

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3685/2009

ATAS/171/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 février 2013

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur A _____, domicilié c/o ASS. X _____ à
Corsier

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, 1201 Genève

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), ressortissant portugais né en 1953, a travaillé en Suisse en tant que maçon dès 2001.
2. Dans une déclaration du 20 mars 2003 à l'attention de l'assurance-accidents, un médecin a signalé que l'assuré avait reçu le 9 mars 2002 une planche sur le bras droit entraînant une contusion. Des douleurs de l'épaule étaient apparues depuis. Elles étaient présentes à la palpation de l'articulation acromio-claviculaire antérieure droite et du long chef du biceps mais il n'y avait pas de fracture visible. Le diagnostic était celui de probable bursite sous-acromiale, de tendinite du long chef du biceps et de périarthrite scapulo-humérale. L'incapacité de travail était totale pour une durée indéterminée.
3. Le Dr B_____, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à une échographie de l'épaule droite le 21 mars 2003. Il a noté un aspect échographique homogène et régulier des muscles deltoïdes, biceps et triceps. Le tendon du long chef du biceps était en position physiologique et avait un aspect fibrillaire normal. Les tendons sous-scapulaires, du sus-épineux et du sous-épineux étaient également d'aspect normal, sans argument en faveur d'une déchirure ou d'une tuméfaction. Il n'y avait pas d'épanchement dans la bourse sous-acromio-deltoïdienne mais un minime épanchement liquidien au niveau de l'articulation acromio-claviculaire.
4. Une IRM cervicale réalisée le 1^{er} avril 2003 par la Dresse C_____, spécialiste FMH en radiologie, a révélé une discopathie assez prononcée en regard de l'espace intersomatique C5-C6 avec un carthrose bilatérale.
5. Dans un courrier du 19 juillet 2003 à la Dresse D_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assuré, le Dr S_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a signalé que l'articulation acromio-claviculaire n'était plus douloureuse à la palpation. Il existait un passage douloureux à l'élévation entre 90° à 100° ainsi qu'une irradiation tantôt au niveau latéro-cervical tantôt en direction du bras. Une infiltration avait été réalisée. Une nouvelle infiltration pourrait être tentée en cas d'échec car il existait des signes de conflit sous-acromial. Le médecin notait en outre la présence d'un syndrome de l'angulaire de l'omoplate présent à droite et nécessitant des séances de physiothérapie.
6. Le 2 octobre 2003, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE D'ASSURANCE-INVALIDITÉ (OAI) en invoquant un traumatisme de l'épaule gauche (recte droite) depuis le 6 mars 2002.
7. Dans un questionnaire rempli le 13 janvier 2004, l'employeur de l'assuré a indiqué que celui-ci avait été employé du 1^{er} février 2002 au 31 décembre 2003, date de la fin de son autorisation de séjour de catégorie L. Son revenu aurait été de 4'200 fr. par mois et 46'200 fr. par an en 2004.

-
8. Dans son rapport du 9 décembre 2003, la Dresse D_____ a rapporté que l'assuré se plaignait de scapuloalgies droites depuis mars 2002, consécutives à un accident de travail, ainsi que de nuchalgies et de céphalées. Il percevait des craquements lors de mouvements de l'épaule droite ainsi que des fourmillements et une perte de sensibilité dans la main droite. Elle a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de conflit sous-acromial droit et de cervico-brachialgies droites sévères avec sténose foraminale C5 et C6 des deux côtés et radiculopathie lésionnelle. L'assuré présentait en outre un état après contusion du bras en mars 2002, un état après algoneurodystrophie traitée du membre supérieur droit en mars 2003 et une hépatopathie probablement d'origine alcoolique et médicamenteuse en septembre 2003, sans incidence sur sa capacité de travail. L'incapacité de travail était totale depuis le 9 mars 2003 pour une durée indéterminée, hormis la période du 2 juin au 10 juillet 2003 où l'assuré avait travaillé à 50 %. Ce médecin a fait état des limitations fonctionnelles suivantes: pas de flexion répétée, de port et de soulèvement de charges, pas d'activité exercée en gravissant des plans inclinés, des échelles ou des escaliers. L'assuré ne pouvait travailler à l'écran car il n'avait suivi que quatre ans de scolarité. Il ne pouvait reprendre son ancienne activité et aucun travail adapté n'était possible. Son invalidité était totale et les cervico-brachialgies étaient invalidantes même dans les activités de la vie quotidienne. La Dresse D_____ a notamment joint le rapport d'échographie du 24 octobre 2003 du Dr E_____, spécialiste FMH en radiologie, concluant à l'absence d'atteinte hépatique, ainsi que le rapport du 6 octobre 2003 du Dr F_____, spécialiste FMH en neurologie. Ce dernier a retenu après son examen une discrète contracture paracervicale droite avec des douleurs à la palpation des masses musculaires paracervicales droites et du trapèze à droite. Il n'y avait pas d'amyotrophie mais la force du deltoïde, du biceps et du long supinateur était un peu diminuée. Il notait une hypoesthésie dans le dermatome C5-C6 à droite. Les réflexes bicipital et stylo-radial étaient un tout petit peu plus faibles à droite qu'à gauche. Le reste de l'examen était normal, il n'existait en particulier pas de signe pyramidal. L'électroneuromyographe (ENMG) révélait de discrets signes de dénervation dans les muscles dépendants des myotomes C5-C6 à droite, suggérant une discrète radiculopathie lésionnelle. En conclusion, l'assuré présentait des douleurs cervico-radicales C5-C6 droites avec une atteinte discrètement déficitaire parétique, sensitive et hyporéflexique.
9. A la demande de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, le Dr G_____, spécialiste FMH en chirurgie, a examiné l'assuré après avoir pris connaissance de son dossier médical, qu'il a complété par un examen arthro-IRM réalisé le 11 février 2004 par le Dr H_____ et des renseignements obtenus de la Dresse D_____. Après avoir établi l'anamnèse, le Dr G_____ a rapporté les plaintes de l'assuré. Celui-ci signalait des céphalées dans la région pariétale droite et des douleurs latéro-cervicales droites irradiant dans le membre supérieur droit, dans la partie antérieure du bras et de l'avant-bras, augmentées par

l'effort et les mouvements de la nuque, ainsi que des douleurs à l'épaule exacerbées par l'effort et le port de charges. Après un examen clinique, l'expert a souligné qu'il existait outre la discopathie modérée C5-C6 une discrète radiculopathie lésionnelle également en C5-C6 ainsi qu'un net syndrome douloureux mécanique au niveau de l'épaule droite avec des signes d'un conflit sous-acromial et un arc douloureux en l'absence de limitations fonctionnelles significatives, correspondant à une tendinopathie et même une petite déchirure transfixiante du sus-épineux objectivée à l'examen arthro-IRM. Les traitements conservateurs n'avaient pas amené de résultats. Un traitement chirurgical de réparation de la coiffe et acromioplastie pourrait être envisagé mais l'indication à la chirurgie restait relative en l'absence de limitations fonctionnelles significatives. L'assuré attendait un nouvel avis s'agissant d'une éventuelle intervention en raison des sténoses foraminales C5-C6. Le Dr G _____ a posé les diagnostics de cervicarthrose et de déchirure transfixiante de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite (sus-épineux). L'incapacité de travail était totale en tant que maçon, même en cas de réparation chirurgicale. Il paraissait nécessaire de rechercher un travail adapté sans gros efforts et manipulations au-dessus des épaules, qui paraissait parfaitement exigible à 100 %.

10. Dans un rapport du 10 mars 2005, la Dresse D _____ a indiqué que l'état de l'assuré restait stationnaire. Les cervico-brachialgies droites persistaient et rendaient même les tâches ménagères difficiles. L'élévation du bras droit était limitée et douloureuse et l'incapacité de travail était complète dans l'activité de maçon. Elle a joint à son rapport le courrier du Dr I _____, médecin adjoint au Service de neurochirurgie des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE (HUG), préconisant la poursuite du traitement conservateur en soulignant qu'une intervention même réussie ne soulagerait vraisemblablement que très partiellement l'assuré.
11. Dans son avis du 6 juin 2005, la Dresse J _____, médecin auprès du SERVICE MÉDICAL RÉGIONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (SMR), a retenu une capacité de travail nulle en tant que maçon depuis mars 2003 mais entière dès la même date dans une autre activité sans manipulation et gros efforts avec les bras au-dessus des épaules.
12. Par décision du 24 mars 2006, l'OAI a refusé des mesures de reclassement à l'assuré. Elle a relevé que sans atteinte à la santé, l'assuré aurait un revenu annuel de 54'600 fr. Le revenu d'invalidité était de 51'971 fr. Le degré d'invalidité était ainsi de 4.8 %. Des mesures professionnelles n'étaient dès lors pas de nature à améliorer de manière notable la capacité de gain de l'assuré.
13. Par décision du 27 mars 2006, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité en reprenant le calcul d'invalidité ayant fait l'objet de sa décision du 24 mars précédent.

14. L'assuré a suivi un stage d'observation du 20 octobre au 17 novembre 2008 à raison de six heures par jour auprès de l'Atelier de réadaptation préprofessionnelle des HUG. Dans leur rapport du 15 décembre 2008, le maître socio-professionnel et la Dresse K_____, médecin adjoint, ont fait état d'une utilisation du bras droit très limitée voire impossible même dans les activités exigeant une force modérée, ainsi que d'une incapacité à utiliser la pince pouce-index de la main droite. Seules les activités simples telles que le pliage de feuilles et la mise sous pli étaient réalisables. Le rendement était largement inférieur à 30 %. Les capacités de force n'avaient pu être testées compte tenu de l'état algique de l'assuré, qui était graduellement devenu moins efficace, voire apathique. L'assuré n'était plus en mesure de travailler sur le marché primaire et pourrait tout au plus être occupé dans un atelier protégé.
15. Le 9 février 2009, l'assuré a déposé une nouvelle demande tendant à l'octroi d'une rente auprès de l'OAI.
16. La Dresse L_____, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à l'IRM cérébrale et cervicale de l'assuré le 11 février 2009. Elle a conclu que l'IRM cérébrale révélait de discrètes anomalies de signal de la substance blanche compatibles avec une légère leuco-encéphalopathie de type vasculaire, à corrélérer aux facteurs de risques cardio-vasculaires. Il n'y avait pas d'argument en faveur d'une lésion ischémique récente ou subaiguë. L'IRM cervicale mettait en évidence une sévère discopathie C5-C6 avec apparition d'un caractère inflammatoire de type Modic I de cette discopathie par rapport à l'examen du 24 juin 2004, ainsi qu'un rétrécissement du trou de conjugaison C5-C6 des deux côtés prédominant légèrement à droite et pouvant expliquer une symptomatologie radiculaire C6 bilatérale.
17. A la même date, l'assuré a subi une nouvelle échographie de l'épaule droite pratiquée par le Dr B_____. Ce dernier a conclu à l'absence d'argument en faveur d'une déchirure significative de la coiffe des rotateurs et à de discrets signes de tendinite du sous-épineux.
18. Dans son rapport du 17 février 2009, le Dr F_____ a indiqué avoir procédé à un nouveau bilan en raison d'une aggravation des cervico-brachialgies droites avec des douleurs au niveau de l'épaule et de la partie proximale du bras et des acroparesthésies mal systématisées. Après son examen, le neurologue a conclu que l'assuré présentait des cervico-brachialgies droites suivant grossièrement le dermatome C5-C6 associées à une hypoesthésie dans ce dermatome, sans signe d'atteinte motrice certaine en raison d'un testing musculaire difficilement interprétable. L'éventualité d'une dysdiadococinésie droite n'était pas non plus interprétable en raison de la douleur proximale du membre supérieur droit mais l'absence de tout autre signe cérébelleux objectif était rassurante. L'ENMG confirmait l'existence d'une discrète neuropathie sensitive du nerf médian droit dans

le canal carpien touchant uniquement le versant myélinique et pouvant expliquer en partie les acroparesthésies distales de la main droite, mais pas l'ensemble de la symptomatologie. Cet ENMG ne mettait pas en évidence de signes de dénervation aiguë dans les muscles dépendant des myotomes C5 à C7. Il n'était par ailleurs pas exclu que l'assuré souffre d'une tendinite des muscles de l'épaule.

19. Dans son avis du 8 avril 2009, le Dr M_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin au SMR, a retenu qu'il existait des faits nouveaux ne justifiant pas forcément une incapacité de travail dans une activité adaptée. La diminution de force aux membres supérieurs et dans la pince pouce-index pouvait être due tant à une périarthrite de l'épaule qu'au tunnel carpien, deux affections susceptibles d'être traitées à court ou moyen termes. Il y avait lieu d'obtenir des renseignements complémentaires du médecin traitant.
20. Par décision du 10 février 2009, l'OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI (OCE) a déclaré l'assuré inapte au placement en se fondant sur les conclusions du rapport de l'Atelier de réadaptation préprofessionnelle des HUG. Il ressort en outre de cette décision que l'assuré a exercé un emploi de manutention en mai 2008 dans le cadre d'un emploi temporaire cantonal, qui s'est achevé en septembre 2008.
21. Dans son rapport du 5 mai 2009, la Dresse D_____ a signalé une aggravation de l'état de santé de l'assuré. Celui-ci présentait un état dépressif, une tendinite du muscle sous-épineux droit depuis 2008 et une discrète neuropathie du nerf médian droit depuis 2009. L'aggravation remontait à 2006 avec une diminution de la mobilité de son épaule droite en raison de douleurs de la colonne cervicale et du membre supérieur droit, si violentes qu'elles entraînaient des réactions vagues. Les troubles du sommeil s'étaient également aggravés et la physiothérapie augmentait les douleurs. Les tâches de la vie quotidienne étaient de plus en plus difficiles à effectuer. Depuis quelques mois, l'assuré développait un état dépressif avec des troubles du sommeil, une inappétence, une thymie triste et parfois une prostration. Le pronostic était mauvais. La gravité des troubles psychiques ne justifiait pas de prise en charge psychiatrique. L'assuré prenait cependant du Citalopram®.
22. Dans son avis du 25 mai 2009, le Dr M_____ a affirmé que la situation psychiatrique ne pouvait être considérée comme durable à défaut de traitement pharmacologique et médical spécialisé, qui permettrait une amélioration dans les six semaines. Il n'y avait donc pas d'élément nouveau au plan psychique. Du point de vue somatique, l'aggravation ne pouvait être retenue s'agissant de la pathologie de l'épaule, qui devrait comme le tunnel carpien droit répondre à un traitement rhumatologique bien conduit. La consultation de spécialistes en psychiatrie et rhumatologie était exigible de l'assuré en vertu de son obligation de réduire le dommage.

23. Le 16 juin 2009, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré refusant d'entrer en matière sur sa nouvelle demande, ce dernier n'ayant pas rendu vraisemblable une modification essentielle de son état de santé.
24. L'assuré a contesté ce projet par courrier du 30 juin 2009. Il a soutenu que la Dresse D_____ avait démontré l'existence de nouveaux éléments. Il s'est en outre référé à la décision d'inaptitude au placement rendue par l'OCE.
25. Par décision du 30 septembre 2009, l'OAI a confirmé la teneur de son projet.
26. Le 12 octobre 2009, l'assuré a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après le Tribunal), alors compétent.
27. Le Tribunal a procédé à l'audition de la Dresse D_____ en date du 26 janvier 2010. Celle-ci a exposé traiter l'assuré depuis son accident. A ce moment-là, elle avait diagnostiqué des contusions et lui avait prescrit un bref arrêt de travail. Il était revenu la voir le 8 mars 2003, se plaignant de douleurs qui l'empêchaient de travailler. Après la décision négative de l'OAI, il s'était inscrit au chômage et elle n'avait plus eu de nouvelles jusqu'à ce qu'il lui soit adressé par l'Atelier préprofessionnel des HUG en décembre 2008. Elle avait alors été frappée par l'évolution négative de son état. Elle avait constaté qu'en dépit de la guérison de la déchirure transfixiante antérieure, les douleurs s'étaient aggravées depuis 2006 en raison d'une arthrose importante, de cervico-brachialgies liées aux problèmes de l'épaule et d'une décompensation. Suivant les conclusions du Dr N_____, spécialiste FMH en rhumatologie, elle n'estimait pas non plus que des infiltrations puissent être utiles. Les séances de physiothérapie n'avaient pas apporté l'amélioration escomptée. Elle a relevé une aggravation de l'état dépressif réactionnel de l'assuré déjà constaté lors de la première période ainsi que le recours à l'alcool pour calmer les douleurs. Elle n'avait cependant pas prescrit de consultations auprès d'un psychiatre car elle ne pensait pas que cela pourrait aider l'assuré au vu de sa faible capacité à verbaliser. Elle a estimé que la capacité de travail de celui-ci était déjà nulle avant 2006 et l'était *a fortiori* désormais. Le témoin a souligné que le moindre mouvement de la nuque pouvait provoquer des décharges électriques et des douleurs violentes, de sorte qu'elle ne voyait pas quel emploi l'assuré pourrait exercer. Elle a précisé que celui-ci lui avait expliqué en 2008 avoir été placé par l'assurance-chômage afin de travailler dans les vignes, ce qui était très douloureux pour lui.

La Dresse D_____ a produit une copie du rapport du 16 novembre 2009 du Dr N_____, posant les diagnostics de cervico-brachialgies droites non déficitaires dans le contexte d'une discopathie C5-C6 de type inflammatoire et de douleurs chroniques de l'épaule droite probablement dans le contexte d'une arthropathie acromio-claviculaire, et préconisant une physiothérapie active, le

pronostic restant très réservé et la capacité de travail inimaginable dans un métier de force en tout cas.

28. Dans son avis du 19 février 2010, le Dr M_____ a souligné que la pathologie psychiatrique n'avait pas fait l'objet de toutes les mesures nécessaires pour diminuer le dommage, l'assuré n'ayant pas été suivi par un spécialiste en psychiatrie. Il n'avait pu avoir un contact direct avec le Dr N_____, qui lui avait cependant fait savoir par sa secrétaire qu'une infiltration sous-acromiale de l'épaule n'était pas utile et qu'une expertise rhumatologique se justifiait. Le Dr M_____ a suggéré qu'une expertise pluridisciplinaire avec volets rhumatologique, de médecine interne et psychiatrique soit mise en œuvre.
29. L'OAI s'est rallié aux conclusions du Dr M_____ dans ses déterminations du 24 février 2010.
30. Par arrêt du 4 mai 2010 (ATAS/498/2010), le Tribunal a admis le recours et accordé une rente entière fondée sur un taux d'invalidité de 100 % dès le 1^{er} février 2009. Il a en substance retenu que les rapports des Dresses K_____ et D_____ démontraient que l'incapacité de travail de l'assuré était totale dans toute activité, et ce malgré les efforts entrepris par ce dernier. On pouvait en outre déduire *a contrario* de l'avis du Dr M_____ que les affections de l'assuré pourraient affecter sa capacité de travail en cas d'inefficacité du traitement. Or, comme cela ressortait du rapport du Dr I_____ et des déclarations du médecin traitant, des infiltrations et de la physiothérapie avaient été tentées. Ainsi, aucun traitement ne pouvait améliorer l'état de santé. Une expertise rhumatologique s'avérait superflue au vu du rapport parfaitement étayé du Dr N_____, à l'instar d'une expertise psychiatrique dont les conclusions n'auraient pas d'incidence puisque la capacité de travail était nulle du point de vue somatique.
31. Saisi d'un recours de l'OAI, le Tribunal fédéral l'a admis par arrêt du 25 mars 2011 (9C_ 478/2010) et a renvoyé la cause à la Cour de céans, désormais compétente, afin qu'elle mette en œuvre une expertise multidisciplinaire avant de statuer à nouveau. Le Tribunal fédéral a considéré que le rapport du Dr N_____ ne justifiait pas une incapacité totale de travail dans toute activité dès lors qu'il ne se prononçait pas expressément sur ce point. Une incapacité de gain totale ne ressortait pas non plus du rapport de la Dresse K_____, qui s'était bornée à attester l'exactitude des quelques éléments anamnestiques sans examiner l'assuré. Quant aux avis de la Dresse D_____, ils n'étaient pas suffisamment motivés s'agissant de la capacité de travail.
32. Invité à se déterminer par la Cour de céans, l'OAI s'est exécuté le 20 juin 2011. Il a sollicité la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire rhumatologique et de médecine interne avec volet psychiatrique auprès d'un CENTRE MÉDICAL

D'OBSERVATION DE L'AI (COMAI) en présence d'un interprète, les conclusions des experts devant faire l'objet d'un consilium.

33. Dans ses observations du 11 juillet 2011, l'assuré s'est opposé à une expertise confiée à un COMAI en arguant que l'indépendance de ces centres n'était pas garantie. Il a requis une expertise menée par des spécialistes en médecine interne, en chirurgie, en neurologie, en neurochirurgie, en rhumatologie et en psychiatrie dont les frais devraient être mis à la charge de l'OAI, et a conclu sur le fond à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2009.
34. Par courrier du 16 septembre 2011, la Cour de céans a invité les parties à se déterminer sur les questions de l'expertise rhumatologique et psychiatrique.
35. A titre de déterminations, l'OAI s'est référé dans son courrier du 22 septembre 2011 à l'avis établi le 21 septembre 2011 par la Dresse O_____ du SMR, laquelle a suggéré plusieurs experts et sollicité que la question ayant trait à l'état psychique cristallisé soit reformulée. Elle demandait de plus que les experts déterminent si l'assuré présentait un alcoolisme primaire ou secondaire et d'éventuelles séquelles de cette atteinte en précisant si celles-ci étaient réversibles.
36. Le 5 octobre 2011, l'assuré a indiqué qu'il n'avait pas de question à ajouter.
37. Par courrier du 8 novembre 2011, la Cour de céans a informé les parties de son intention de confier le volet rhumatologique de l'expertise au Dr P_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et le volet psychiatrique au Dr Q_____, spécialiste FMH en psychiatrie.
38. L'OAI s'est déterminé sur le choix des experts le 17 novembre 2011. Il a indiqué ne pas avoir de motif de récusation mais regretté que les experts ne soient pas installés de manière à permettre la réalisation d'une véritable expertise bidisciplinaire.
39. Par ordonnance du 23 novembre 2011, la Cour de céans a confié une expertise rhumatologique et psychiatrique de l'assuré aux Drs P_____ et Q_____, laquelle intégrait les questions de l'OAI sur l'alcoolisme.
40. Le Dr P_____ a rendu son rapport d'expertise rhumato-psychiatrique le 22 juin 2012. Ce document contient un résumé du dossier médical, dont il ressort qu'une nouvelle IRM cervicale réalisée le 14 février 2012 a mis en évidence un résultat superposable à l'examen de 2009, hormis l'aspect moins prononcé des altérations à caractère inflammatoire des plateaux vertébraux jouxtant le disque C5-C6. L'assuré avait également été vu par la Dresse R_____, cheffe de clinique du Service de neurochirurgie des HUG, qui avait noté dans son courrier du 23 mars 2012 que les douleurs décrites à l'épaule et au bras droits étaient identiques à celles signalées en 2004, et que l'assuré présentait également une irradiation dans tout l'hémicorps incluant la jambe droite. Il ne s'agissait pour cette spécialiste pas de

lombalgies typiques et il n'existait pas de réel changement par rapport à 2009. Un examen neurologique avec ENMG d'avril 2012 montrait l'apparition d'une neuropathie ulnaire droite avec une perte axonale d'environ 50 % mais pas de radiculopathie cervicale ni de signe de dénervation. Une consultation par un chirurgien de la main le 2 mai 2012 avait mis en évidence une maladie de Dupuytren décrite comme très peu invalidante et un écho-doppler des vaisseaux extra-crâniens avait révélé des résultats dans la norme. Se fondant sur ces examens, la Dresse R_____ a exclu une indication chirurgicale, soulignant que l'assuré se plaignait principalement de vertiges alors qu'elle constatait qu'il marchait sans problème.

Le Dr P_____ a ensuite procédé à une anamnèse sociale dont il ressortait que l'assuré connaissait un retrait social important. Il n'avait pas de famille en Suisse et ne voyait qu'un ou deux collègues. Il n'avait pas de loisirs. Il mangeait souvent avec un voisin et réduisait ses activités ménagères au minimum. Les plaintes de l'assuré étaient les suivantes: il souffrait essentiellement de brachialgies droites incluant la nuque, l'épaule et le bras, ainsi que de lombo-sciatalgies droites. Les brachialgies étaient constantes mais leur intensité pouvait fluctuer. Elles étaient associées à des sensations vertigineuses et aggravées par le moindre mouvement, surtout en élévation. Il utilisait très peu son bras et son collègue devait lui couper sa viande lorsqu'il mangeait. Il présentait également des engourdissements deux à trois fois par semaine avec des paresthésies. Les lombo-sciatalgies droites étaient constantes mais exacerbées par les mouvements. Elles irradiaient jusque dans le pied droit, s'associant parfois à des paresthésies ou des sensations de gonflement du pied sans qu'elles ne soient liées à un mouvement ou un effort. L'expert rhumatologue a précisé que l'assuré était resté assis plus d'une heure sans manifester de douleurs lors de l'entretien. Il a ensuite procédé à un examen clinique complet comprenant un volet neurologique avant de poser les diagnostics de cervicarthrose C5-C6 marquée avec uncarthrose bilatérale et rétrécissement marqué des trous de conjugaison, de discrète tendinopathie du sus-épineux droit, de brachialgies droites handicapantes entrant dans le cadre d'un probable syndrome douloureux chronique, de neuropathie ulnaire droite au coude modérée et de maladie de Dupuytren de la main droite discrète à modérée. Dans son appréciation, il a souligné qu'il existait pour les brachialgies une composante cervicale et une composante de l'épaule droite imbriquées et rendant l'appréciation globale difficile. Les douleurs de l'épaule droite étaient apparues à la suite d'un traumatisme en mars 2002, pourtant pris en charge médicalement dès 2003 seulement. Se référant aux documents de radiologie, le Dr P_____ a retenu que l'atteinte objective des tendons de la coiffe des rotateurs ne s'était pas aggravée depuis 2003 et 2004, voire qu'elle s'était améliorée puisqu'il n'y avait plus de déchirure transfixiante à l'échographie de 2009. L'évaluation du Dr N_____ était peu contributive malgré les douleurs diffuses de l'épaule droite constatées, car les manœuvres n'étaient pas interprétables et ce médecin avait relevé la corrélation radio-clinique incertaine. L'expert retenait

que les douleurs décrites pouvaient difficilement correspondre à une atteinte organique précise. Seule une atteinte sévère de l'épaule, telle qu'une arthrose évoluée ou une rupture tendineuse multiple aurait pu expliquer l'intensité et le caractère handicapant de ces douleurs. Or, les constatations radio-cliniques étaient plutôt rassurantes et non compatibles avec les douleurs. On pouvait s'interroger sur l'absence d'atrophie musculaire chez un assuré droitier qui indiquait ne pratiquement pas utiliser son bras droit. Partant, la symptomatologie douloureuse ne pouvait être expliquée par une atteinte de l'épaule et une autre hypothèse devait être envisagée, par exemple celle d'un syndrome douloureux chronique non organique. Au plan ostéo-articulaire, on pouvait tout au plus vraisemblablement estimer qu'il existait une discrète tendinopathie du sus-épineux sous-jacente ainsi que de l'articulation acromio-claviculaire. Ces pathologies restaient toutefois discrètes à modérées et ne correspondaient pas au tableau clinique. Au plan fonctionnel, il y avait lieu d'éviter toute activité nécessitant le port de charges ou l'élévation du bras droit au-dessus de l'horizontale. S'agissant des cervico-brachialgies, l'assuré présentait une arthrose sévère C5-C6 disco-ostéophyttaire avec uncarthrose pouvant générer des douleurs cervicales, qui se retrouvaient à l'examen clinique. Il était de plus vraisemblable que l'assuré avait présenté une atteinte radiculaire C5-C6 droite en 2003, si l'on se référait aux ENMG pratiqués à l'époque. Lors des nouveaux enregistrements électromyographiques de 2009 et 2012, il n'existait en revanche plus de signe de radiculopathie cervicale ou d'atteinte nerveuse objective. L'absence de résultats des infiltrations foraminales plaidait également en défaveur d'une origine radiculaire. L'extension des douleurs dans le bras droit et l'hémicorps droit sans dermatome précis, le caractère intense, constant et handicapant des douleurs sans substrat clinique objectivant une atteinte radiculaire de même que la démonstrativité lors de l'examen clinique amenaient l'expert à penser qu'une composante non organique jouait un rôle majeur dans cette symptomatologie, bien qu'une partie des douleurs fût imputable à la discopathie importante de C5-C6. Cette atteinte n'expliquait toutefois pas les douleurs dans les bras et les neurochirurgiens avaient d'ailleurs renoncé à opérer l'assuré. Si le caractère handicapant d'un syndrome douloureux relevait de l'appréciation du psychiatre, le rhumatologue a reconnu que la discopathie entraînait une limitation dans les activités exercées la tête fléchie de manière persistante, par exemple dans le travail sur binoculaire ou la peinture des plafonds, et les activités nécessitant des rotations fréquentes de la nuque et le port de charges de plus de 15 kg. La capacité de travail était entière dans une activité respectant ces limitations mais nulle dans l'activité de maçon.

41. Dans son rapport du 28 juin 2012, le Dr Q_____ a également résumé le dossier après un entretien avec le médecin traitant de l'assuré. Il a interrogé ce dernier sur ses plaintes. Il se disait incapable de travailler avant tout en raison de ses douleurs, mais également handicapé par le fait qu'il oubliait tout. Il ne prenait pas régulièrement son anti-dépresseur car celui-ci exacerbait les douleurs. Questionné

sur sa consommation d'alcool, il a déclaré ne pas boire habituellement. Il rapportait des douleurs de l'hémicorps droit et l'anamnèse systématique mettait de surcroît en évidence une tristesse permanente avec pleurs mais sans idées suicidaires. Il n'avait pas d'idées de culpabilité. Il se sentait toujours fatigué. Les douleurs omniprésentes l'empêchaient d'éprouver beaucoup de plaisir mais il conservait néanmoins une certaine joie à voir ses amis. Il n'avait pas de libido, ses sentiments étaient perturbés par les douleurs et son appétit diminué depuis l'accident sans importante perte pondérale. Il se faisait de temps en temps du souci pour son avenir et sa santé. Il signalait avoir parfois la tête qui tournait mais pas d'autres symptômes d'anxiété. L'assuré vivait dans une résidence où il préparait ses repas dans la cuisine commune et entretenait quelques contacts avec d'autres résidents. Il n'avait plus de contacts avec son ex-épouse et sa fille. Après avoir établi l'anamnèse psychosociale, l'expert psychiatre a examiné l'assuré. Il a noté que durant les entretiens, qui avaient duré au total 2h30, l'assuré avait parfois brièvement massé son épaule droite. S'agissant de ses fonctions cognitives, l'assuré pouvait paraître à première vue débile ou dément car il ne pouvait répondre à des questions élémentaires et était incapable de réussir des exercices simples. Les constatations objectives infirmaient cependant l'impression de démence: l'assuré était en effet arrivé ponctuellement, était capable de donner une histoire clinique et biographique assez précise et de faire appel à des souvenirs récents et anciens. Il était capable de s'orienter dans l'espace sans problème et se rappelait où était sis le cabinet de l'expert rhumatologue, où il s'était présenté ponctuellement juste après l'examen psychiatrique. L'humeur paraissait morose, l'assuré ne se déridant jamais, mais pas franchement triste. Ses yeux étaient parfois embués, sans pleurs. La démarche et les mouvements spontanés étaient lents et raides, la voix monotone sans être ralentie. Il n'existait pas de signe de tachypsychie, d'euphorie inadéquate ou d'intolérance à la frustration. Le Dr Q_____ n'a pas constaté de signes objectifs d'anxiété tels que tremblements, agitation ou autres comportements rituels. L'assuré ne présentait pas non plus de signes cutanés ou neurologiques d'une imprégnation pathologique aiguë ou chronique par l'alcool. Il n'exprimait pas d'idées délirantes ou de signes indirects en faveur de phénomènes hallucinatoires, pas de bizarreries du comportement, du discours ou de la pensée suggérant un fonctionnement psychotique et ne manifestait pas non plus de singularités émotionnelles ou comportementales pouvant évoquer un trouble de la personnalité. L'expert a complété son status par des analyses sanguines, dont les résultats étaient compatibles avec l'absence de consommation régulière et pathologique d'alcool dans les deux semaines précédant l'examen. L'anti-dépresseur prescrit n'était cependant pas détecté, ce qui signifiait que l'assuré ne l'avait pas pris les jours précédant l'examen. L'assuré a également passé deux tests de mesure de la dépression, l'échelle de Montgomery-Asberg (MADRS) et l'échelle de ralentissement de Widlöcher. Ses scores à ces épreuves étaient respectivement de 32, compatible avec une dépression sévère, et 27, compatible avec une dépression moyenne. L'expert a toutefois précisé que ces instruments psychométriques n'étaient pas validés pour les expertises.

A l'issue de ces examens, le Dr Q_____ a retenu le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F 32.10) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4). Les indications de la Dresse D_____ dans son rapport de mai 2009 ne permettait pas d'évaluer la gravité du syndrome dépressif. L'examen actuel mettait en évidence une série de symptômes subjectifs compatibles avec une dépression sévère, d'autres éléments plaident contre une telle atteinte. Le syndrome somatique n'était pas complètement présent, il n'y avait ni culpabilité pathologique ni idéation suicidaire. Les signes objectifs de la lignée dépressive étaient présents pour certains mais d'une intensité modérée, l'humeur paraissait morose sans être franchement triste et le ralentissement moteur et vocal restait discret. La psychométrie (échelles MADRS et de Widlocher) confirmait l'impression clinique d'un écart entre les symptômes subjectifs sévères et les constatations objectives d'intensité modérée. L'expert a rappelé s'agissant des troubles cognitifs qu'une dépression d'une certaine gravité entraînait toujours des troubles de la mémoire et surtout de l'attention. Chez l'assuré, les troubles cognitifs étaient massifs au point de mimer contre toute vraisemblance un tableau de démence ou de débilité. Les constatations objectives, par exemple la faculté de l'assuré de présenter une biographie cohérente même succincte, et surtout sa capacité de s'orienter seul dans la ville, étaient toutefois en contradiction totale avec l'hypothèse de troubles cognitifs sévères. Il existait probablement un certain ralentissement mental, discret et loin des troubles cognitifs majeurs mis en scène par l'assuré lors de l'examen neuropsychologique. En conclusion, en valorisant les critères objectifs, le diagnostic retenu était celui d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique. Il existait par ailleurs un tableau douloureux chronique remontant à une dizaine d'années et dépassant largement les atteintes somatiques objectivées par le Dr P_____. Les douleurs étaient survenues dans un contexte psychosocial difficile, lors d'un conflit conjugal et familial grave. Le contexte psychosocial s'était depuis modifié mais il restait problématique. Selon les déclarations de l'assuré, celui-ci vivait de manière très isolée sans contact régulier avec des proches. Au vu de cette constellation, il paraissait justifié de retenir le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. En ce qui concernait la consommation d'alcool, l'examen clinique ne parlait pas en faveur d'une imprégnation chronique ou aiguë sévère par l'alcool et l'analyse de laboratoire confirmait cette impression. Il n'y avait donc pas lieu de retenir un diagnostic de trouble clinique lié à l'utilisation d'alcool. Ni l'examen ni la biographie de l'assuré ne suggéraient l'existence d'une pathologie de la personnalité au sens clinique. Du fait de sa durée, le trouble dépressif diminuait certainement l'énergie disponible ainsi que la motivation et la capacité d'entreprendre. Il y avait probablement également une certaine diminution des facultés cognitives, notamment de l'attention. La dépression réduisait la capacité de travail d'environ 40 %. Sur la base des données du médecin traitant, on pouvait estimer que l'état actuel du point de vue psychique remontait à décembre 2008. S'agissant des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, l'expert a

souligné que le trouble dépressif correspondait à une comorbidité ayant une existence propre et justifiant un diagnostic psychiatrique indépendant de celui du trouble douloureux. Il s'agissait chez l'assuré d'un trouble de gravité moyenne mais durable diminuant dans une certaine mesure les ressources psychiques mobilisables pour faire face aux douleurs. Il existait des atteintes physiques objectives compatibles avec une activité légère à temps plein. L'intégration sociale était extrêmement limitée, l'assuré n'ayant de contacts qu'avec quelques amis et membres de sa famille vivant au Portugal, qu'il voyait une fois par année. Il n'avait pas d'autres activités sociales ou de loisirs. On pouvait remarquer que même avant ses problèmes de santé, l'assuré avait toujours eu une vie sociale pauvre et vécu dans des conditions extrêmement modestes. Selon les renseignements du médecin traitant et l'anamnèse, l'état psychique était figé dans une dépression chronique depuis plusieurs années, en tout cas depuis décembre 2008. On pouvait assimiler cette situation à un état psychique cristallisé. Le tableau douloureux ne s'était guère modifié depuis le début des troubles, en dépit d'un traitement bien conduit par le médecin généraliste. Les perspectives thérapeutiques étaient mauvaises, la compliance médicamenteuse étant à peu près nulle. Il était toutefois peu probable qu'un traitement spécialisé améliore la situation en raison de l'obstacle linguistique et du caractère fruste. Le trouble dépressif entraînait une diminution de la capacité de travail de l'ordre de 40 % et limitait la capacité à surmonter les douleurs. Il paraissait raisonnable d'estimer que l'incapacité de travail imputable au trouble somatoforme douloureux ne dépassait pas 40 %. Ainsi, pris globalement, les troubles psychiques entraînaient une incapacité de travail de 40 %.

Au terme du consilium, les experts rhumatologue et psychiatre ont considéré que la capacité de travail était nulle dans l'activité de maçon et de 60 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Au plan rhumatologique, l'incapacité de travail durable existait probablement depuis mars 2003, l'absence de documents médicaux pour la période antérieure ne permettant pas de l'établir. L'assuré n'était d'ailleurs pas en arrêt de travail avant cette date. Au plan psychiatrique, l'incapacité de travail existait depuis décembre 2008, conformément au rapport du médecin traitant à l'OAI. Les limitations fonctionnelles au plan psychique consistaient en une diminution de l'énergie et du rendement, des capacités à se motiver et à entreprendre, une baisse de la mémoire, de l'attention et de la capacité à gérer les douleurs. Ces limitations, d'intensité moyenne, s'appliquaient tant à l'exercice d'une activité professionnelle qu'à des mesures de réadaptation. De plus, des facteurs non médicaux, soit l'obstacle linguistique et l'intelligence fruste, interféraient avec les possibilités de réadaptation. Aucune mesure médicale ne permettait d'envisager une amélioration de la capacité de travail, d'autant plus que l'origine des douleurs n'était pas clairement organique. Le pronostic du point de vue strictement rhumatologique était bon, mais de nombreux éléments subjectifs le rendaient plutôt sombre. Au plan psychiatrique, les perspectives d'une amélioration significative étaient faibles.

-
42. Dans ses déterminations du 13 septembre 2012, l'OAI persiste dans ses conclusions et se réfère à l'avis établi le 11 septembre 2012 par la Dresse O_____. Celle-ci soutient que l'expertise réalisée n'est pas bidisciplinaire, puisque les experts n'ont pas vu l'assuré l'un après l'autre, ce qui aurait été plus instructif au plan médical. S'agissant du volet psychiatrique de l'expertise, elle soutient que l'évaluation de la capacité de travail n'est pas conforme à la jurisprudence dès lors qu'un trouble dépressif moyen n'est pas une comorbidité psychiatrique grave. Elle affirme que les constatations du Dr Q_____ sur la diminution de l'énergie et de la motivation imputable à la dépression reposent sur des suppositions. L'épisode dépressif est de plus survenu après le trouble somatoforme douloureux. S'agissant des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant d'un tel trouble, elle admet l'existence d'une atteinte physique objective mais conteste la perte d'intégration sociale, l'assuré maintenant des contacts avec quelques amis et voyant sa famille au Portugal. Elle nie également que l'assuré présente un état psychique cristallisé en affirmant que cet état désigne la résolution incomplète de conflits intrapsychiques, qui ne peut être mise en évidence que par une évaluation psychodynamique qui n'est jamais réalisée dans le cadre d'une expertise psychiatrique habituelle. En l'espèce, l'assuré ne présente pas de résolution incomplète de conflits ni de profit primaire tiré de la maladie. Selon la Dresse O_____, il est donc arbitraire de retenir un état psychique cristallisé. En ce qui concerne l'échec des traitements, elle relève que l'inefficacité des médicaments est habituelle dans le cas des troubles somatoformes douloureux et que l'absence d'amélioration constitue une évolution naturelle de cette atteinte. On ne peut donc parler d'échec du traitement puisqu'il n'en existe pas. En conclusion, la Dresse O_____ retient une incapacité de travail totale dans l'activité de maçon et une capacité de travail complète dans une activité adaptée.
43. L'assuré s'est à son tour déterminé dans son écriture du 9 novembre 2012. Il persiste dans ses conclusions et requiert l'audition de la Dresse D_____. Il soutient que les experts retiennent une incapacité de travail mais que le rhumatologue n'a pas été en mesure de déterminer la cause de ses douleurs. L'assuré rappelle qu'il a pourtant sollicité une expertise avec des volets neurologique et neurochirurgical afin d'en éclaircir l'origine. Il allègue qu'il n'existe pas d'activité adaptée à ses nombreuses limitations car l'OAI n'a pas proposé de formation permettant son reclassement. Il reprend les critères permettant d'apprécier la gravité d'un trouble somatoforme douloureux et soutient qu'ils sont réalisés, puisqu'il souffre d'une perte d'intégration sociale et que les traitements pourtant adéquats n'ont pas abouti. Il se dit choqué par l'affirmation de l'OAI, selon laquelle on ne peut retenir un échec du traitement lorsqu'il n'en existe pas. Il retient que l'expertise des Drs P_____ et Q_____ justifie la rente entière accordée par le Tribunal dans son arrêt du 4 mai 2010. En effet, leurs conclusions sur la capacité de travail sont en contradiction avec les limitations

fonctionnelles retenues et l'inaptitude au reclassement constatée par l'Atelier préprofessionnel des HUG.

44. Le 15 novembre 2012, la Cour de céans a transmis copie de cette écriture à l'OAI.

45. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RSG E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

Depuis le 1^{er} janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. A 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.
3. La recevabilité du recours a déjà été examinée dans l'arrêt du Tribunal du 4 mai 2010.
4. Le litige porte sur le point de savoir si l'état de santé de l'assuré s'est aggravé depuis la décision de l'OAI de mars 2006 au point d'influer sur son droit à une rente d'invalidité.
5. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, 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. En vertu de 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 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. Pour évaluer le taux

d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : 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 (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

6. 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; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1).
7. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2).

Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la

présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATFA non publié I 1093/06 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 135 V 65 consid. 4.2.2; ATF non publié 9C_387/2009 du 5 octobre 2009, consid. 3.2).

Il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATFA non publié I 497/04 du 12 septembre 2005, consid. 5.1).

Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATFA non publié I 590/05 du 27 février 2007, consid. 3.1). A l'inverse, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

8. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour

déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 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 convient 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 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c).

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

d) S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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 (ATF 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2).

e) La garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère notamment à un justiciable le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431, consid. 3a). Ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2^{ème} éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61 ; ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

9. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue en règle générale en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus, puis en les confrontant l'un à l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe 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 (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1, ATF 128 V 174).

b) Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Si l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et encore que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, le revenu effectivement réalisé constitue en principe le revenu d'invalidé (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa; ATFA non publié I 881/06 du 9 octobre 2007, consid. 5.4). S'agissant du recours à des données statistiques, le Tribunal fédéral a précisé que lors de la détermination du revenu d'invalidé, il convient généralement de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table de l'Enquête suisse des salaires (ESS) TA1, à la ligne "total secteur privé" (ATF 124 V 321, consid. 3b/aa). Quant au 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).

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). 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). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation de l'autorité (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

10. L'expertise des Drs P_____ et Q_____ doit être examinée au regard des considérants qui précèdent.

Le rapport du Dr P_____ correspond en tous points aux exigences dégagées par le Tribunal fédéral s'agissant de la valeur probante des documents médicaux. Il repose en effet sur une parfaite connaissance du dossier, une anamnèse détaillée et un examen clinique fouillé. Ses diagnostics sont clairs et ses conclusions quant à l'incidence des troubles physiques de l'assuré sur sa capacité de travail sont parfaitement motivées. Il n'existe dès lors aucun motif de s'en écarter. Contrairement à ce qu'affirme l'assuré, le fait que le Dr P_____ n'ait pas trouvé de substrat organique permettant d'expliquer l'ampleur de ses douleurs ne suffit pas à conclure à une atteinte relevant de la neurologie ou de la neurochirurgie que l'expert rhumatologue n'aurait pas prise en considération. On rappellera au demeurant que le Dr P_____ a pris connaissance des rapports et la batterie d'examens mis en œuvre par les spécialistes dans ce domaine, dont ceux de la Dresse R_____ et des neurologues qui ont examiné l'assuré en avril 2012 sans pouvoir identifier une atteinte organique expliquant l'ampleur de la symptomatologie de ce dernier.

En ce qui concerne l'expertise réalisée par le Dr Q_____, la Cour de céans relève ce qui suit. Son rapport se fonde sur l'étude du dossier, un entretien avec le médecin traitant de l'assuré, contient une anamnèse minutieuse et l'examen clinique est fouillé. Cela étant, si le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant est étayé, on peine à suivre l'expert psychiatre lorsqu'il retient un épisode dépressif moyen. En effet, il ne rapporte pas les critères justifiant ce diagnostic mais souligne l'absence d'éléments permettant d'exclure un épisode dépressif sévère, tels que l'inexistence d'un syndrome somatique, de culpabilité ou d'idées suicidaires et l'absence de troubles cognitifs importants objectivement constatés. Le Dr Q_____ mentionne certes une humeur morose et un discret

ralentissement moteur et vocal. Il y a cependant lieu de rappeler que selon la CIM-10, les épisodes dépressifs (F 32) sont ceux lors desquels le sujet présente un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. Il existe une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à se concentrer, associées couramment à une fatigue importante, même après un effort minime. On observe habituellement des troubles du sommeil et une diminution de l'appétit. Il existe presque toujours une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi et fréquemment des idées de culpabilité ou de dévalorisation, même dans les formes légères. L'humeur dépressive ne varie guère d'un jour à l'autre ou selon les circonstances, et peut s'accompagner de symptômes dits "somatiques", par exemple d'une perte d'intérêt ou de plaisir, d'un réveil matinal précoce, plusieurs heures avant l'heure habituelle, d'une aggravation matinale de la dépression, d'un ralentissement psychomoteur important, d'une agitation, d'une perte d'appétit, d'une perte de poids et d'une perte de la libido. Le nombre et la sévérité des symptômes permettent de déterminer trois degrés de sévérité d'un épisode dépressif : léger, moyen et sévère. Un épisode dépressif léger (F 32.0) suppose que deux ou trois des symptômes cités plus haut sont habituellement présents. Dans les épisodes dépressifs moyens (F 32.1), au moins quatre de ces symptômes sont habituellement présents et le sujet éprouve des difficultés considérables à poursuivre ses activités usuelles. En l'espèce, l'expert psychiatre ne précise pas lesquels de ces critères sont présents chez l'assuré. On ajoutera qu'il retient que l'épisode dépressif justifie un diagnostic indépendant du trouble somatoforme douloureux sans exposer les éléments qui lui permettent de parvenir à cette appréciation et sans que l'on comprenne s'il entend par là exclure l'hypothèse que l'épisode dépressif constitue une manifestation réactionnelle au trouble somatoforme douloureux – ce que tendrait pourtant à démontrer le fait que l'apparition de la symptomatologie dépressive est postérieure aux douleurs.

Quoi qu'il en soit, même s'il fallait se rallier aux diagnostics de l'expert psychiatre, un épisode dépressif moyen n'est pas une comorbidité suffisamment grave au sens de la jurisprudence citée pour admettre le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux. Dans la mesure où les conclusions sur le caractère "indépendant" de l'épisode dépressif ne sont pas suffisamment convaincantes, on ne peut retenir une diminution de la capacité de travail en raison de cette comorbidité. Reste ainsi à déterminer si les autres critères dégagés par le Tribunal fédéral pour reconnaître le caractère incapacitant d'un trouble somatoforme douloureux sont réunis. La symptomatologie n'a guère évolué depuis 2003. Il existe de plus incontestablement une atteinte physique sous forme de discopathie cervicale sévère. Si l'on ne peut raisonnablement mettre en doute le retrait social de l'assuré, qui n'a guère de contacts réguliers, on peut se demander si cet élément est une conséquence des douleurs ressenties ou s'il s'agit d'un mode de vie qu'il a adopté avant leur apparition, puisque l'expert relève que sa vie sociale a toujours été pauvre. Compte tenu des doutes laissés par l'expertise sur le diagnostic d'état dépressif moyen, il

n'est pas certain qu'on puisse en l'espèce retenir un état psychique cristallisé. Le Dr Q _____ ne fait d'ailleurs pas état d'un profit primaire tiré de la maladie ou d'un conflit non résolu. Il paraît également difficile d'admettre un échec des traitements, puisque les analyses montrent que l'assuré ne se conforme pas aux prescriptions et ne prend pas les médicaments qui pourraient avoir une incidence sur ses douleurs, notamment l'anti-dépresseur. On ajoutera que l'expert psychiatre ne semble pas non considérer que les critères sont réalisés en l'espèce - bien qu'il ne se prononce pas expressément sur cette question - dès lors qu'il se contente d'affirmer que le trouble somatoforme douloureux n'entraîne pas une incapacité de travail supérieure à celle de 40 % admise en se fondant sur l'épisode dépressif moyen. Force est ainsi de constater que tous les critères permettant de reconnaître un caractère invalidant au trouble somatoforme douloureux ne sont pas réunis en l'espèce.

Compte tenu de ce qui précède, la Cour de céans ne peut se rallier aux conclusions prises de concert par les experts, aux termes desquelles l'assuré présente depuis décembre 2008 une diminution de sa capacité de travail de 40 % dans toute activité en raison de son état dépressif. Un complément d'expertise afin d'étayer les diagnostics et les conclusions du Dr Q _____ n'est cependant pas nécessaire. En effet, même en tenant compte d'une incapacité de travail de 40 % dans une activité adaptée, le degré d'invalidité se calcule comme suit. Pour le revenu sans invalidité, on peut se référer au questionnaire du 13 janvier 2004 dans lequel l'employeur a fait état d'un revenu annuel de 46'200 fr. Compte tenu de l'indexation jusqu'à 2009, le revenu sans invalidité serait de 49'963 fr. 70. Quant au revenu d'invalidité, on doit se référer au revenu statistique tiré d'une activité simple et répétitive selon l'ESS 2008 (TA1, ligne Total), soit 4'806 fr. par mois et 57'672 fr. par année pour 40 heures par semaine, ce qui correspond à 58'883 fr. 10 après indexation et calculé sur la durée moyenne de travail de 41.6 heures en 2009 selon la statistique sur la durée normale du travail (DNT). Compte tenu d'une capacité de travail réduite à 60 %, le revenu est ainsi de 35'987 fr. 30. Il convient encore d'opérer une réduction statistique. Un abattement de 15 % est suffisant compte tenu de l'âge et des limitations de l'assuré. Partant, le revenu d'invalidité est de 36'743 fr. 10. La comparaison des revenus aboutit ainsi à un degré d'invalidité de 36 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

L'assuré sollicite l'audition de la Dresse D _____. La Cour de céans a cependant déjà entendu ce médecin, et celle-ci n'a fait état d'aucun diagnostic ou atteinte qui aurait été ignoré par les experts. Il s'avère dès lors inutile de l'entendre une nouvelle fois, par appréciation anticipée des preuves.

11. Eu égard à ce qui précède, le recours sera rejeté.

L'assuré, qui succombe, supporte l'émolument de 200 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

**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 de l'assuré.
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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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