

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/322/2010

ATAS/1002/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 6

du 4 octobre 2010

En la cause

Monsieur C_____, domicilié au Grand-Saconnex,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître
BOILLAT Claude-Alain

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis Arias, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur C _____, ressortissant portugais né en 1963, est arrivé en Suisse en 1985. Il y a travaillé comme ouvrier agricole.
2. En date du 27 juillet 2000, il a été victime d'un accident professionnel. Son avant-bras droit a été pris en étau entre les deux barres métalliques d'un monte-charges.
3. L'assurance-accidents de l'employeur a pris en charge les suites de cet accident.
4. En date du 23 octobre 2002, l'assuré a déposé une demande de prestations d'assurance-invalidité en raison de douleurs au bras droit. Dans ce cadre, l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI) a rassemblé diverses attestations médicales.
5. Dans un rapport du 12 décembre 2002, le médecin traitant de l'assuré, le Dr L _____, généraliste, a diagnostiqué un écrasement de l'avant-bras droit, une compression cicatricielle du nerf médian droit à l'avant-bras et un status après fasciotomie pour syndrome des loges. Le patient souffrait en outre toujours de douleurs et de paresthésies. Il présentait une incapacité totale de travail depuis la date de l'accident, le 27 juillet 2000, et son état de santé était stationnaire. Une activité adaptée était toutefois possible. Vu le jeune âge du patient, le Dr L _____ a préconisé un stage de reconversion professionnelle, l'assuré ne pouvant plus travailler comme ouvrier agricole.
6. L'assuré a suivi un stage au Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (ci-après le COPAI) du 10 novembre au 7 décembre 2003. Dans le cadre de ce stage, il a été reçu par le Dr M _____, médecin-conseil du COPAI. Ce médecin a noté que les séquelles algiques et fonctionnelles suite à l'accident étaient très importantes et que l'assuré ne pouvait plus se servir de son avant-bras. Comme il était droitier, il était devenu monomanuel de son bras non dominant, ce qui lui interdisait pratiquement toute activité manuelle. Vu son niveau très limité de formation et d'adaptation, il ne pouvait malheureusement prétendre à aucune autre activité que manuelle pure.

Les maîtres de stage ont en outre conclu que les capacités physiques de l'assuré n'étaient actuellement pas compatibles avec un emploi dans le circuit économique normal. L'utilisation monomanuelle de son membre supérieur gauche n'était pas suffisante pour garantir un rendement de 50% et l'utilisation même en appoint du membre supérieur droit faisait chuter la résistance de l'assuré. En outre, ses capacités d'adaptation et d'apprentissage seraient tout juste compatibles avec un emploi simple, pratique et répétitif dans le circuit économique normal, si ses capacités physiques le permettaient (cf. rapport du COPAI du 19 décembre 2003).

7. En date du 9 mars 2004, l'assuré a été soumis à une expertise orthopédique conduite par le Dr N_____. Ce médecin a diagnostiqué un status après lésions par compression de l'avant-bras droit avec contusion du nerf médian depuis le 27 juillet 2000. Il a constaté au plan physique des limitations de la force de l'avant-bras droit de l'ordre de 40%. Il y avait toutefois une capacité résiduelle de travail complète dans les travaux ne nécessitant pas d'utilisation en force de l'avant-bras. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables. La capacité de travail en qualité d'ouvrier agricole était nulle, mais une activité adaptée, ne nécessitant pas d'exercice en force au niveau des avant-bras, était exigible à plein temps, sans diminution de rendement.

L'expert a formulé les remarques suivantes : "L'anamnèse du cas met en évidence un manque de concordance important entre les plaintes énoncées et l'examen clinique où l'on ne retrouve aucun signe purement objectif d'une atteinte du membre supérieur droit. Entre autre, il n'existe pas d'amyotrophie et les réflexes ostéo-tendineux sont conservés. L'examen est marqué par une non collaboration concernant les épreuves musculaires ainsi que les tests subjectifs de la sensibilité. En mettant cet examen en relation avec l'examen neurologique effectué au mois d'avril 2003, lors de son séjour dans le service de neurologie de l'Hôpital cantonal de Genève, on remarque une discordance importante, puisqu'à l'époque à l'examen des voies longues, on note un tonus normal et des épreuves de force qui sont conservées. Si par ailleurs on mettait ceci en relation avec les différents EMG pratiquées de 2001 à 2003, on constate sur ces examens que l'on n'a jamais mis en évidence de lésions neurologiques patentes (...). Dans le cas de l'assuré, les plaintes décrites dépassent largement le cadre de ce qu'on pourrait attendre dans cette situation, avec notamment des atteintes paraissant peu vraisemblables, notamment celles qui s'étendent à la partie en amont de la lésion. En résumé, on n'obtient aucun élément réellement objectif nous permettant de mettre en évidence une séquelle de l'accident. Je retiendrai donc l'élément théorique d'une limitation de force de l'ordre de 40% dans le cadre physiologique d'une fasciotomie (...)". Enfin, l'expert a conclu que dans le cas de l'expertisé, les plaintes évoquaient soit une composante extrême de somatisation, soit une simulation. Un examen psychiatrique pourrait être utile afin de déterminer lequel de ces deux diagnostics pouvait être mis en cause (cf. expertise du Dr N_____ du 14 juin 2004).

8. Dans un rapport du 19 juillet 2004, sans examen clinique, le SMR Léman, service médical de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR), a estimé la capacité de travail du recourant entière dans des activités évitant les gros travaux et a proposé que l'assuré soit soumis à une expertise psychiatrique.
9. En date des 23 août et 7 septembre 2004, l'assuré a été soumis à une expertise psychiatrique, conduite par le Dr O_____, psychiatre. L'expert a diagnostiqué un état dépressif d'intensité moyenne réactionnelle sans somatisation. Cet état dépressif était consécutif aux difficultés rencontrées suite au

trouble physique. D'un point de vue psychique, il n'y avait pas de limitation et la capacité de travail était complète (cf. expertise psychiatrique du Dr O_____ du 3 février 2005).

10. Par décision du 23 mai 2005, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif qu'il avait conservé une capacité résiduelle de travail complète et que de la comparaison des gains avant et après invalidité résultait un degré d'invalidité de 3,6% n'ouvrant pas droit à une rente.
11. Par courrier du 7 juin 2005, l'assuré a formé opposition à cette décision, faisant valoir qu'aucune activité professionnelle ne lui était accessible en raison de l'atteinte importante à son bras droit, qui était pratiquement inutilisable et demandant à pouvoir compléter son opposition après consultation du dossier.
12. Par décision du 1^{er} juillet 2005, l'assureur-accidents de l'employeur qui était intervenue suite à l'accident a mis un terme au versement des prestations LAA (frais médicaux et indemnités journalières) à compter du 1^{er} juillet 2005. En outre, cet assureur précisait que le taux d'invalidité de 3,6% retenu n'ouvrait pas droit à une rente LAA.
13. Par courrier du 4 juillet 2005, l'assuré a complété son opposition, concluant à l'octroi d'une rente d'au minimum 40%. Il a contesté le revenu après invalidité tel que retenu par l'OAI et a demandé quelle serait l'activité exigible et adaptée à son état de santé.
14. Par décision du 13 avril 2006, l'OAI a rejeté l'opposition de l'assuré. En effet, il avait suivi un stage au COPAI qui avait conclu à l'impossibilité de le réinsérer dans le circuit économique ordinaire en raison de ses limitations physiques. Cependant, le SMR Léman avait relevé une discordance manifeste entre l'observation du COPAI et l'avis du médecin traitant qui préconisait des mesures de réadaptation. L'assuré avait donc été soumis à une expertise orthopédique, dans laquelle le Dr N_____ avait conclu à la possibilité pour l'assuré d'exercer une activité adaptée à 100%. La seule limitation fonctionnelle était une limitation de force de l'avant-bras de l'ordre de 40%. Comme le Dr N_____ avait constaté un manque de concordance important entre les plaintes et l'examen clinique, l'assuré avait été soumis à une expertise psychiatrique, dans laquelle le Dr O_____ avait conclu à une capacité entière de travail d'un point de vue psychique. Dès lors, le SMR avait estimé que les résultats du stage COPAI n'étaient pas dus à une atteinte objective à la santé, mais à des autolimitations. C'était par conséquent à bon droit que l'OAI avait considéré que l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée, pour autant que soient évités les gros travaux physiques et une sollicitation excessive du membre supérieur droit. Dès lors, l'OAI avait procédé à la comparaison des revenus avant invalidité de 47'187 fr. et après invalidité de 45'506 fr. selon l'Enquête suisse sur

la structure des salaires et tenant compte d'une réduction de 20% au vu des limitations fonctionnelles. Or, de cette comparaison des revenus, découlait un degré d'invalidité de 3,6% n'ouvrant pas droit à une rente.

15. Par courrier du 23 mai 2006, l'assuré a recouru contre cette décision auprès du Tribunal de céans (procédure A/1883/2006), concluant, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} juillet 2005. Il a fait valoir que les experts du COPAI avaient conclu que ses capacités physiques n'étaient pas compatibles avec un emploi dans le circuit économique normal; il convenait donc de suivre leurs conclusions. En outre, depuis le 10 avril 2003, il souffrait d'une douleur rétro-orbitaire gauche et depuis six ou sept mois d'importants maux de tête, d'une agressivité anormale, ainsi que de pertes de connaissance et de pertes de mémoire. Dès lors, au vu de tous ces symptômes, il présentait une incapacité totale de travail ouvrant droit à une rente entière d'invalidité.

16. Par courrier du 31 juillet 2006, le recourant a transmis au Tribunal de céans un rapport PET-CT cérébral du 26 avril 2006 ainsi qu'un rapport du 5 juillet 2006 établi par la Consultation de la mémoire des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après les HUG). Il a également indiqué être hospitalisé en milieu psychiatrique depuis le 17 juillet 2006.

La lettre de sortie-résumé de séjour du 5 septembre 2006 pose le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (F33.2).

17. Dans sa réponse du 11 septembre 2006, l'OAI a conclu au rejet du recours, faisant valoir que le PET-CT cérébral du 26 avril 2006 ne relevait pas d'anomalies significatives. De surcroît, aucune aggravation de l'état de santé n'avait été décelée avant la décision sur opposition du 13 avril 2006.

18. Par courrier du 26 septembre 2006, le Tribunal de céans a demandé au recourant une copie lisible du rapport du 5 juillet 2006 établi par la Consultation de la mémoire.

19. Par courrier du 19 octobre 2006, le recourant a transmis ladite copie, de laquelle il ressortait que l'assuré présentait notamment des troubles attentionnels, de mémoire, ainsi qu'une sévère problématique anxio-dépressive. Les troubles cognitifs se seraient aggravés depuis décembre 2005.

20. Le 24 octobre 2006, le Dr P_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rempli le préavis médical de l'Office cantonal de l'emploi (OCE) en indiquant un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (avec idéation suicidaire).

21. Par courrier du 16 novembre 2006, le recourant a transmis un rapport de sortie du Service de psychiatrie adulte des HUG du 30 août 2006, selon lequel il présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique.
22. En date du 6 février 2007, le Tribunal de céans a rendu une ordonnance d'expertise, commettant le Dr Q_____, psychiatre, aux fins d'expertiser le recourant. En effet, ce dernier avait rendu plausible, en procédure de recours, une aggravation de son état psychique depuis décembre 2005, soit avant la décision sur opposition de l'OAI du 13 avril 2006, état de santé qu'il s'agissait d'investiguer.
23. Le 2 octobre 2007, le Dr Q_____ a rendu son rapport d'expertise. Il avait examiné l'expertisé le 28 mars 2007 pendant deux heures et le 17 avril 2007 pendant une heure, avec une traductrice. L'expert a relevé que selon l'examen du 5 juillet 2006, la Consultation de la mémoire des HUG avait conclu à une sévère problématique anxio-dépressive sur un faible niveau socioculturel, entraînant des difficultés significatives au niveau de l'attention et de la mémoire de travail. L'assuré avait été alors hospitalisé à BELLE-IDEE du 17 juillet au 30 août 2006. Les médecins y avaient diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique. Par la suite, du 31 août au 29 septembre 2006, l'assuré avait été pris en charge par le Centre de thérapie brève des Pâquis (ci-après le CTB) pour un état dépressif sévère sans symptôme psychotique. Le problème principal identifié était une désadaptation à la vie extérieure. La prise en charge avait permis une diminution de ce problème avec une légère amélioration de la thymie qui restait fluctuante. Le recourant était actuellement suivi par le Dr P_____, psychiatre, à raison de séances individuelles tous les 15 jours et de séances familiales mensuelles. L'expert a noté que lors des entretiens, les réponses du recourant étaient très contrôlées et n'étaient pas spontanées. L'assuré n'avait pas présenté d'attitude antalgique durant tout l'examen. L'expert n'avait pas constaté d'amyotrophie au bras droit qui était normalement musclé (plus que le bras gauche). Le Dr Q_____ avait fait passer au recourant une échelle d'évaluation de dépression Hamilton avec résultat de 35 points (normes de la dépression sévère : plus de 26 points). Certaines réponses semblaient majorées étant donné le manque de concordance entre le contenu des réponses et l'affect exprimé et parfois les réponses contradictoires. L'expert a diagnostiqué des troubles de l'humeur, épisode dépressif modéré à sévère sans trouble psychotique, des céphalées d'origine indéterminée ainsi qu'une diminution de la force musculaire et des douleurs de l'avant-bras droit suite au traumatisme du 27 juillet 2000. Il a expliqué qu'il était évident que la symptomatologie était augmentée au regard du tableau décrit par le Dr O_____ le 3 février 2005. L'inactivité totale du recourant, qui ne participait, entre autre, à aucune tâche ménagère, était en soi génératrice d'un état dépressif. Il se dégageait chez l'expertisé une impression d'absence de volonté de vouloir se sortir de la maladie. L'inactivité, la désafférentation conduisaient au symptôme de la dépression présentée. L'expert

ignorait si cet état était la conséquence de l'accident du 27 juillet 2000 ou si l'expertisé s'était installé progressivement dans un souhait d'obtenir une rente. En tous les cas, il ne faisait plus rien depuis six ans. Aucune guérison n'était à attendre s'il ne collaborait pas à sa prise en charge. Sans désir d'aller mieux, la situation allait se majorer inmanquablement. Le traitement de l'état régressif passait par une mobilisation en atelier d'ergothérapie ou autre. S'agissant du bras droit, les séquelles physiques présentées actuellement n'étaient pas proportionnelles aux lésions existantes. En effet, l'inutilisation du bras droit pendant six ans devait inmanquablement être liée à une atrophie musculaire, ce qui n'était pas le cas. L'expert a formulé les conclusions suivantes : Le recourant présentait actuellement une dépression modérée à sévère dans le contexte d'une inactivité complète, de soucis financiers et de problèmes familiaux. Les éléments semblaient montrer une majoration des symptômes quant à l'utilisation du bras droit qui avait subi un traumatisme. Il était surprenant de constater l'absence d'effet de la médication antidépressive prise ambulatoirement, alors qu'une nette amélioration avait été notée lors de l'hospitalisation à BELLE-IDEE ainsi que durant la prise en charge au CTB. La question de la compliance au traitement se posait. Dans ce contexte, l'état actuel ne permettait pas d'envisager une reprise de travail dans le circuit économique normal. En réponse aux questions posées par le Tribunal, l'expert a précisé que l'état dépressif s'était aggravé au cours du temps de manière progressive. L'aggravation semblait principalement liée à l'inactivité et au repli sur soi dans un contexte réactionnel à un vécu adverse et de mauvaise intégration sociale. Soigné de la dépression, une activité lucrative serait possible à un taux progressif. Des mesures de réadaptation à une vie sociale seraient indiquées.

24. Par courrier du 31 octobre 2007, le recourant a pris acte de l'expertise du Dr Q_____, se disant conscient de son état dépressif sévère, lequel s'était encore aggravé depuis l'expertise du Dr O_____ de février 2005.
25. Par courrier du 19 novembre 2007, l'intimé s'est référé à l'avis du 9 novembre 2007 du médecin-conseil du SMR. Selon ce médecin, la base du seul test de Hamilton ainsi que diverses remarques formulées par le Dr Q_____, concernant non seulement le voyage de l'assuré au Portugal, ses réponses non spontanées, sa capacité de discussion ne permettaient pas d'établir l'existence d'un trouble de l'humeur, épisode dépressif modéré à sévère sans trouble psychotique. À cet égard, le test Hamilton n'avait pas valeur de diagnostic en tant que tel. S'agissant de l'aggravation de l'atteinte, le SMR contestait l'avis du Dr Q_____, dans la mesure où ce dernier n'avait pas fait de status, contrairement au Dr O_____, et que ses conclusions reposaient uniquement sur le test de Hamilton. En outre, l'assuré devait tout faire pour diminuer les effets de son invalidité en tirant parti de sa capacité résiduelle de travail, ce que ne faisait pas le recourant, qui ne collaborait pas à sa prise en charge et n'avait pas de désir d'aller mieux. Enfin, il présentait une majoration des symptômes, qu'ils

soient somatiques ou psychiques, mais ne présentait pas d'atteinte à la santé objective. Dès lors, le médecin-conseil arrivait à la conclusion que le recourant n'avait aucune incapacité de travail pour des raisons psychiques.

26. Par courrier du 18 décembre 2007, le Tribunal de céans a demandé au Dr Q_____ si le trouble dépressif présenté par l'assuré était modéré, moyen ou sévère et depuis quelle date l'expertisé présentait une incapacité totale de travail.
27. Par courrier daté du 15 mai 2006 (reçu le 22 janvier 2008), le Dr Q_____ a transmis au Tribunal de céans un complément d'expertise. Il y a diagnostiqué un trouble de l'humeur, épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique. Le recourant présentait actuellement un sentiment de tristesse, un ralentissement marqué, une notion anamnétique d'agitations passagères et des idées suicidaires. Les critères évoqués et le score Hamilton pondéré avec l'état clinique constaté permettaient de diagnostiquer une dépression moyenne. Certains troubles anamnestiques se rapportaient à des caractéristiques de la dépression sévère. Il y avait cependant une discordance entre les troubles rapportés anamnestiquement et l'état clinique observé. La surenchère de la symptomatologie pourrait expliquer la discordance. Le tableau était majoré par rapport à l'expertise du Dr O_____ du 3 février 2005. L'aggravation des symptômes semblait directement en lien avec l'inactivité et le manque de désir de se prendre en charge. L'expert a formulé les conclusions suivantes : "Selon les constatations et l'étude du dossier, *l'expertisé* présente actuellement une dépression modérée dans le contexte d'une inactivité complète, de soucis financiers et de problèmes familiaux. Les éléments semblent montrer une majoration des symptômes quant à l'utilisation de son bras droit qui a subi un traumatisme le 27 juillet 2000. (...) La capacité de travail actuelle est nulle en raison de la dépression modérée. Actuellement, *l'assuré* est incapable d'avoir une activité rentable même à temps partiel par manque d'attention, intolérance à l'effort même dans une activité adaptée à son handicap du membre supérieur droit. Dans ce contexte, où les traitements s'avèrent inopérants, l'état actuel ne permet pas d'envisager une reprise de travail dans le circuit économique normal. *L'assuré* devrait pouvoir aller dans un atelier d'ergothérapie en plus de ses séances de psychothérapie bimensuelle, il devrait suivre une thérapie de groupe ou autre, sachant que l'inactivité conduit à des ruminations mentales, une perte de confiance en soi, un sentiment d'inutilité et à la péjoration globale de son état. Une reprise de travail progressive est envisageable après un traitement efficace dans la mesure où *l'assuré* adhère à la thérapie et a le désir de s'en sortir". Selon l'expert, la thérapie devrait être orientée sur une aide à une réinsertion sociale. Sans participation active du recourant, aucune amélioration n'était à attendre. Soigné de la dépression, une activité lucrative était possible à un taux progressif, la reprise de travail étant toujours difficile après un arrêt prolongé. Il était impossible à l'expert de donner la date d'une éventuelle amélioration, voire guérison de l'état dépressif, et par conséquent de donner la date de reprise du travail. Il y avait aggravation depuis l'expertise du Dr O_____ de février 2005, qui semblait

principalement liée à l'inactivité et au repli sur soi. Il était impossible à l'expert de déterminer depuis quand la capacité de travailler avait diminué et depuis quand elle était nulle.

28. Par courrier du 28 février 2008, l'intimé a rappelé que la question litigieuse était celle de la capacité de travail relative à l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse avait été rendue, soit le 13 avril 2006. En l'occurrence, l'hospitalisation à BELLE-IDEE survenue en juillet-août 2006, de même que la prise en charge au CTB en septembre 2006 constituaient des circonstances sortant de l'objet de la contestation. Dès lors, il n'y avait pas lieu de les prendre en considération dans le cadre de la présente procédure. S'agissant du complément d'expertise, l'OAI a relevé qu'il était impossible à l'expert de déterminer depuis quelle date la capacité de travail avait diminué et depuis quelle date elle était nulle. Il y avait par ailleurs une absence de constatations objectives dans l'expertise, de sorte qu'elle ne pouvait être qualifiée de probante.
29. Par arrêt du 14 avril 2008 (procédure A/1883/2006 - ATAS/432/2008), le Tribunal de céans a rejeté le recours. Il a considéré qu'à partir du 17 juillet 2006, l'état de santé du recourant s'était considérablement aggravé, mais qu'il n'était pas nécessaire, en l'état, de déterminer si cette aggravation rendait la capacité de travail nulle puisqu'elle s'était produite à une date postérieure à celle de la décision sur opposition d'avril 2006.
30. Le 25 juin 2008, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations en raison d'un état dépressif chronique et de troubles de la personnalité. Il a indiqué être suivi par les Drs R_____ et P_____.
31. Par projet de décision du 15 août 2008, l'OAI a rejeté la demande en mentionnant que l'assuré ne faisait valoir aucun fait nouveau.
32. Le 15 août 2008, l'assuré a indiqué à l'OAI que l'arrêt du Tribunal de céans avait attesté d'une aggravation de son état de santé. Il a transmis un certificat médical du Dr P_____ du 15 septembre 2008 attestant d'un état stationnaire susceptible de péjoration, d'une dépression sévère de nature mélancoliforme entraînant une incapacité totale de travail et indiquant qu'il suivait l'assuré depuis le 30 juin 2006.
33. Le 17 octobre 2008, le SMR a estimé qu'il convenait d'instruire le cas.
34. Le 9 novembre 2008, le Dr R_____ a diagnostiqué un état anxio-dépressif chronique, une compression cicatricielle du nerf médian de l'avant bras droit, un status après fasciotomie pour syndrome des loges et une lombalgie chronique. Il traitait le patient depuis le 21 avril 2001.

35. Le 27 novembre 2008, le Dr P_____ a rendu un rapport médical AI dans lequel il a diagnostiqué un trouble dépressif unipolaire persistant de nature mélancoliforme sans caractéristiques psychotiques mais avec nombreux syndromes somatiques (F34.9) et une personnalité anxieuse avec traits de dépendance (F60.6 et F60.7). Il suivait l'assuré depuis le "30 juin 2008", son état était stationnaire, susceptible de péjoration et incompatible avec l'exercice d'une activité professionnelle.
36. Le 6 janvier 2009, le SMR a proposé une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique.
37. Le 23 avril 2009, le BREM a rendu une expertise, soit le Dr S_____, FMH rhumatologie et la Dresse T_____, FMH psychiatrie et psychothérapie. Les diagnostics suivants sans répercussion sur la capacité de travail ont été posés : épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.1); majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0); troubles dégénératifs rachidiens débutants sans myélopathie ni radiculopathie (M47.8); céphalées de type migraineuses intermittentes (G43.9); hépatopathie d'origine virale (connue) probablement aggravée par la consommation de radicaux libres intercurrente, sans hypertension portale actuelle (B18.1); troubles digestifs fonctionnels (K59.0); obésité (E66.9); sinusites chroniques (J32.9); status après écrasement de l'avant-bras droit le 21.07.2000, syndrome des loges, fermetures secondaire, libération chirurgicale du tunnel carpien dans un second temps sans amyotrophie secondaire actuelle.
- L'assuré se plaignait de faiblesses généralisées, de tremblements, de perte de contrôle de ses nerfs, scintillements oculaires, douleurs du membre supérieur droit. La capacité de travail était entière hormis pendant la période d'hospitalisation de 2006.
38. Le 15 juin 2009, le SMR a conclu à une capacité de travail entière dans toute activité.
39. Par décision du 22 juin 2009, non motivée, l'OAI a rejeté la demande de prestations, laquelle a fait l'objet d'un recours auprès du Tribunal de céans et a été annulée par l'OAI le 24 septembre 2009.
40. Une nouvelle décision du 3 décembre 2009 a rejeté la demande de prestations en se fondant sur le rapport d'expertise du BREM.
41. Le 22 janvier 2010, l'assuré a recouru à l'encontre de cette décision auprès du Tribunal de céans en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il fait valoir que sa situation psychique s'est fortement aggravée, ce que le Tribunal cantonal des assurances sociales avait d'ailleurs admis dans son arrêt du 14 avril 2008.

42. Le 16 février 2010, l'intimé a conclu au rejet du recours en se fondant sur l'expertise du BREM.
43. Le Tribunal de céans a tenu une audience de comparution personnelle et d'enquête les 15 et 22 mars 2010.

Le recourant a déclaré que ses journées étaient très difficiles, qu'il avait mal partout, avec parfois des étourdissements avec chute et qu'il lui arrivait de s'enfermer dans sa chambre sans voir personne.

Le Dr P_____ a été entendu en qualité de témoin. Il a posé les diagnostics de trouble dépressif unipolaire persistant de nature mélancoliforme sans caractéristiques psychotiques avec de nombreuses somatisations et une personnalité anxieuses avec trait de dépendance. Il avait rarement vu une telle dépression sévère aussi difficile à manager. L'incapacité de travail était totale.

44. Le 7 avril 2010, la Dresse U_____ du SMR a relevé que selon la classification établie par le Dr P_____ il s'agissait d'un trouble de l'humeur persistant et d'un trouble dépressif mineur, sans atteindre un trouble dépressif majeur de sorte que les conclusions du SMR du 15 juin 2009 étaient toujours valables.
45. Le 12 avril 2010, l'intimé a maintenu ses conclusions.
46. Par ordonnance du 17 mai 2010, le Tribunal de céans a confié une expertise au Dr V_____ médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.
47. Le 30 juillet 2010, le Dr V_____ a rendu son rapport fondé notamment sur deux entretiens avec le recourant. Il a conclu à la présence d'une dysthymie (F34.1) sans répercussion sur la capacité de travail, en rapport avec l'accident professionnel et apparue après celui-ci. En dehors de l'hospitalisation à Belle-Idée (juin-juillet 2006), la capacité de travail du recourant était restée compétente sur le plan psychiatrique. Il rejoignait le Dr P_____ - sur une notion de traits de personnalité mais pas quant au diagnostic de trouble de la personnalité anxieuse ou dépendante. Il était d'accord avec l'expertise du BREM du 23 avril 2009 et l'avis du SMR du 7 avril 2010.
48. Le 19 août 2010, le Dr W_____ du SMR a rendu un avis médical selon lequel les conclusions du rapport du Dr V_____ étaient convaincantes et confirmaient la décision du 3 décembre 2009. Il n'y avait pas d'aggravation durable par rapport au 13 avril 2006 hormis de juillet à septembre 2006.
49. Le 2 septembre 2010, l'intimé a maintenu ses conclusions visant au rejet du recours.

50. Le 6 septembre 2010, le recourant a contesté les conclusions du Dr V _____; l'expertise de celui-ci ne tenait pas compte de l'avis du Dr P _____ et avait été effectuée alors que sa situation s'était améliorée. Sa longue inactivité depuis 2001 ne lui permettait pas de retrouver une activité adaptée.
51. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Par ordonnance du 17 mai 2010, le Tribunal de céans a déclaré le recours recevable.
2. 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, la nouvelle demande de prestations a été déposée le 25 juin 2008. Le recourant invoque une péjoration de son état de santé depuis juillet 2006. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003 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 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 3852). En revanche, les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, n'ont pas à être prises en considération pour les faits antérieurs à cette date.

3. L'objet du litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, en particulier sur la question d'une aggravation de son état de santé depuis le 13 avril 2006.
4. a) Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

b) Depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.».

c) Selon l'art. 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

Selon l'art. 29 LAI dans sa teneur depuis le 1^{er} janvier 2008, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29, al. 1, LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (al. 1). Le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 (al. 2). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3). Les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50 % ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse. Cette condition doit également être remplie par les proches pour lesquels une prestation est réclamée (al. 4).

Une lettre circulaire n° 253 de l'OFAS indique que si le cas d'assurance se produit avant le 1^{er} janvier 2008 c'est encore l'ancien droit qui s'applique et l'assuré peut encore déposer une demande de prestations dans les douze mois après la naissance du droit, sans perte de prestations de rente.

5. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué 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. 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 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002 : art. 28 al. 2 LAI; du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1^{er} janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). 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).

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).

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 permettraient 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).

6. Selon l'art. 17 LPG, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

Quand l'administration entre en matière sur la demande de révision, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de

l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Si elle constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (voir ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence).

C'est ainsi que la tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente d'invalidité consiste avant tout à établir l'existence ou non d'un changement significatif de l'état de santé de l'assuré, respectivement de sa capacité de travail, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATFA non publié du 12 juillet 2005, I 282/04, consid. 5.2 et 5.3).

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) Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

e) 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).

f) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves;

KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

8. a) En l'espèce, par arrêt du 14 avril 2008, le Tribunal de céans a confirmé la décision de l'intimé du 13 avril 2006 rejetant la demande de prestations du recourant en constatant qu'à cette date il n'existait aucun degré d'invalidité, le recourant disposant d'une pleine capacité de travail dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles somatiques.

L'expertise du Dr V_____, laquelle répond aux critères jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante, a conclu à une pleine capacité de travail du recourant au-delà du 13 avril 2006, sous réserve d'une aggravation passagère de l'état psychique de ce dernier en juin et juillet 2006, de sorte qu'il convient d'admettre qu'aucune aggravation durable de l'état de santé du recourant ne s'est produite depuis la décision de l'OAI du 13 avril 2006.

Le recourant invoque l'avis du Dr P_____ pour constater les conclusions de l'expertise judiciaire. Cependant, l'appréciation de ce médecin ne saurait remettre valablement en cause l'évaluation faite par l'expert, ce dernier ayant d'ailleurs précisément expliqué pour quelles raisons il s'écartait de l'appréciation faite par le psychiatre-traitant.

b) En conséquence, la décision de l'intimé du 3 décembre 2009 rejetant la demande de prestations du recourant du 25 juin 2008 ne peut qu'être confirmée.

9. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

Vu l'issue du litige un émolument de 200 fr. sera mis à la charge du recourant, qui succombe.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL 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 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); 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