

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3783/2010

ATAS/858/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 14 septembre 2011

4<sup>ème</sup> Chambre

En la cause

Monsieur B \_\_\_\_\_, domicilié à Châtelaine, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Ridha AJMI

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,  
Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Monsieur B\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1957, de nationalité irakienne, ingénieur en génie civil de formation, est arrivé en Suisse en 1998, où il a obtenu l'asile politique. Titulaire d'un permis de séjour N, l'assuré n'a pas pu exercer d'activité professionnelle. En mai 2003, il a été mis au bénéfice d'un permis C et s'est inscrit au chômage le 30 juin 2003, étant alors à la recherche d'un emploi en tant qu'ingénieur en génie civil à temps partiel.
2. Suite à une chute sur la région de l'épaule droite et sur la région thoracique, l'assuré s'est plaint de douleurs à l'hémicorps droit et a consulté le Dr L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine nucléaire, lequel a constaté que l'assuré présentait une scoliose évidente avec rotation des corps vertébraux, dans un rapport du 26 mai 2001.
3. Le 19 septembre 2004, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DE GENEVE (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison de dorsalgies chroniques.
4. En date du 30 septembre 2004, le Dr M\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint auprès du Service de rééducation des HUG, a établi un rapport adressé à l'OAI, dans lequel il a retenu comme diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail une dysesthésie de l'hémicorps droit avec dorsalgies liées à une scoliose qui aurait été accentuée au niveau de la 7<sup>ème</sup> vertèbre dorsale, suite à une chute environ quatre ans auparavant. Une importante scoliose dorsolombaire était en revanche sans répercussion sur la capacité de travail. Il estimait l'activité exercée jusqu'à présent encore exigible, sans diminution de rendement. La position debout, la même position du corps pendant longtemps, l'inclinaison du buste, la position accroupie, l'utilisation des deux bras, lever, porter ou déplacer des charges, se baisser, les mouvements des membres ou du dos occasionnels ou répétitifs, le travail en hauteur ainsi que les déplacements sur sols irréguliers ou en pente étaient à proscrire. Enfin, selon ce médecin, un examen complémentaire était nécessaire.
5. A la demande de l'OAI, l'assuré a expliqué, par courrier du 7 janvier 2005, que les douleurs avaient commencé suite à un accident qui avait eu lieu en 1998.
6. Dans un rapport du 17 mars 2005 adressé à l'OAI, le Dr N\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré du 14 janvier au 17 décembre 2002, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, a retenu comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail un trouble somatoforme douloureux avec douleurs de l'hémicorps droit, ainsi qu'une désinsertion socioculturelle. Il a également mentionné une dysfonction D7 droite. Pour sa part, il n'y avait aucune incapacité de travail et l'assuré ne présentait pas d'atteinte fonctionnelle majeure. Il a toutefois relevé les limitations fonctionnelles suivantes : adopter la même position

du corps pendant longtemps, les positions à genoux et accroupi, l'inclinaison du buste, lever, porter ou déplacer des charges et le travail en hauteur ou sur une échelle. Les mouvements occasionnels des membres ou du dos étaient tolérés. Il s'agissait par contre d'évaluer la capacité de travail de son patient sur le plan psychiatrique, celui-ci présentant un problème de fixation sur le symptôme avec état anxieux.

7. L'OAI a ordonné une expertise psychiatrique de l'intéressé et a mandaté à cet effet le Dr O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport d'expertise du 29 août 2005, l'expert a exposé avoir examiné l'assuré en date des 16 août et 25 août 2005. Au status clinique, il a relevé que l'intéressé n'avait pas de problèmes mnésiques, ni de problèmes de cognition. Il était bien orienté dans le temps et dans l'espace, il parlait mal le français et son vocabulaire était peu étendu. Durant les entretiens, il n'avait pas présenté d'hallucinations auditives, visuelles ou sensorielles ni de délires ou de troubles psychosensoriels. L'expert n'avait pas retenu de trouble de la personnalité, ni de trouble somatoforme. Il en concluait que l'assuré ne souffrait d'aucun trouble psychique et qu'il n'était pas de son ressort d'évaluer la problématique physique de l'assuré. La capacité de travail du point de vue psychique était totale.
8. Par décision du 11 novembre 2005 et décision sur opposition du 27 avril 2006, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à une rente ainsi qu'à des mesures professionnelles au motif qu'il ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante et que son activité habituelle était raisonnablement exigible.
9. Le 26 mai 2006, l'assuré a interjeté recours (A/1910/2006) auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après : le TCAS), devenu depuis lors la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la Cour de céans), concluant à la mise en œuvre de mesures d'instructions portant sur son état physique et psychique ainsi qu'à l'octroi de prestations.

L'assuré a notamment communiqué au TCAS la copie d'un rapport établi le 14 septembre 2006 par la Dresse P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, aux termes duquel il suivait une psychothérapie chez elle depuis le 3 août 2006 à raison d'une séance par semaine et qu'il souffrait manifestement d'un état de stress post-traumatique chronique de survenue différée. La praticienne expliquait que le recourant, extrêmement pudique, avait nié en bloc toute souffrance psychique lors de l'expertise réalisée par le Dr D. O\_\_\_\_\_, ce d'autant qu'il ne parlait pas bien le français et ne disposait pas d'un interprète.

10. L'OAI ne s'opposant pas à un complément d'expertise psychiatrique, le TCAS a notamment chargé le Dr O\_\_\_\_\_ de déterminer si le recourant présentait un état de stress post-traumatique, le cas échéant depuis quand et quelle en était la cause.

11. Le Dr O \_\_\_\_\_ a rendu son complément d'expertise psychiatrique en date du 10 octobre 2007. Il a exposé avoir examiné l'assuré en date des 23 et 29 août 2007, en présence d'un traducteur. Dans son rapport, l'expert a retenu comme diagnostics un état de stress post-traumatique et un trouble dépressif d'intensité moyenne. Il a relevé à l'anamnèse que l'assuré avait été emprisonné durant deux semaines en Irak en 1991 car il avait refusé de s'engager dans la guerre contre le Koweït. Durant cette incarcération, il aurait reçu des coups de crosse de fusil dans le dos. Au status clinique, il présentait des reviviscences répétées des événements traumatiques (violences commises par son père, événements vécus dans la guerre Iran-Irak) dans des souvenirs envahissants (flash-back, rêves ou cauchemars). L'expertisé évitait des activités ou des situations pouvant réveiller les souvenirs des traumatismes comme par exemple des images télévisuelles ou relatées par la presse écrite concernant l'invasion de l'Irak. Il disait avoir peur et évitait des stimuli associés aux traumatismes et déclarait que l'exposition des stimuli réveillant brusquement le souvenir ou la reviviscence du traumatisme ou de la réaction initiale pouvait déclencher une crise d'anxiété ou une réaction agressive. Il avait également indiqué souffrir habituellement d'une hyperactivité neurovégétative, avec hypervigilance, état de "qui-vive" et insomnies ainsi que d'une diminution de la concentration et de l'attention, une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, d'idées de culpabilité ou de dévalorisation, d'une attitude morose et pessimiste face à l'avenir, rarement d'idées suicidaires, d'une perturbation du sommeil. Dans l'appréciation du cas et pronostics, l'expert a indiqué que les troubles psychiques que présentait l'assuré étaient dus essentiellement au fait qu'il n'avait pas pu retrouver un travail correspondant à ses qualifications et que son statut social, professionnel et familial avait été totalement bouleversé par sa venue en Suisse. Lorsqu'il était inscrit au chômage, l'expertisé avait pu suivre avec succès plusieurs cours, sur Word et Excel, à l'IFAGE ainsi qu'un cours d'Autocad jusqu'au 10 novembre 2004, ce qui avait nécessité des capacités de concentration et d'attention importantes ainsi qu'une estime de soi et une confiance en soi pas trop altérées. L'expert a donc conclu qu'en 2003, l'assuré avait une capacité de travail intacte. S'agissant de l'état de stress post-traumatique, il était présent depuis la guerre Iran-Irak en 1979, l'état était chronique et de gravité moyenne. Dans le cas de l'assuré, la pathologie n'avait pas été aggravée significativement par le stress post-traumatique qui avait une influence minime sur la capacité de travail de l'expertisé dans le circuit normal. Ledit état avait pu être bien supporté car le patient avait pu garder sa place au sein de sa famille, sa fonctionnalité professionnelle et son statut social. C'est la perte de ses fonctions qui avait entraîné la situation actuelle.
12. Le 7 novembre 2007, l'assuré a encore produit deux rapports de la Dresse Q \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, établis les 17 février 2006 et 2 novembre 2007. Selon le rapport du 17 février 2006 consécutif à un examen de sa colonne dorsale (D6-D8), une importante discopathie D8-D9, une arthrose

facettaire au niveau D8-D9, plus importante à droite, avec un rétrécissement modéré du canal de conjugaison du côté droit ainsi que des spondyloses dorsales étagées avaient été constatées.

13. Dans un complément du 25 mars 2008, l'expert a relevé que du point de vue de la médecine des assurances, la capacité de travail de l'assuré était totale. Il a expliqué que le trouble psychique dont souffrait le recourant correspondait à une réaction psychologique à des circonstances adverses. Il ne souffrait pas d'un trouble qui aurait pu altérer ses capacités d'adaptation.
14. Par arrêt du 29 avril 2009 (ATAS/490/2009), le TCAS a considéré que les rapports médicaux produits par l'assuré ne lui permettaient pas de se déterminer en toute connaissance de cause. Il en était de même de l'expertise du Dr O\_\_\_\_\_, au vu de la manière dont cet expert avait retenu les diagnostics d'état de stress post-traumatique et de trouble dépressif d'intensité moyenne. Le TCAS a dès lors partiellement admis le recours et a renvoyé la cause à l'OAI pour complément d'instruction, par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, orthopédique et psychiatrique.
15. Suite au renvoi de la cause, l'OAI a sollicité des rapports médicaux récents des médecins traitants de l'assuré.
16. Dans un rapport intermédiaire daté du 8 septembre 2009, les Drs M\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_, respectivement médecin traitant et médecin répondant au sein de la Permanence médico-chirurgicale de Chantepoulet SA, ont précisé que l'état de santé de l'assuré s'était détérioré depuis 2007, en raison de l'aggravation de la douleur rachidienne de l'hémicorps droit. Les différents examens paracliniques montraient une spondylose droite du rachis étagée. Les limitations fonctionnelles et la capacité de travail dans une activité adaptée devaient être testées en situation. Des troubles de la concentration et de la mémoire (stress) avaient également été constatés.
17. Quant au Dr N\_\_\_\_\_, il a indiqué à l'OAI, en date du 9 septembre 2009, qu'il n'avait pas revu l'assuré depuis décembre 2002.
18. Conformément à l'arrêt du TCAS, l'OAI a soumis l'assuré à une expertise médicale effectuée à la Clinique romande de réadaptation (CRR) du 1<sup>er</sup> au 4 mars 2010.

A teneur du rapport du 30 mars 2010, l'expertise comprenait plusieurs volets : un examen clinique le 2 mars 2010, une expertise orthopédique le 1<sup>er</sup> mars 2010, une expertise psychiatrique le 4 mars 2010, une expertise neurologique le 3 mars 2010 et une évaluation en atelier, qui s'est déroulée sur trois jours, soit du 1<sup>er</sup> au 3 mars 2010, à raison d'une à six heures par jour.

Les conclusions du rapport d'expertise du 30 mars 2010 se basaient sur une anamnèse et un examen clinique du 2 mars 2010 par le Dr S \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne, une expertise orthopédique du 1<sup>er</sup> mars 2010 par le Dr T \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, une expertise psychiatrique du 3 mars 2010 du Dr U \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, une expertise neurologique du 3 mars 2010 du Dr V \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, une évaluation en atelier professionnel par Monsieur W \_\_\_\_\_ et les dossiers mis à disposition.

Les médecins ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail suivants : troubles statiques rachidiens (M29.8) avec scoliose dextro-convexe de la jonction dorso-lombaire (M41.95), et les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail suivants : maladie de Forestier (M35.3) (hyperostose vertébrale ankylosante ou DISH), dysthymie (F34.1) et syndrome douloureux somatoforme persistant (type hystérisiforme) (F 45.4).

Le rapport contenait un résumé du dossier médical du patient, la retranscription des données fournies par l'assuré, assisté d'un traducteur, en particulier ses plaintes actuelles : très grande fatigue, douleurs prédominantes sur l'hémicorps droit, manque d'énergie, douleurs dans l'hémicorps droit, en premier lieu dans les régions cervico-dorsale et scapulaire droites, douleurs évaluées à 4 sur une échelle de 10, exacerbées par le stress et les efforts, l'obligeant ainsi à souvent changer de position, troubles du sommeil, céphalées intermittentes parfois accompagnées de nausées, sifflement de l'oreille droite survenu après une manipulation dorsale, problèmes visuels avec difficultés à se concentrer, vision trouble malgré une myopie appareillée, sentiment de tristesse et de dévalorisation suite aux problèmes physiques et psychiques ainsi qu'aux difficultés socio-économiques subséquentes. La médication alors administrée consistait en du Brufen 600mg en réserve, jusqu'à six comprimés par semaine environ.

L'examen de l'assuré a permis de mettre en évidence des troubles statiques avec une scoliose dorso-lombaire dextroconvexe compensée et un renversement du tronc. Une limitation de la mobilité du rachis cervical qui s'accompagnait de douleurs cervico-dorsales et scapulaires droites dans tous les mouvements ainsi qu'une limitation de la mobilité du rachis dorso-lombaire notamment au niveau dorsal ont été relevées. L'évaluation de la force était difficile en raison du lâchage. Les experts ont noté des incohérences avec notamment une discordance importante entre la distance doigts-sol en station debout et la distance doigts-orteils en station assise, d'importantes différences entre les mouvements effectués spontanément de façon aisée et de façon précautionneuse à la demande.

Le dossier radiologique, dont près d'une vingtaine de pièces ont été commentées, a en substance confirmé la présence de troubles statiques sous forme d'une scoliose

dextro-convexe de la jonction dorso-lombaire et une attitude scoliotique vers la gauche de la région dorsale. Par ailleurs, les médecins ont constaté la présence d'ossifications ligamentaires antéro-latérales de la colonne dorsale moyenne et inférieure ayant légèrement progressé entre 1998 et 2009. Enfin, des troubles dégénératifs étagés cervico-dorso-lombaires au niveau discal et articulaire postérieur ainsi que des troubles d'ostéochondrose au niveau de la colonne lombaire entre L2-L4 ont été mis en évidence.

L'examen neurologique était dans les limites normales. S'agissant des céphalées, elles avaient un caractère tensionnel et ne représentaient pas une limitation à la capacité de travail.

Sur le plan somatique, aucun argument ne permettait d'évoquer une aggravation d'origine traumatique des anomalies. Aux troubles statiques précités s'associaient des troubles dégénératifs étagés discrets du rachis et des anomalies d'hyperostose vertébrale ankylosante (maladie de Forestier ou encore DISH).

Sur le plan rhumatologique et orthopédique, la symptomatologie dépassait largement ce qui pouvait être attendu en relation avec de telles anomalies.

Enfin, sur le plan psychiatrique, aucune psychopathologie significative n'a été relevée, à l'exception d'une symptomatologie dépressive atypique et fluctuante, sans répercussion sur le fonctionnement social, hormis la problématique professionnelle. Si l'expert-psychiatre avait certes fait état d'un éventuel état de stress post-traumatique sub-clinique à léger (F43.1), sans répercussion sur la capacité de travail, la discussion entre experts n'a finalement pas retenu ce diagnostic, les critères y relatifs n'étant pas réunis.

Les experts ont ainsi considéré que les travaux contraignants pour le rachis étaient contre-indiqués depuis 2003. Cela étant, dans une activité adaptée, évitant le port de charges au-delà de 10kg et permettant une alternance des positions, il n'y avait aucune limitation de la capacité de travail. Les experts considéraient plus particulièrement que l'activité d'ingénieur civil ainsi que toute activité de bureau paraissaient totalement adaptées.

Étaient joints au rapport principal, ceux plus détaillés des expertises neurologique, orthopédique et psychiatrique ainsi que l'évaluation en atelier professionnel.

Lors de l'évaluation en atelier professionnel, l'assuré a été amené à effectuer les tâches suivantes :

- Mise sous pli du courrier (période d'observation d'une heure) : en une heure, le recourant a préparé 48 enveloppes, la moyenne étant de 100. Il a dès lors présenté un rendement de 32% d'une qualité jugée suffisante. L'activité a été

réalisée en position assise, en intégrant les deux membres supérieurs dans la tâche. Aucune douleur n'a été constatée.

- Démontage d'une imprimante : l'assuré a renoncé à démonter une imprimante, préférant les concevoir et non les détruire.
- Test des inventaires (période d'observation d'une heure) : l'assuré s'est déplacé dans l'atelier de façon aisée sur sol plat et dans les escaliers. Il a travaillé en position debout de façon aisée également. Dans cette position, il a pu prendre des notes sur un bloc de façon aisée. Les explications ont dû être données à plusieurs reprises, l'autonomie de l'assuré était médiocre.
- Travaux de bureau à l'ordinateur (période d'observation d'une heure) consistant à mettre au propre ses libellés d'inventaire. Après une heure, l'assuré avait créé un tableau avec les libellés de colonnes et n'y avait écrit qu'une seule ligne.
- Brochage de documents : en 45 minutes, l'assuré a perforé et broché cinq dossiers papier. Une fois fini, il a patiemment attendu sur sa chaise sans prendre d'initiative.
- Gravage de plaquettes (période d'observation de 1h45) : l'assuré a présenté des difficultés au gravage des plaquettes, la compréhension du fonctionnement de la machine et la qualité du travail pouvant être qualifiées de médiocres malgré les compléments d'information.
- Création de dossier (période d'observation de 1h30) : le rendement était de 75% et la qualité bonne. Il a uniquement travaillé en position assise, intégrant les deux membres supérieurs dans l'activité. A la fin, il s'est plaint de multiples douleurs diffuses, de fatigue et de maux de dos.

L'évaluation dans les ateliers professionnels a permis de constater que l'assuré n'avait que très partiellement collaboré aux activités proposées et n'avait fait que peu d'efforts pour appliquer les consignes. Le rendement était globalement faible et la qualité du travail conditionnée avant tout par l'intérêt qu'il portait à la tâche. Monsieur W \_\_\_\_\_ a notamment relevé que l'assuré avait modérément collaboré à la mesure et n'avait fait aucun effort pour appliquer les consignes, malgré un discernement intact, lui permettant de comprendre les consignes et de s'y soumettre. A aucun moment, l'assuré n'a semblé nourrir d'intérêt pour les activités proposées ou pour répondre aux attentes de l'investigateur qui a par conséquent considéré que des facteurs non lésionnels, et plus particulièrement des facteurs comportementaux, constituaient un obstacle au retour à une activité professionnelle.

19. Par avis du 22 juin 2010, le SMR, sous la plume du Dr A \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a considéré qu'il n'y avait pas de changement depuis le

rapport du 1<sup>er</sup> novembre 2005, dans lequel une capacité de travail de 100% était reconnue tant dans l'activité habituelle d'ingénieur que dans une activité adaptée.

20. Se fondant sur l'expertise pluridisciplinaire du 30 mars 2010 et sur l'avis médical du SMR du 22 juin 2010, l'OAI a soumis à l'assuré, en date du 15 juillet 2010, un projet de décision, par lequel la demande de prestations était rejetée.
21. Par courrier du 10 août 2010, l'assuré s'est opposé au projet de décision précité et a transmis les documents suivants :
  - Le rapport de tomodensitométrie computerisée de la colonne lombaire, sacrée et du bassin du 24 novembre 2009, daté du même jour, mettant en évidence les atteintes suivantes : spondylose lombaire antérieure étagée avec calcification partielle du ligament longitudinal antérieur et herniation intra-spongieuse du plateau supérieur de L4, discrète sclérose de surcharge des facettes articulaires postérieures mais ne provoquant pas de rétrécissement ni canalaire ni foraminal ; ostéophytose au niveau des articulations sacro-iliaques de localisation antérieure avec kystes synoviaux intra-spongieux sous le versant iliaque gauche de localisation postérieure.
  - Le rapport de tomodensitométrie axiale computerisée du rachis cervical et dorsal effectuée le 26 novembre 2009, daté du même jour, lors de laquelle les atteintes suivantes avaient été relevées : une discrète arthrose atlanto-axoïdienne, une cervicuncathrose en C3-C4, C4-C5 et moins prononcée en C5-C6 avec protrusion discale ostéophyttaire en C3-C4, C4-C5 associée à une uncarthrose rétrécissant les canaux radiculaires en C3-C4 des deux côtés et d'une façon relative C4-C5 à gauche, une spondylose dorsale à prédominance antéro-latérale droite débutant de D4-D5 jusqu'à D10-D11 avec calcification discale à l'étage inférieur, pouvant entrer dans le cadre d'une maladie de Forestier (« DISH ») ;
22. Ces deux documents ont été soumis au SMR qui a relevé, dans un avis du 20 août 2010, que la CRR les avait déjà pris en considération dans son expertise du 30 mars 2010.
23. Le 24 septembre 2010, l'OAI a confirmé le projet de décision du 15 juillet 2010. Ayant été envoyée à la précédente adresse du Conseil du recourant, la décision précitée lui a été renvoyée le 4 octobre 2010.
24. L'assuré a interjeté recours auprès du TCAS, alors compétent, en date du 3 novembre 2010, concluant avec suite de frais et dépens, à la jonction de la cause avec la procédure A/1910/2006 ayant conduit à l'arrêt du 29 avril 2009 (ATAS/490/2009), à la production de l'intégralité du dossier de l'OAI, à l'annulation de la décision du 24 septembre 2010, à l'admission de la demande de prestations du 24 septembre 2004 et à l'octroi de prestations de l'assurance-

invalidité. Il contestait en substance le caractère probant de l'expertise pluridisciplinaire de la CRR du 30 mars 2010, considérant que celle-ci minimisait l'importance de chaque diagnostic et des douleurs intenses et immobilisantes traitées depuis de nombreuses années par divers médecins. Il estimait notamment souffrir de plusieurs maladies, pour certaines reconnues comme invalidantes et en progression, dont les effets sur sa concentration et sa productivité avaient été soulevés par divers médecins. S'il n'avait certes jamais exercé d'activité professionnelle en Suisse, cela n'avait pas influencé sa décision de solliciter des prestations de l'assurance-invalidité. En effet, c'est notamment suite aux recommandations de ses médecins traitants, qui ont constaté qu'il ne pouvait plus exercer son activité habituelle d'ingénieur en génie civil - qu'il convient de qualifier de légère, dès lors qu'elle est principalement effectuée dans un bureau et sans contact avec des poids excédant les 5kg - qu'il a formulé une demande de prestations. Il estimait qu'une activité légère nécessite de la concentration et de la capacité à travailler toute la journée ou au moins une partie de la journée, ce qu'il ne peut faire, aucun rapport médical n'indiquant d'ailleurs qu'il soit capable de supporter une activité professionnelle, fût-elle à temps partiel. Il relevait enfin qu'à teneur du rapport d'évaluation en atelier professionnel, il avait effectué des tâches administratives avec très peu de rentabilité, ce qui était expliqué par des motifs comportementaux en dépit des maladies, pouvant affecter son rendement, dont il souffrait.

25. Par décision du 1<sup>er</sup> novembre 2010, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance juridique.
26. Le 29 novembre 2010, l'intimé a persisté dans ses conclusions.
27. Le 29 mars 2011, la Cour de céans a demandé un complément d'information au Dr S\_\_\_\_\_. Il lui incombait notamment de déterminer dans quelle mesure les différents experts mandatés avaient examiné la problématique des troubles de la concentration et de la mémoire dont avaient fait état les Drs M\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_, dans leur rapport intermédiaire du 8 septembre 2009. Il s'agissait également de définir si l'existence de tels troubles était susceptible de modifier l'appréciation d'un maître d'atelier de la CRR quant aux obstacles au retour à une activité professionnelle.
28. Par courrier du 7 avril 2011, le Dr S\_\_\_\_\_ a répondu aux questions posées par la Cour de céans. Il a notamment indiqué que l'assuré avait été examiné par cinq spécialistes au cours de l'expertise et que trois des entretiens médicaux effectués l'avaient été en présence d'un traducteur et les autres en anglais, de sorte que l'assuré avait pu s'exprimer librement, comprendre les questions posées et y répondre. Une anamnèse détaillée avait été prise par les différents experts considérant que si l'assuré se plaignait de troubles visuels et de difficultés de concentration, ceux-ci ne l'avaient pas empêché de regarder les informations à la

télévision, de tenir une correspondance, de lire les journaux et de travailler sur internet.

Sur le plan psychique, l'assuré n'avait relaté aucune plainte spontanée, lors du bilan réalisé par le Dr U\_\_\_\_\_. À l'anamnèse dirigée, il se montrait par contre beaucoup plus suggestible, ses plaintes concernant essentiellement sa problématique douloureuse. L'assuré verbalisait des troubles de la concentration lorsque les douleurs étaient fortes, de sorte qu'au vu de la symptomatologie peu précise - souvent verbalisée par les personnes présentant des syndromes somatoformes douloureux persistants - les experts n'avaient pas jugé nécessaire d'effectuer des investigations plus précises.

En l'absence de psychopathologie significative, il n'y avait pas lieu de penser que l'appréciation d'un maître d'atelier pouvait être modifiée, ce dernier ayant relevé que la collaboration de l'assuré variait en fonction de l'intérêt pour les activités proposées.

Le Dr S\_\_\_\_\_ joignait à son courrier, une lettre du recourant du 1<sup>er</sup> mars 2010 où son état de santé était décrit. Le recourant y indiquait souffrir de douleurs dorsales depuis 1990. En 1998, il avait fait une chute en glissant, à Genève, et ses douleurs avaient augmenté depuis lors. Il ne pouvait pas bouger facilement en raison de douleurs à la tête, aux mains et jambes, de même que dormir, de sorte qu'il prenait des anti-douleurs prescrits par ses médecins qui avaient eu pour conséquence de détériorer son foie. Il fallait en conclure qu'il n'y avait pas de médicament, ni d'opération susceptibles de diminuer ses douleurs qui avaient augmenté au vu de la situation dans son pays d'origine, des mauvaises nouvelles auxquelles il avait dû faire face et de son âge. Sur le plan professionnel, il n'avait pas pu travailler à son arrivée en Suisse car il avait un permis N. Une fois au bénéfice d'un permis C, en 2003, il s'était inscrit au chômage et avait essayé de travailler en qualité d'ingénieur en génie civil, sans succès quant à ses recherches d'emploi. Il avait alors suivi des cours de perfectionnement, pour développer sa formation d'ingénieur.

29. Dans ses observations du 9 mai 2011, l'intimé a confirmé sa position, se référant à l'avis de la Dresse D\_\_\_\_\_, médecin SMR, selon lequel les informations anamnestiques avaient été recueillies dans des conditions répondant aux critères de qualités attendues (notamment présence d'un interprète). En ce qui concernait les troubles de la concentration et de la mémoire observés, le Dr S\_\_\_\_\_ avait rappelé que la symptomatologie était évoquée à l'anamnèse dirigée seulement, qu'elle restait peu précise et concernait essentiellement la problématique douloureuse, chez un assuré dont la collaboration s'était montrée variable dans les activités de la CRR, en fonction de son intérêt. L'expert ne relevait d'ailleurs aucun argument en faveur d'une maladie psychopathologique, neurologique ou neuropsychologique qui nécessiterait une investigation plus poussée et/ou la

reconnaissance d'une incapacité de travail, de sorte que les plaintes verbalisées par le recourant devaient être considérées comme faisant partie du trouble somatoforme douloureux.

30. Le 13 mai 2011, le recourant a maintenu ses conclusions considérant que le problème de troubles de la concentration et de la mémoire n'avait jamais été examiné par les experts dans le cadre de leur rapport du 30 mars 2010. Les constatations du Dr S\_\_\_\_\_ étaient d'ailleurs fragmentaires et reposaient sur des états de fait antérieurs, notamment l'effort intellectuel qu'avait fourni le recourant pour développer un projet de recherche sur l'énergie automobile en 2003. Or, un faisceau d'indices démontrait qu'il souffrait de divers problèmes de santé mais qu'aucun problème, à lui seul, n'était suffisant pour comprendre son état, de sorte qu'il se justifiait d'ordonner un complément d'expertise.
31. Sur quoi, 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; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence revient 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 9 octobre 2009).

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

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. 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 et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le

---

jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, la demande de prestations datant du 19 septembre 2004, la LPGA est applicable. Du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard du droit en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007 (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; 445 et les références; voir également ATF 130 V 329; 129 V 4 consid. 1.2; 127 V 467 consid. 1; 126 V 136 consid. 4b et les références).

3. Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable en vertu des art. 56 à 60 LPGA. En effet, le recours a été interjeté le 3 novembre 2010 contre une décision datée du 15 juillet 2010, reçue par le recourant le 4 octobre 2010.
4. Le litige consiste à déterminer si le recourant présente une atteinte à la santé invalidante, ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). C'est le lieu de rappeler l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage, principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). Il en résulte que le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 2 LAI).

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).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (T\_\_\_\_\_, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

6. a) 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; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

b) 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 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative

---

de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (T\_\_\_\_\_, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung*, in : *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 77).

c) Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, *Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten*, in : *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER ; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49).

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

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 LPG), 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 (ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. 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 351 consid. 3b/bb).

8. L'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciative ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

Plus particulièrement, le Tribunal fédéral a estimé que le but d'une expertise pluridisciplinaire est d'obtenir une collaboration entre différents praticiens et d'éviter les contradictions que pourraient entraîner des examens trop spécialisés, menés indépendamment les uns des autres. Il convient dès lors de s'attacher à la discussion globale menée par les experts plutôt qu'aux rapports forcément sectoriels et limités des différents spécialistes consultés en cours d'expertise (ATFA non publiés du 13 mars 2006 [I 16/05] et du 4 juillet 2005 [I 228/04]).

9. En l'espèce, le recourant, ingénieur en génie civil de formation, est arrivé en Suisse en 1998, où il a obtenu l'asile politique et n'a jamais repris d'activité lucrative depuis lors, bien qu'il ait obtenu un permis C en mai 2003. Il considère que son état de santé ne lui permet plus d'exercer son activité habituelle, contestant en substance le caractère probant de l'expertise pluridisciplinaire de la CRR du 30 mars 2010, considérant que celle-ci minimise l'importance de chaque diagnostic et des douleurs intenses et immobilisantes traitées depuis plusieurs années par de nombreux praticiens. Il estime notamment souffrir de plusieurs maladies, pour certaines reconnues comme invalidantes et en progression, dont les effets sur sa concentration et sa productivité ont été soulevés par divers médecins, de sorte qu'il lui est impossible de travailler toute la journée ou au moins une partie de la journée.

À l'appui de ses dires, il relève qu'à teneur du rapport d'évaluation en atelier professionnel, il avait effectué des tâches administratives avec très peu de rentabilité, ce qui est expliqué par les affections dont il souffre et non par un manque de collaboration et d'intérêt pour les activités proposées.

Pour sa part, l'intimé, se basant sur le rapport de la CRR du 30 mars 2010, soutient que le recourant ne présente aucun trouble invalidant et que sa capacité de travail est entière dans une activité de type sédentaire, telle que son activité antérieure d'ingénieur en génie civil. En effet, la collaboration du recourant s'était montrée variable dans les activités proposées par la CRR, en fonction de son intérêt, sans que le faible rendement ne puisse être attribué à une quelconque incapacité de travail. L'intimé relève également que les informations anamnestiques qui ont conduit audit rapport ont été recueillies dans des conditions répondant aux critères de qualités attendues (notamment présence d'un interprète). En ce qui concerne plus particulièrement les troubles de la concentration et de la mémoire observés, l'intimé se réfère à l'appréciation du Dr S\_\_\_\_\_ selon laquelle la symptomatologie était évoquée à l'anamnèse dirigée seulement, qu'elle restait peu précise et concernait essentiellement la problématique douloureuse. L'expert ne relevait d'ailleurs aucun argument en faveur d'une maladie psychopathologique, neurologique ou neuropsychologique qui nécessiterait une investigation plus poussée et/ou la reconnaissance d'une incapacité de travail, de sorte que le recourant ne pouvait pas être mis au bénéfice d'une rente d'invalidité.

Plus particulièrement, l'expertise de la CRR du 30 mars 2010 s'est étendue sur quatre jours et comprend plusieurs volets, notamment des expertises orthopédique, psychiatrique, neurologique et une évaluation en atelier. Les différents experts ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail suivants : troubles statiques rachidiens (M29.8) avec scoliose dextro-convexe de la jonction dorso-lombaire (M41.95), et les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail suivants : maladie de Forestier (M35.3) (hyperostose vertébrale ankylosante ou DISH), dysthymie (F34.1) et syndrome douloureux somatoforme persistant (type hystérisforme) (F 45.4). Lesdits médecins concernés ont ainsi déterminé, après de nombreux examens cliniques, expertises et en se basant sur l'intégralité du dossier médical du patient, sur une anamnèse très complète et sur les plaintes exprimées, que le recourant ne présente pas d'atteinte à la santé invalidante. En effet, que cela soit sur le plan somatique, rhumatologique, orthopédique, neurologique ou encore psychiatrique, la capacité de travail du recourant est jugée entière par les différents intervenants, dans une activité adaptée - évitant le port de charges supérieures à 10kg et permettant une alternance des positions - telle que celle pour laquelle il a suivi une formation universitaire.

Quant à l'évaluation dans les ateliers professionnels, elle a permis de constater que le rendement du recourant était plus faible que la moyenne et pouvait être qualifié de médiocre. À ce titre, la Cour de céans considère au degré de la vraisemblance

prépondérante et à l'instar du maître d'atelier, que ledit rendement et la qualité du travail étaient conditionnés par l'intérêt de l'assuré pour la tâche en question. L'investigateur a ainsi démontré - en soumettant l'intéressé à de nombreuses activités, aussi diverses soient-elles - que des facteurs non lésionnels, et plus particulièrement des facteurs comportementaux, constituaient un obstacle au retour à une activité professionnelle, sans qu'une limitation fonctionnelle dans une activité adaptée ne puisse être retenue.

Il sied donc de retenir que les conclusions de l'expertise sur la capacité de travail du recourant sont corroborées par les troubles objectifs constatés et également par les observations faites en atelier professionnel.

Contrairement à ce que soutient le recourant, force est de constater que l'expertise de la CRR du 30 mars 2010 répond aux réquisits jurisprudentiels; les experts ayant dressé des anamnèses détaillées de la situation du recourant. En effet, le volumineux dossier médical et les nombreuses radiographies, dont les plus récentes dataient de moins de six mois avant l'examen clinique, ont été examinés par les experts, de même que les rapports dont s'est prévalu le recourant le 10 août 2010. Les plaintes de l'assuré - assisté d'un traducteur arabe/français - ont été entendues et décrites dans les divers rapports.

S'il existe certes des différences entre les rapports d'examen orthopédique du 8 mars 2010 et psychiatrique du 4 mars 2010 et le rapport d'expertise du 30 mars 2010, en termes de diagnostics et de limitations fonctionnelles retenus, elles ne sauraient décrédibiliser l'expertise pluridisciplinaire établie de manière consensuelle. En effet, les rapports détaillés contiennent l'appréciation d'un seul médecin. Or, ces diagnostics et appréciations ont par la suite fait l'objet d'une discussion entre tous les médecins mandatés et l'échange des points de vue a mené à modifier légèrement les diagnostics et limitations fonctionnelles retenus. Par ailleurs, les conclusions du rapport sont dûment motivées, explicites et dépourvues de contradictions.

En définitive, rien ne permet de s'écarter de cette expertise du 30 mars 2010.

10. Par ailleurs, en ce qui concerne les troubles somatoformes douloureux, il ressort des données médicales versées au dossier qu'aucune psychopathologie significative n'a été relevée, à l'exception d'une symptomatologie dépressive atypique et fluctuante, sans répercussion sur le fonctionnement social. Si l'expert-psychiatre avait certes fait état d'un éventuel état de stress post-traumatique sub-clinique à léger (F43.1), sans répercussion sur la capacité de travail, la discussion entre experts n'a finalement pas retenu ce diagnostic, les critères y relatifs n'étant pas réunis. Le recourant ne présente donc pas comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une gravité suffisamment importantes pour admettre qu'un effort de volonté en vue de réintégrer le processus de travail ne puisse être exigé (ATFA non publié I 1093/06

du 3 décembre 2007, consid. 3.2), de sorte que le trouble somatoforme retenu par les différents praticiens ne saurait revêtir de caractère invalidant. Il sied d'ailleurs de noter que tant le recourant que l'intimé n'allèguent pas - à juste titre - que les conditions primaires de troubles somatoformes douloureux sont remplies. En effet, le recourant ne subit pas de réelle perte d'intégration sociale - il vit avec sa famille et entretient des contacts réguliers avec l'extérieur, notamment son avocat aux États-Unis avec qui il discute de son futur brevet concernant la récupération d'énergie dans le domaine automobile - ni ne souffre d'un état psychique cristallisé, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'attarder d'avantage sur cette discussion.

11. Il résulte de ce qui précède que le recours sera rejeté et la décision attaquée confirmée.
12. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986; RS E 510.03).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir un émolument.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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