{er} au 31 décembre 2000 pour X _____ SA, du 1^{er} au 30 septembre 2001 pour Y _____ SA, en juillet 2003 pour Z _____ Sàrl et comme camionneur pour l'entreprise V _____ en 2006.
3. Le 4 juin 2007, le Dr E _____, FMH pneumologie et médecine interne, a attesté qu'il avait examiné l'assuré le 1^{er} juin 2007 pour un syndrome d'apnées du sommeil sévère (IAH à 32,1/h) et proposait l'introduction d'un appareil de pression possible continue (LPAP).
4. Le 31 décembre 2008, le Dr E _____ a attesté que le patient s'était adapté à son appareil et que le traitement était optimal. La légère somnolence dont il se plaignait encore était due probablement à l'état dépressif.
5. Le 27 juillet 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en mentionnant un stress post-traumatique, un état dépressif et des apnées du sommeil.
6. Depuis le 1^{er} août 2009, l'assuré a bénéficié de prestations de l'Hospice Général.
7. Le 17 août 2009, le Dr E _____ a rempli un rapport médical AI en mentionnant un suivi du 1^{er} juin 2007 au 19 février 2009 en raison d'un syndrome d'apnées du sommeil. Il présentait une fatigue persistante dans le cadre d'un état dépressif, une difficulté de concentration et des troubles mnésiques et utilisait un CPAP. L'oxymétrie nocturne était normalisée sous traitement. Sa capacité de travail était réduite de 20 % en raison de difficultés de concentration et ralentissement dans l'exécution des travaux depuis le 1^{er} juin 2007.
8. Le 24 août 2009, l'assuré a indiqué qu'il n'avait pas de formation et qu'il était conducteur de camions au Kosovo.
9. Le 22 octobre 2009, le Dr F _____, médecine interne FMH, a rempli un rapport médical AI dans lequel il a posé le diagnostic d'état dépressif depuis au moins 2003 et de syndrome d'apnées du sommeil depuis 2007. Il suivait l'assuré depuis le 21 octobre 2003. Ce dernier consultait le Dr G _____ pour l'état dépressif.

10. Les 8 janvier et 25 février 2010, le Dr G_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rempli un rapport médical AI dans lequel il a diagnostiqué un syndrome de stress post-traumatique, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère et une personnalité anxieuse depuis 1999 ainsi qu'un syndrome d'apnées du sommeil sévère. Le traitement avait débuté le 5 octobre 2004. L'assuré présentait des troubles majeurs de l'investissement, de la concentration et de la mémoire sur état de stress post-traumatique et état dépressif avec difficultés d'adaptation et d'apprentissage, fatigabilité extrême et intolérance multiples, au bruit, à la foule, aux contraintes, baisse du rendement et céphalées tensionnelles démobilisantes. Il présentait une symptomatologie anxieuse sous forme de séquelles post-traumatique : cauchemars récurrents, sursauts, réviviscences, accès d'anxiété paroxystique en rapport à une personnalité évitante. Pas de signe de la lignée psychotique. Troubles du sommeil et de la mémoire. Fatigabilité extrême. La symptomatologie dépressive était majeure avec retrait, aboulie, désinvestissement douloureux de toute activité et souvent également des relations avec ses proches. Il restait mobile psychiquement malgré son vécu traumatique et sa tendance à l'évitement. Il avait de la difficulté et de l'appréhension à s'investir spontanément dans une tâche malgré une excellente volonté, il présentait des troubles mnésiques et de la concentration (état de stress post-traumatique et apnées du sommeil) et une perte des repères.

Les handicaps fonctionnels existaient depuis la fin de la guerre au Kosovo en 1999. Il avait subi des violences extrêmes et répétées durant la guerre.

L'incapacité de travail était totale depuis janvier 2007.

11. Le 17 mars 2010, l'assuré a indiqué à l'OAI qu'il n'avait jamais été hospitalisé dans un milieu psychiatrique.
12. Le 28 juin 2010, le Dr G_____ a précisé à l'OAI que l'état de stress post-traumatique était consécutif aux événements vécus et aux violences ethnopolitiques au Kosovo en 1999. La récurrence des épisodes dépressifs sévères était d'environ quatre mois et successifs depuis quatre ans et la réponse au traitement modérée. Dans ce contexte comorbide sévère, le patient présentait une fatigue et une fatigabilité majeure, des troubles du sommeil (également dus à son syndrome d'apnées du sommeil), une aboulie, des sentiments de rejet, d'incompétences, d'inutilité, en particulier vis-à-vis de son rôle parental, des difficultés de concentration et de mémoire de travail, des crises d'anxiété et de larmes avec retrait, errance et isolement. Ces conditions étaient totalement incompatibles avec une reprise de travail, a fortiori dans sa profession comme chauffeur poids lourds. Une reprise de travail à temps très partiel était envisageable sous forme de stages probatoires et d'orientation professionnelle. Le pronostic était réservé.

13. Le 29 septembre 2010, le SMR a estimé qu'une expertise psychiatrique était nécessaire.
14. Le 12 octobre 2010, le Dr E_____ a relevé que l'assuré était toujours bien adapté à son appareil CPAP et présentait moins de réveils nocturnes, de céphalées et une amélioration de la qualité du sommeil. La fatigue et le manque d'énergie qui persistaient étaient attribuables à l'état dépressif.
15. Le 2 février 2011, à la demande de l'OAI, le Dr H_____, FMH spécialiste psychiatrie et psychothérapie, a rendu une expertise fondée sur un entretien du 7 décembre 2010 avec l'assuré et des examens paracliniques. L'expert a relevé que l'assuré avait exercé comme chauffeur de poids lourds en Serbie jusqu'en 1990, date à laquelle il avait déposé une demande d'asile en Suisse (rapport p. 2), puis qu'il serait arrivé en Suisse en 1999 (rapport. p. 4), enfin qu'il avait fui son pays en 1998 avant de déposer en 1999 une demande de prestations d'invalidité en Suisse (rapport p. 12) et qu'il n'avait pas travaillé depuis plus de vingt ans (rapport. p. 13). Il avait travaillé comme chauffeur un mois en 2006 mais avait été licencié en raison d'un accident. L'expert a constaté une bonne observance du traitement de Ciprax. Il a posé les diagnostics "d'état dépressif majeur de gravité légère PTSD en rémission, mauvaise intégration socioculturelle, difficultés socio-économiques et à trouver un emploi, conflit de couple et autre ?"

Il s'agissait plus d'une situation d'acculturation et sociale que strictement médicale. L'hypothèse d'un trouble somatoforme indifférencié restait ouverte mais non incapacitante; la comorbidité psychiatrique était légère et il n'y avait pas de perte d'intégration sociale; la maladie servait à fournir des solutions concrètes à des problèmes économiques et professionnels. La capacité de travail était entière depuis 2004.

16. Le 7 mars 2011, le Dr I_____ du SMR a rendu un avis selon lequel l'expertise était convaincante et claire de sorte que la capacité de travail était entière depuis 2004.
17. Par projet de décision du 21 mars 2011, l'OAI a rejeté la demande de prestations en se fondant sur l'expertise du Dr H_____ du 2 février 2011 et l'avis du SMR du 7 mars 2011.
18. Par décision du 16 mai 2011, l'OAI a confirmé son projet de décision.
19. Le 16 juin 2011, l'assuré, représenté par un avocat, a recouru à l'encontre de la décision de l'OAI du 16 mai 2011 en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

Il a relevé que le Dr H_____ était systématiquement mandaté par l'OAI à tel point qu'il en était pratiquement devenu "salarié", que l'expertise avait duré à peine

vingt minutes alors que l'assuré ne s'exprimait que difficilement en français, que l'expert mentionnait à tort que des tests psychométriques avaient été réalisés et sollicitait un délai pour communiquer un avis du Dr G_____.

20. Le 20 juillet 2011, le Dr G_____ a rendu un avis médical suite à l'expertise du Dr H_____. L'assuré continuait de subir un envahissement de sa pensée par des scènes de guerre plusieurs fois par jour et des cauchemars qui le réveillaient plusieurs fois par nuit; il se décrivait comme nerveux, irritable et éprouvant des tensions, crampes intestinales, des transpirations, des sentiments de chaud-froid et des paresthésies aux bras et aux mains. Il n'avait pas de capacité à faire face, à se confronter à autrui, à affronter sa vie. Il passait ses journées à errer, en fuite du domicile familial. Cette symptomatologie d'évitement majeur contrastait avec l'homme actif entreprenant et motivé qu'il était avant la guerre. L'assuré n'avait travaillé qu'un seul mois en 2006 depuis son arrivée en Suisse en 1999. Cette prise d'emploi avait été un échec. La récurrence des épisodes dépressifs sévères était toujours réelle. L'assuré était très isolé et évitant et vivait un conflit de couple avec une épouse elle-même victime d'un état de stress post-traumatique. Le couple avait été suivi au centre de thérapie brève des HUG durant une année. Il présentait des troubles de la mémoire, de la concentration, une fatigue et une fatigabilité exacerbées par le syndrome d'apnée du sommeil dont l'expertise ne faisait pas suffisamment mentions ainsi que de douleurs diffuses qui constituaient un syndrome douloureux somatoforme persistant invalidant. L'assuré présentait une pathologie psychiatrique importante identifiée en 2004, qui évoluait probablement depuis 1999 de façon négative mais il n'était pas possible de se prononcer sur la période antérieure à 2004. L'incapacité de travail était totale. Il confirmait les diagnostics de syndrome de stress post-traumatique, trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère et personnalité anxieuse (évitante).
21. Le 25 août 2011, l'assuré a relevé que le Dr H_____ n'avait pas mentionné le suivi médical du couple au centre de thérapie brève des HUG et que l'expertise était superficielle. Il sollicitait l'audition des Drs G_____ et E_____ ainsi que l'ordonnance d'une expertise psychiatrique judiciaire.
22. Le 13 septembre 2011, la Dresse J_____ du SMR a rendu un avis selon lequel malgré les difficultés de langue, un contact de qualité avait pu être établi entre l'assuré et l'expert, au vu de l'anamnèse et du status psychiatrique. Le Dr G_____ n'apportait pas, dans son avis du 20 juillet 2011, des constatations objectives. La symptomatologie permettant de classer l'épisode actuel de sévère et de récurrent n'était pas décrite. L'avis du SMR du 7 mars 2011 pouvait être confirmé.
23. Le 21 septembre 2011, l'intimé a conclu au rejet du recours. Le fait qu'un médecin serait chargé régulièrement par l'OAI d'établir des expertise ne permettait pas de conclure à sa partialité. Il n'existait pas de durée de validité générale obligatoire

pour un examen psychiatrique. L'expertise du Dr H_____ contenait une anamnèse personnelle, affective, professionnelle et socio-économique complète avec la description de plaintes et les constatations objectives de sorte que l'on pouvait en déduire que l'expert avait pris le temps nécessaire pour entendre le recourant et recueillir les données utiles pour établir son expertise. L'assuré avait été invité à faire savoir à l'expert s'il avait besoin d'un interprète, ce qu'il n'avait pas demandé. Les tests psychologiques n'étaient pas indispensables pour poser des diagnostics. L'anamnèse approfondie et le status psychiatrique détaillé étaient en l'espèce suffisants pour poser des diagnostics. L'avis du Dr G_____ du 20 juillet 2011 n'apportait aucune constatation déterminante pour l'évaluation de l'état de santé de l'assuré. Aucune limitation n'était décrite en relation avec le contexte familial difficile ayant donné lieu au suivi au centre de thérapie brève des HUG. L'expert n'avait donc pas à tenir compte de cet aspect.

24. Par ordonnance du 17 novembre 2011, la Cour de céans a mandaté le Dr K_____, FMH spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour établir une expertise psychiatrique.
25. Le 3 juillet 2012, le Dr K_____ a rendu son expertise fondée notamment sur trois entretiens des 7, 15 février et 20 juin 2012.

L'assuré se plaignait de difficultés respiratoires, d'apnées nocturnes, de tristesse, de fatigue, de douleurs dans la nuque, la région thoracique, la mâchoire, de fourmillements et de sensation de chaleur dans les bras, de réactions de sursaut, de troubles de la mémoire et d'oublis.

Il a posé les diagnostics d'épisode dépressif léger et d'état de stress post-traumatique (EPST) de degré léger. Les symptômes de dépression et d'EPST étaient apparus peu après l'assassinat du neveu de l'assuré, événement qui avait généré ou nettement aggravé le conflit conjugal, lequel avait pérennisé lesdits symptômes.

Il s'agissait d'un trouble chronique, apparu en 2001 et très peu évolutif. L'assuré pouvait au mieux exercer une activité dans le domaine de la manutention légère, dans une ambiance de travail peu stressante, les symptômes pouvant affecter le rendement, en particulier la fatigabilité et une baisse des capacités de concentration dans la durée et n'étaient pas compatibles avec une activité de chauffeur de camion.

26. Le 3 août 2012, le Dr I_____ du SMR a rendu un avis selon lequel l'expertise du Dr K_____ permettait de confirmer l'appréciation du 7 mars 2011, l'atteinte à la santé n'étant ni sévère, ni incapacitante. Il n'y avait aucune limitation fonctionnelle psychique capable d'empêcher une activité lucrative. La capacité de travail était entière depuis 2004.
27. Le 6 août 2012, l'OAI s'est référé aux conclusions du SMR.

28. Le 31 août 2012, le recourant a observé qu'il ne pouvait plus exercer l'activité de chauffeur de camion de sorte qu'il fallait que l'intimé se détermine sur l'activité précise qu'il pourrait exercer et le revenu qu'il pourrait réaliser compte tenu d'une diminution de rendement et d'un abattement de 25 % en raison de son âge et de son handicap.
29. Sur quoi, 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; RS 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.

b) Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

En l'espèce, l'objet du litige porte sur une demande de prestations du 27 juillet 2009. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852) et celles du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008.

2. a) L'art. 69 al. 1 LAI prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice du canton de l'office qui a rendu la décision.
- b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 21 mars 2011, qui a été confirmé par la décision du 16 mai 2011, contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant la Cour de céans le 16 juin 2011.
- c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).

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

4. a) Selon l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

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

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

b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29, al. 1, LPGGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré.

c) Selon l'art. 88a RAI, en vigueur depuis le 1^{er} mars 2004, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29^{bis} est toutefois applicable par analogie (al. 2).

5. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

b) La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b p. 276; arrêt I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329).

c) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts I 350/89 précité consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328).

d) D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail

résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence).

6. a) Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

b) Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

7. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit

des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

d) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

e) Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

8. a) En l'espèce, la Cour de céans a jugé, dans son ordonnance du 17 novembre 2011, que l'expertise du Dr H_____ n'était pas suffisamment motivée, contenait des imprécisions et des contradictions et semblait être fondée sur un a priori, soit que le recourant était plaignant, n'avait plus travaillé depuis vingt ans et n'avait plus aucune motivation pour se remettre au travail, sans que ces éléments ne soient étayés. Par ailleurs, cette expertise était en contradiction avec les avis du Dr G_____ qui suivait le recourant depuis octobre 2004 et avait attesté de séquelles post-traumatiques et d'une symptomatologie dépressive totalement incapacitante depuis janvier 2007, de sorte qu'il se justifiait d'ordonner une expertise psychiatrique judiciaire, laquelle a été confiée au Dr K_____.

b) L'expertise du Dr K_____ du 3 juillet 2012 remplit les critères jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante, ce qui est d'ailleurs admis par les parties. Il convient ainsi de suivre les conclusions de cette expertise selon lesquelles le recourant présente une capacité de travail totale dans le domaine de la manutention légère, dans une ambiance de travail peu stressante sous réserve du rendement qui pourrait être légèrement réduit par la symptomatologie, en particulier la fatigabilité et une baisse des capacités de concentration.

Le recourant estime que l'intimé doit encore se prononcer sur le genre d'activité précise qu'il pourrait exercer ainsi que sur le taux de la baisse de rendement et conclut à l'application d'un abattement de 25 % sur le revenu d'invalidé.

Au vu des considérations qui suivent, il n'apparaît toutefois pas nécessaire d'inviter l'intimé à se prononcer sur ces points.

c) Le médecin-traitant du recourant, le Dr G _____, a attesté d'une incapacité de travail totale du recourant depuis 2007. Or, selon l'expert cette incapacité de travail ne porte que sur l'activité de chauffeur de camion, exercée pour la dernière fois durant un mois auprès de V _____ en 2006.

En conséquence, il convient de calculer le taux d'invalidité du recourant en janvier 2008, date à laquelle il présentait une année d'incapacité de travail totale dans son ancienne activité mais, selon les conclusions du Dr K _____, une capacité de travail totale dans une activité dans le domaine de la manutention légère. Il convient d'admettre que le large éventail des activités des secteurs de la production et des services issu de l'ESS Tableau TA1 pour la catégorie homme de niveau 4, comprend un nombre suffisant d'activités telles que décrites par le Dr K _____ comme étant compatibles avec les limitations du recourant, soit des activités de manutention légère, dans un environnement peu stressant.

Le salaire moyen est ainsi de 4'806 fr.; adapté à l'horaire usuel dans les entreprises en 2008 (41,6 h - La vie économique 11/2011 p 94 B.9.2) il est de 4'998 fr.

S'agissant de la diminution de rendement évoquée par l'expert, elle a été qualifiée de légère et indiquée au conditionnel, l'expert ayant précisé que le rendement pourrait être légèrement réduit par la fatigabilité et la baisse des capacités de concentration, de sorte qu'elle n'est pas certaine. Il apparaît ainsi, sans qu'il soit nécessaire d'ordonner un complément d'expertise sur ce point, qu'une prise en compte d'une baisse de rendement de 20 % tient largement compte de l'appréciation de l'expert et constitue un maximum admissible.

Quant au degré d'abattement auquel le recourant peut prétendre, il ne saurait dépasser 10 %, dès lors que ce dernier ne présente que de légères limitations fonctionnelles, qu'il est titulaire d'une autorisation d'établissement C et âgé de cinquante-quatre ans au jour de la décision litigieuse (cf. à cet égard, ATF du 19 janvier 2009 - 9C 93/2008).

En conséquence, le revenu d'invalidé pour une activité à 80 %, avec une déduction globale de 10 %, se monte à 3'599 fr.

S'agissant du revenu sans invalidité, en l'absence d'une activité régulière du recourant en Suisse en tant que chauffeur de camion - celle exercée auprès de l'entreprise V _____ n'ayant duré qu'un mois en 2006 - il convient de se fonder sur le salaire statistique issu de l'ESS 2008 Tableau TA1 pour la branche économique "Transport Terrestre" rubrique 60, pour la catégorie homme de niveau 4, soit un revenu de 4'674 fr.; adapté à l'horaire usuel dans les entreprises en 2008 (41,6 h), ce revenu est de 4'861 fr.

Après comparaison du revenu d'invalidé de 3'599 fr. avec le revenu sans invalidité de 4'861 fr., le taux d'invalidité en résultant est de 26 %, soit un taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

A noter que même en appliquant une déduction de 25 %, le revenu d'invalidé se monterait à 2'999 fr. et le taux d'invalidité à 38 %, soit un taux encore insuffisant pour avoir le droit à une rente d'invalidité.

Enfin, s'agissant d'éventuels mesures de réadaptation professionnelle, compte tenu du fait que le recourant s'estime totalement invalide, que l'expert a exclu ces dernières du fait de l'absence de motivation du recourant (expertise p. 15), et que celui-ci n'y conclut d'ailleurs pas, il n'y a pas lieu d'entrer en matière sur l'octroi de telles mesures.

9. Partant, le recours ne peut qu'être rejeté.

Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de 200 fr.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. 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

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

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