

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/638/2012

ATAS/1477/2012

ORDONNANCE D'EXPERTISE

DE LA COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

du 11 décembre 2012

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur U _____, domicilié à Chêne-Bourg

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente

EN FAIT

1. M. U_____ (ci-après : l'assuré), né en 1955, marié, père de trois enfants nés en 1987, 1988 et 1994, originaire du Kosovo, naturalisé suisse, a vécu au Kosovo jusqu'en 1991 où, titulaire d'un diplôme de juriste, il a exercé comme administrateur (secteur immobilier, écoles secondaires), archiviste et agent administratif. Il est arrivé avec sa famille en Suisse en 1991.

L'assuré a exercé dans le canton du Jura comme conseiller en assurances auprès de X_____ (2001-2003) puis effectué divers travaux depuis 2004 (jardinage, menuiserie, nettoyage, peinture, bucheronnage) pour l'Espace formation Emploi, puis pour la Fondation Y_____ en 2006 et comme responsable de l'entretien du nettoyage de pelouse (2004-2006). En 2007, il a exercé dans le canton de Genève une activité de concierge au cycle d'orientation Z_____ et pour XA_____ Sàrl à Carouge (du 29 janvier au 30 juin 2007) ainsi que du 24 avril au 31 décembre 2008 comme nettoyeur à 50 % pour XB_____ SA.

2. Le 7 février 1994, le Dr A_____, FMH médecine générale à Courtemaîche, a attesté qu'un état dépressif minait le couple U_____ en raison de la séparation avec la famille, l'isolement du village de Bure où ils vivaient, les difficultés de communication avec la ville avoisinante et le manque de chaleur sociale dans le village. Ils souhaitaient être transférés en Valais.
3. Le 25 janvier 2005, l'assuré a été victime d'une chute en forêt, avec entorse de la cheville, suivie d'une thrombose veineuse.
4. Du 1^{er} août 2007 au 31 juillet 2009 un délai-cadre d'indemnisation a été ouvert en faveur de l'assuré suite à la demande d'indemnités de chômage de celui-ci.
5. Une IRM du genou gauche du 22 septembre 2008 a relevé une déchirure de grade III de la corne postérieure du ménisque interne, associée à un kyste paraméniscal d'environ 1 cm de taille maximale; le corps du ménisque ne présente pas d'altération significative décelable; la corne antérieure était normale. Il y avait une très forte suspicion d'une petite languette méniscale luxée au niveau de la partie antérieure de l'échancrure spino-glénoïdienne. Le ménisque externe était d'aspect normal.
6. Des radiographies de la colonne lombaire et du bassin du 16 octobre 2008 ont conclu à l'absence de lésion significative et des lésions modérées d'arthrose interapophysaire postérieure sur le segment lombaire inférieur.
7. L'assuré a été en incapacité de travail totale depuis le 28 octobre 2008 et indemnisé par la SWICA, assureur perte de gain, depuis le 30 octobre 2008 à 100 % et à 50 % dès le 1^{er} novembre 2009.

8. Une IRM du rachis lombo-sacré du 19 novembre 2008 a conclu dans un contexte de discopathies pluri-étagées, en L4-L5, protrusion discale postéro-latérale droite se prolongeant par une composante séquestrée, migrée proximalemet, englobée dans un tissu hypervascularisé probablement granulomateux, l'ensemble réalisant un effet de masse sur la racine L5 droite, discrets remaniements dégénératifs interapophysaires de L4 à S1.
9. Par plusieurs certificats médicaux, la Dresse B _____, FMH en psychiatrie et psychothérapie, a attesté d'une incapacité de travail totale depuis le 19 novembre 2008 jusqu'au 31 octobre 2009 et à 50 % dès le 1^{er} novembre 2009.
10. Le 15 décembre 2008, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison d'une entorse, thrombose, syndrome cervico-scapulaire, hernie discale et fissure au genou gauche.
11. Le 1^{er} janvier 2009, la Dresse B _____ a rempli un rapport médical AI en relevant qu'elle suivait l'assuré depuis le 19 novembre 2008, que celui-ci était déprimé, angoissé, avait des idées noires, était tendu, irritable, parfois avec violences verbales, présentait des tensions dans la tête, des troubles de la concentration, de la mémoire, de la difficulté à faire face dans la vie quotidienne, un sentiment d'injustice et un manque de confiance en lui et aux autres. Un autre antidépresseur allait être introduit. Le diagnostic était celui de F43.22. L'assuré nécessitait une place de travail très calme.
12. Selon un entretien avec la SWICA le 7 janvier 2009, l'assuré a déclaré qu'il ne pouvait exercer son activité de nettoyeur et qu'il souhaitait retravailler dans une activité commerciale.
13. Le 12 janvier 2009, le Dr C _____, FMH chirurgie orthopédique, a rendu un rapport médical AI. Il a posé le diagnostic de déchirure du ménisque interne gauche existant depuis environ cinq ans n'entraînant pas d'arrêt de travail. Il avait traité l'assuré le 26 septembre 2008. Celui-ci présentait des douleurs et blocage une fois par année. Si la gêne persistait une arthroscopie était envisageable. Il fallait éviter une activité sur échelle et échafaudage.
14. Le 19 janvier 2009, XB _____ SA a rempli le questionnaire pour l'employeur en indiquant un engagement du 24 avril 2008 au 31 décembre 2008 comme nettoyeur à raison de 22,5 heures par semaine pour un salaire de 19 fr. 61 de l'heure.
15. Le 28 janvier 2009, le Dr D _____, du centre médical de Chêne-Bourg, a rempli un rapport médical AI dans lequel il a diagnostiqué une hernie discale L4-L5 depuis septembre 2008, une déchirure du ménisque interne du genou gauche depuis septembre 2008 et un état anxio-dépressif depuis novembre 2008. Il suivait l'assuré depuis juillet 2008. L'affection du rachis était peu compatible avec la poursuite du

métier de nettoyeur. Il présentait des lombosciatalgies L5 gauche chronique et un état anxio-dépressif. L'incapacité de travail était totale depuis le 28 octobre 2008 en raison de douleurs à l'effort mais nulle dans un poste sédentaire.

16. Un entretien du 29 janvier 2009 avec une psychologue de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a conclu à une mise en place d'un stage d'orientation aux EPI pour déterminer les cibles professionnelles.
17. Par communication du 23 mars 2009, l'OAI a accordé une mesure d'orientation professionnelle à savoir un bilan analyse et conseils auprès de l'OSEO.
18. L'assuré a signé dans ce sens un contrat d'objectifs avec l'OAI le 27 mars 2009.
19. Le 21 avril 2009, XA_____ Sàrl a rempli le questionnaire pour l'employeur selon lequel l'assuré avait travaillé du 29 janvier au 30 juin 2007 à raison de 22 heures par semaine.
20. Le 23 avril 2009, le Dr E_____, FMH médecine interne cardiologie, médecin-conseil de l'Office cantonal de l'emploi (OCE), a attesté que l'assuré pouvait travailler à 100 % dans toute activité pas trop lourde pour le dos.
21. Le 19 mai 2009, le Dr B_____ a attesté d'un état dépressif sévère sans symptômes psychiques, d'un suivi depuis le 19 novembre 2008 et d'un traitement médicamenteux depuis le 3 décembre 2008.
22. Une IRM cervicale du 25 mai 2009 a conclu à une sténose canalair multi-étagée et multi-factorielle sur discarthrose. Le rétrécissement le plus marqué se trouvait au niveau C3-C4, où l'on visualisait une minime déformation du cordon médullaire. Au niveau C6-C7, on visualisait également une légère déformation de la moelle épinière. Les trous de conjugaison étaient libres des deux côtés, sur l'ensemble des niveaux explorés.
23. Le 29 mai 2009, le Dr F_____ a indiqué que le canal cervical étroit sur discarthrose (IRM du 25 mai 2009) était un élément important pour contre-indiquer les travaux lourds et en hauteur, en particulier comme nettoyeur.
24. La psychologue de l'OAI a rédigé une note de clôture le 19 juin 2009 en relevant que psychologiquement et physiquement l'assuré avait eu des difficultés à prendre ce que pouvait lui offrir la mesure, malgré sa bonne volonté. Des contacts avaient été pris dans le domaine des assurances et des conseils pour ses compatriotes. Une formation complémentaire était toutefois nécessaire et au vu du salaire, il était vraisemblable qu'il ne puisse pas bénéficier de mesure d'ordre professionnel.
25. Par communication du 23 juin 2009, l'OAI a indiqué à l'assuré que des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient actuellement pas indiqués.

26. Le 20 août 2009, le Dr G _____, FMH psychiatrie et psychothérapie, médecin-conseil de l'OCE, a relevé que l'arrêt de travail était en lien avec l'état psychique actuel jusqu'à ce que le spécialiste trouve un traitement offrant un résultat clinique.
27. Le 2 novembre 2009, l'assuré s'est inscrit à l'Office cantonal de l'emploi (OCE).
28. Par décision du 21 janvier 2010, l'OCE a déclaré l'assuré apte au placement pour une disponibilité de 50 % depuis le 2 novembre 2009 en relevant que ce dernier s'estimait capable de travailler à 50 %.
29. Le 16 juin 2010, le Dr H _____, FMH neurologie, a conclu à un examen neurologique objectif strictement normal et une absence d'une atteinte du système nerveux central ou périphérique expliquant les plaintes. L'état anxio-dépressif avec douleurs généralisées prédominant dans l'hémicorps droit pouvait rentrer dans le cadre de somatisation avec syndrome douloureux chronique. L'assuré se plaignait d'un sentiment de pression dans la tête et de brûlures de tout l'hémicorps droit.
30. Le 15 juillet 2010, la Dresse B _____ a indiqué que l'état de l'assuré était instable, il restait déprimé, angoissé avec une douleur physique importante, des troubles de la concentration, de la mémoire, du sommeil et se sentait dans l'injustice et l'incompréhension.
31. Le 25 juillet 2010, le Dr I _____ a attesté d'un état stationnaire depuis octobre 2008 avec un syndrome douloureux chronique cervical et lombaire entraînant une incapacité de travail totale comme nettoyeur (pathologie rachidienne étendue et état dépressif marqué).
32. Le 7 octobre 2010, la Dresse J _____ du SMR a proposé une expertise au BREM à Vevey.
33. Le 21 octobre 2010, le SMR a conclu à une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle de nettoyeur et dans celle de juriste ou employé de bureau. Il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique évidente et de facteur de gravité selon la jurisprudence; la spondylodiscarthrose n'entraînait aucune limitation dans l'activité habituelle et l'épisode lombaire aigu de 2010 était résolu, sans suite.
34. Une IRM lombaire du 16 novembre 2010 a conclu à la présence d'un conflit disco-radicaire postéro-latéral droit au niveau L4-L5 sur une hernie discale. Un deuxième conflit disco-radicaire est visualisé au niveau L2-L3 du côté gauche, par une deuxième hernie discale. Probable ancienne fracture non déplacée consolidée de la vertèbre L1, sans atteinte du mur postérieur. Protrusion discale non sténosante D12-L1.

35. Le 18 novembre 2010, le Dr H_____ a attesté de lombosciatalgies L4 algiques et discrètement parétiques sur hernie discale L4-L5 luxée vers le haut avec à l'examen électroneuromyographique des signes en faveur d'une radiculopathie lombaire se manifestant par un allongement des réponses indirectes "F" à droite et des tracés en activité volontaire diminués avec une activité d'insertion augmentée dans els muscles examinés du membre inférieur droit dépendant du myotome L4 (L5) avec de discrets signes de dénervation aiguë en regard de la musculature paraspinale L4-L5 à droite. Un avis neurochirurgical semblait indiqué.
36. Le 15 août 2011, les Drs K_____, FMH rhumatologie médecine interne, K_____, FMH psychiatrie et psychothérapie et L_____, FMH rhumatologie médecine interne du BREM, ont rendu un rapport d'expertise concluant à l'absence de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail et aux diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail de spondylodiscarthrose sans myélopathie ni radiculopathie M47.8, syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4 présent depuis 2008, épisode dépressif léger sans syndrome somatique F32.00 présent depuis mai 2009, status après blocage méniscal en 2008, status après entorse de la cheville droite compliquée de thrombose veineuse profonde en 2005 et status après tympanoplastie et après otites à répétition, discrète hypoacousie résiduelle.

La capacité de travail était de 100 % dans toute activité.

L'assuré se plaignait de douleurs de la face postérieure du corps, de la tête, de la région cervicale, scapulaire, de tout le corps de la région fessière et des membres inférieurs (jusqu'au creux plopité à gauche). Il attribuait le point de départ des douleurs à l'entorse de la cheville droite en 2005, avec la persistance d'un état douloureux hémicorporel droit depuis l'accident. Des radiographies des genoux et chevilles ont été effectuées dan le cadre de l'expertise du 22 février 2011.

Le travail de synthèse consensuelle entre les experts faisait retenir un diagnostic de trouble somatoforme, sans comorbidité d'ordre psychiatrique évidente. Il n'y avait pas sur le plan somatique de limitation fonctionnelle pour les anciennes activités dans le nettoyage ni pour des activités en relation avec sa formation de juriste. Des éléments sortant du champ médical leur paraissaient imputables à l'évolution de cette situation. En dehors de l'incapacité de travail momentanée en relation avec l'accident de 2005, et en relation avec le syndrome lombo-sciatique objectivé par le Dr H_____ en novembre 2010 qui n'avait pas suscité de prise en charge particulière par la suite, ils ne voyaient pas rétroactivement d'incapacité de travail durable.

37. Par projet de décision du 8 novembre 2011 et décision du 8 février 2012, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

38. Le 6 décembre 2011, le Dr H_____ a rendu un rapport à la suite de la consultation de l'assuré en raison d'un syndrome douloureux de l'hémicorps droit et, dans une moindre mesure à gauche. Il a conclu qu'il n'y avait pas à l'heure actuelle de signe en faveur d'une lésion du système nerveux central ou périphérique pouvant expliquer l'ensemble de la symptomatologie dont se plaignait le patient et qui évoquait un syndrome douloureux chronique avec des contractures musculaires multiples associé à un état anxiodépressif chez un patient qui restait convaincu que tous les symptômes étaient la conséquence de l'accident de 2005.
39. Une IRM du 8 février 2012 a conclu à une arthrose cervicale étagée aussi bien intersomatique qu'interarticulaire postérieure prédominant en C3-C4 avec discrète protrusion discale et rétrécissement modéré du trou de conjugaison gauche et en C6-C7 avec protrusion discale harmonieuse et très discret rétrécissement du trou de conjugaison gauche. La moelle était par ailleurs de calibre et de structure normales.
40. Une IRM du genou gauche du 13 février 2012 a conclu à un genou dégénératif avec chondropathie de stade III du compartiment externe, de stade III du compartiment interne avec par ailleurs fissuration horizontale de la corne postérieure du ménisque dont il était difficile de dire si elle était ancienne ou récente. Pas d'atteinte ligamentaire.
41. Le 26 février 2012, l'assuré a recouru auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision du 8 février 2012 au motif que son état de santé se dégradait, que la Dresse M_____, médecine interne générale SSMG du centre médical et sportif de Peillonex, souhaitait procéder à d'autres examens médicaux (IRM et centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur).
42. Le 8 mars 2012, la Dresse J_____ a rendu un avis médical selon lequel l'IRM du genou gauche du 13 février 2012 et celle cervicale du 8 février 2012 n'étaient pas de nature à remettre en question les conclusions du 21 octobre 2011. Le problème principal était un syndrome douloureux chronique qui ne pouvait être expliqué par des atteintes objectives.

La lésion méniscale était déjà connue ainsi que des troubles dégénératifs lors de l'expertise du BREM. La gonarthrose modérée devait être confrontée à la clinique. Les troubles pluri-étagés du rachis cervical étaient déjà connus et, sans corrélation avec des signes de gravité objectivés sur le plan clinique, l'IRM cervical n'avait pas de signification pour déterminer la capacité de travail.

43. Le 19 mars 2012, l'intimé a conclu au rejet du recours en se fondant sur l'expertise du BREM, laquelle élucidait parfaitement la situation de l'assuré et sur l'avis du SMR du 8 mars 2012.

44. Le 3 mai 2012, le centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur (CMD) a rendu un rapport suite aux consultations de l'assuré des 20 février et 26 mars 2012 dans lequel a été posé le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, déconditionnement et déséquilibres musculaires cervico-dorsolombaires et trouble dépressif récurrent avec actuellement épisode sévère.

Le patient se plaignait qu'à la suite de l'accident de 2005 étaient apparues des douleurs diffuses persistantes. Il était préconisé notamment des activités physiques régulières et l'augmentation de l'antidépresseur.

45. Les 12 et 30 mai 2012, l'assuré a observé qu'il n'était pas d'accord avec les conclusions de l'OAI et persistait dans son recours afin que la décision de l'OAI soit fondée sur toutes les pièces pertinentes.

46. Le 23 mai 2012, la Dresse M_____ a indiqué que les diagnostics retenus étaient ceux de syndrome douloureux chronique et état dépressif sévère entraînant du pont de vue thymique une incapacité totale de travail.

47. Le 5 juin 2012, les Dresses J_____ et N_____ du SMR ont rendu un avis médical selon lequel le bilan du CMD allait dans le sens de l'expertise du BREM hormis l'évaluation de l'intensité du syndrome dépressif. A cet égard, le rapport du CMD ne permettait pas de savoir si l'assuré présentait une péjoration sur la plan thymique de sorte que des renseignements pourraient être demandés à la Dresse B_____, voire une expertise psychiatrique ordonnée.

48. Le 18 juin 2012, l'OAI a sollicité qu'un rapport médical soit requis de la Dresse B_____.

49. Le 2 juillet 2012, la Cour de céans a ordonné une audience de comparution personnelle des parties. Le recourant a déclaré :

"J'ai des douleurs dans tout le corps surtout à droite. Je ressens également des brûlures dans la bouche et sous les pieds. Parfois les douleurs débutent dans les jambes, au bas du dos ou à la tête et irradient tout le corps. Ces douleurs me réveillent souvent la nuit. Je suis suivi par la Dresse M_____ et par la Dresse B_____ à raison d'une fois par mois. J'ai un traitement médicamenteux de Tritico. J'ai également des problèmes de concentration et de nervosité. Je n'ai pas de projet au quotidien, je reste un peu chez moi, je sors un peu me promener. Je n'arrive pas à structurer mes journées. Mon épouse est en train de suivre un stage par l'AI mais je ne sais pas ce qu'elle fait exactement. Je souhaiterais travailler mais je ne m'en sens actuellement pas capable ni physiquement ni psychiquement. Parfois je me sens très bien physiquement et d'un coup je fais un petit mouvement et je me bloque pour 2-3 semaines. Je n'arrive pas à contrôler mon corps, je me suis d'ailleurs retrouvé une fois bloqué dans le tram et je n'arrivais pas à sortir du tram. Mes problèmes ne font que s'empirer. Je vis à

Genève depuis septembre 2006 car les enfants voulaient faire des études. Je pensais également pouvoir trouver du travail plus facilement. Je ressens ces douleurs dans tout le corps depuis mon accident de 2005. J'estime que je suis dépressif et nerveux".

50. Le 4 juillet 2012, à la demande de la Cour de céans, la Dresse B_____ a rendu un rapport médical indiquant qu'elle suivait l'assuré depuis le 3 décembre 2008, que le diagnostic était celui de réactions anxio-dépressives sévères, que l'état de santé psychique était changeant, lié aux douleurs physiques suite à l'accident de janvier 2005, qu'il pouvait travailler à 50 % dans un endroit calme et sans stress, qu'elle n'était pas d'accord avec le diagnostic posé par le BREM, que l'assuré avait des troubles de l'adaptation avec des réactions anxio-dépressives, qu'il était déprimé, angoissé, sensible aux bruits, agité, fatigué de ses douleurs avec des troubles du sommeil, de la concentration et de la mémoire, et que son état s'était péjoré depuis l'examen du BREM car il était très déprimé et angoissé.
51. Le 20 août 2012, les Drs J_____ et N_____ du SMR ont rendu un avis selon lequel le trouble de l'adaptation persistait habituellement entre six mois et deux ans depuis un stress psychosocial, de sorte que l'assuré ne pouvait présenter un tel diagnostic lequel combiné à une réaction mixte, anxieuse et dépressive ne pouvait pas correspondre à la dépression sévère rapportée par la Dresse B_____ ; celle-ci rapportait une péjoration psychique liée à la péjoration de l'état physique mais le BREM avait exclu une atteinte somatique incapacitante, en particulier, aucun épisode dépressif franc n'était évoqué; le rapport médical de la Dresse B_____ était fragilisé par plusieurs incohérences et contradictions mais démontrait néanmoins que l'état de santé était resté globalement stationnaire depuis 2009; la symptomatologie dépressive légère s'inscrivait clairement dans le contexte d'un trouble somatoforme douloureux dont il faisait partie intégrante.
52. Le 10 septembre 2012, l'intimé a indiqué qu'il se ralliait à l'appréciation du SMR et a conclu au rejet du recours.
53. Le 13 novembre 2012, la Cour de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise au Dr O_____, FMH en psychiatrie et psychothérapie, et leur a imparti un délai pour qu'elles se prononcent sur une éventuelle cause de récusation de l'expert ainsi que sur la mission d'expertise.
54. Le 26 novembre 2012, l'OAI a indiqué qu'il ne soulevait aucun motif de récusation de l'expert et que les questions figurant dans la mission d'expertise étaient complètes. Le recourant n'a pas formulé d'observations.

EN DROIT

1. a) Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la

Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

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

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

En l'espèce, l'objet du litige porte sur une demande de prestations du 15 décembre 2008. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 3852) et celles du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008. En revanche, les modifications de la LAI du 18 mars 2011, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012 (6^{ème} révision), ne sont pas applicables au cas d'espèce.

2. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).
3. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).
4. a) Selon l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:
 - a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (al. 1).

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

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

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

Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 417 ss. consid. 2d et les références). Aux termes de cette disposition, si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est, pour l'avenir, augmentée, réduite ou supprimée.

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

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

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

d) D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence).

6. a) Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances

personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

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

7. D'après la jurisprudence (ATF 131 V 49 consid. 1.2), la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi 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 398 ss 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 malade 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 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77). Ces critères constituent un instrument, pour l'expert et l'administration (le cas échéant pour le juge), servant à qualifier la souffrance vécue par un assuré, afin de déterminer si celui-ci dispose ou non des ressources psychiques permettant de surmonter cet état; ces critères ne constituent pas une liste de vérification mais doivent être considérés comme une aide à l'appréciation globale de la situation douloureuse dans un cas concret.

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).

On ajoutera encore que dans un arrêt récent ayant trait à la fibromyalgie, le Tribunal fédéral des assurances est parvenu à la conclusion qu'il existait des caractéristiques communes entre cette atteinte à la santé et le trouble somatoforme douloureux. Celles-ci justifiaient, lorsqu'il s'agissait d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65; ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05). La fibromyalgie a été plus particulièrement assimilée au syndrome douloureux somatoforme persistant (ATFA du 20 avril 2006, cause I 805/04).

Dans ce contexte, on rappellera encore que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références).

8. a) Au sujet du critère de la comorbidité psychiatrique (qui se place au premier plan pour déterminer si l'assuré dispose ou non des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs), un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante. En effet, les états dépressifs constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 in fine), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (arrêt D. du 20 avril 2006, I 805/04, consid. 5.2.1). Le TFA a également considéré qu'une personnalité à traits histrioniques ne constituait pas non plus, à côté du trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) une comorbidité psychiatrique autonome du trouble fibromyalgique (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05).

b) S'agissant des affections corporelles chroniques, il doit exister une limitation fonctionnelle sur le plan somatique (notamment ATFA du 12 juin 2006, cause I 317/05).

c) Concernant l'état physique cristallisé, des éléments biographiques difficiles (relations conflictuelles au travail, divorce, possible traumatisme sexuel sans contact physique durant l'enfance) sont des indices plaidant en faveur d'un tel état, si tant est que l'assuré ne démontre pas en même temps une attitude théâtrale et revendicative et émette des déclarations discordantes au sujet de ses douleurs donnant à penser qu'il cherche une compensation de ses souffrances par l'AI. Le fait d'affirmer ne plus être en mesure d'exercer une quelconque activité tout en étant capable de s'occuper du ménage et d'un enfant sont des indices faisant plutôt apparaître un profit secondaire tiré de la maladie (ATFA du 20 mars 2006, cause I 644/04). Un tel état ne saurait être admis lorsque l'assuré n'a pas suivi de traitement psychiatrique durable et que, par ailleurs, il fait preuve d'une mauvaise compliance médicamenteuse (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04, voir aussi ATFA du 21 avril 2006, cause I 483/05), lorsqu'il a uniquement pris un traitement d'anxiolytiques et non pas d'antidépresseurs (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), lorsque la poursuite du traitement est susceptible d'améliorer la symptomatologie d'anxiété (ATFA du 8 juillet 2004, cause I 380/03), lorsque l'épisode dépressif moyen est en rémission complète (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05), lorsqu'aucun élément psychotique, aucune souffrance ou dysfonctionnement personnel, professionnel et social, ni encore des traits d'une personnalité dissociée ne peuvent être retenus (ATFA du 25 novembre 2004, cause I 450/03), en l'absence d'une source de conflit intrapsychique ou situation conflictuelle externe (ATFA du 23 juin 2004, cause I 272/03) lorsque l'état de l'assuré est susceptible de s'améliorer grâce à la stabilisation de la vie familiale et à l'instauration d'un traitement antidépresseur (ATFA du 10 novembre 2005, cause I 638/04), lorsque l'état psychique est stabilisé grâce à une médication adéquate et qu'un suivi psychothérapeutique constituerait un traitement adéquat des troubles en

cause (ATFA du 12 septembre 2005, cause I 497/04), lorsque l'assuré fait état d'une envie de travailler et d'une certaine ambition sociale (ATFA du 13 juillet 2005, cause I 626/04).

d) S'agissant de la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, elle n'est pas réalisée dès lors que l'assuré effectue des promenades avec des amis qu'il voit fréquemment et maintient des contacts sociaux avec sa famille en Espagne (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04), qu'il bénéficie d'une vie familiale épanouie, reçoit des amis et se rend chez eux (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), qu'il a une vie retirée, passant beaucoup de temps à la maison mais a gardé un certain réseau d'amis qui viennent le voir ou auxquels il rend visite (ATFA du 29 novembre 2005, cause I 665/04), qu'il se dit bien entouré sur le plan familial (ATFA du 16 août 2005, cause I 539/04), qu'il vit dans une situation de retrait mais qu'il a des contacts réguliers avec ses proches et qu'il retourne régulièrement dans son pays d'origine avec sa famille ou des amis (ATFA du 2 mars 2005, cause I 690/04), qu'il est à même d'entretenir des contacts sociaux, d'exercer des activités sportives (natation) et de loisir (promenade) (ATFA du 8 juin 2005, cause I 361/04).

9. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

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

l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

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

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

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

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

tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

10. En l'espèce, l'intimé s'est fondé pour motiver la décision litigieuse sur l'expertise bidisciplinaire des Drs L_____ et K_____ du BREM (rhumatologie et psychiatrie) du 15 août 2011 concluant à une capacité de travail totale dans toute activité.

Cependant, la Cour de céans constate que les conclusions psychiatriques de la Dresse K_____ sont clairement contredites par les avis de la Dresse B_____, laquelle suit le recourant depuis le 3 décembre 2008 et a attesté d'un état dépressif sévère (avis des 1^{er} janvier 2009, 19 mai 2009 et 4 juillet 2012), par le Dr G_____ lequel a estimé que l'incapacité de travail était justifiée en lien avec l'état psychique (avis du 20 août 2009), par le CMD lequel a indiqué un syndrome douloureux chronique dans le contexte d'un syndrome dépressif avec un épisode de dépression sévère (avis du 3 mai 2012), et par la Dresse M_____ laquelle a posé les diagnostics de syndrome douloureux chronique et état dépressif sévère.

S'agissant en particulier de la capacité de travail, la Dresse B_____ a conclu à une capacité non pas de 100 % mais réduite de 50 % dans un endroit calme et sans stress, depuis le 1^{er} novembre 2009 (certificat médical de 2009 et avis du 4 juillet 2012) et l'assuré a par ailleurs été reconnu apte au placement à 50 % dès le 2 novembre 2009 par l'OCE.

L'état de santé psychique du recourant nécessite ainsi une instruction complémentaire.

11. Au vu de ce qui précède, il convient d'ordonner une expertise judiciaire psychiatrique, laquelle sera confiée au Dr O_____, FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Genève.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable ;

Préparatoirement :

2. Ordonne une expertise médicale. La confie au Dr O_____. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
 - a. Prendre connaissance du dossier de la cause.
 - b. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité M. U_____.
 - c. Examiner M. U_____.
 - d. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes:
 - e. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
 - f. Quel est le status détaillé et l'évolution du status depuis le début de l'atteinte ?
 - g. Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre M. U_____ d'un point de vue psychiatrique ?
 - h. En cas de trouble psychique :
 - Quel est le degré de gravité de celui-ci ?
 - Depuis quelle date est-il présent chez M. U_____ ?
 - Comment a-t-il évolué ?
 - Quel traitement est-il indiqué ? M. U_____ suit-il un traitement adéquat ?
 - Y a-t-il une amélioration possible à court/moyen terme ?
 - i. Existe-t-il un diagnostic de trouble somatoforme douloureux ou de fibromyalgie ?
Si oui :

Existe-t-il une comorbidité psychiatrique ? si oui de quelle importance ? ce trouble psychique a-t-il valeur de maladie en tant que telle ou doit-il être considéré uniquement comme une manifestation réactive au trouble somatoforme douloureux, non constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome ?

- Existe-t-il des affections corporelles chroniques ?
 - Existe-t-il un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable ?
 - M. U _____ subit-il une perte d'intégration sociale au sens du considérant 10 d) et, cas échéant, dans quelle mesure et de quelle manière ?
 - Existe-t-il chez M. U _____ un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) ?
 - Constatez-vous l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conforme aux règles de l'art ?
 - Des mesures de réhabilitation seraient-elles utiles ?
 - Dans quelle mesure peut-on exiger de M. U _____ qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail ?
 - En d'autres termes, M. U _____ dispose-t-il et si oui dans quelle mesure de ressources psychiques lui permettant de surmonter ses douleurs aux fins d'exercer une activité lucrative ?
- j. Compte tenu de votre diagnostic, l'assuré pourrait-il exercer une activité lucrative ? Si oui, laquelle ? A quel taux ? Depuis quelle date ? Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ? Si non ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
- k. Au vu du dossier, votre réponse aux questions susmentionnées aurait-elle été identique à la date de la décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité, soit le 8 février 2012 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ? Si oui, pourquoi ?
- l. Etes-vous d'accord avec l'avis de la Dresse K _____ du 15 août 2011 ? En particulier avec le diagnostic d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique F32 et sans conséquence sur la capacité de travail de M. U _____ ? Si non, pour quels motifs ?

- m. Etes-vous d'accord avec l'avis de la Dresse B_____ du 4 juillet 2012, en particulier avec la contestation d'une capacité de travail de M. U_____ réduite à 50 % dans un endroit calme et sans stress ? Si non, pour quels motifs ?
 - n. Etes-vous d'accord avec l'avis du SMR du 20 août 2012 ? Si non, pour quels motifs ?
 - o. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?
 - p. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.
3. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le