

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1095/2008

ATAS/1173/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 22 septembre 2009

En la cause

Monsieur V _____, domicilié à GENEVE, représenté par
FORTUNA Compagnie de protection juridique

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, GENEVE

intimé

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelynne BOUCHAARA et Norbert HECK,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur V_____ (ci-après l'assuré), né en 1961, de nationalité suisse et originaire du Kosovo, a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OCAI ou l'intimé) en date du 12 août 2003, sollicitant la prise en charge d'une orientation professionnelle, d'un reclassement dans une nouvelle profession et d'une rééducation dans la même profession.
2. Employé en qualité de manoeuvre-étancheur depuis le 27 juin 2001 auprès de X_____ SA, l'assuré a cessé son activité le 18 novembre 2002, victime d'un accident du travail. Lors d'un changement de bennes, un vérin hydraulique a écrasé son pied gauche.
3. Dans leur résumé d'observation du 20 décembre 2002, les Drs A_____, chef de clinique adjoint, et B_____, médecins à la Clinique et policlinique d'orthopédie et de chirurgie de l'appareil moteur des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG), ont diagnostiqué une plaie interne du pied gauche, une fracture comminutive articulaire P1 du 2^{ème} orteil gauche, une fracture marginale distale P2 du 3^{ème} orteil gauche, une fracture de la houppette de P2 du 1^{er} orteil à gauche ainsi qu'une nécrose du 4^{ème} orteil gauche. Deux interventions se sont déroulées les 18 et 29 novembre 2002 portant sur l'embrochage de la fracture du 2^{ème} orteil et sur la désarticulation (amputation) de l'articulation métatarso-phalangienne du 4^{ème} rayon à gauche.
4. Le 9 janvier 2003, le Dr A_____ a indiqué que l'assuré était en totale incapacité de travail depuis le 18 novembre 2002.
5. Par certificats médicaux des 24 février, 28 mars et 2 mai 2003, le Dr C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a également attesté de l'incapacité de travail totale de l'assuré à partir du 18 novembre 2002.
6. Par rapport du 18 mai 2003 à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après SUVA), la Dresse D_____, généraliste, a posé les mêmes diagnostics que les médecins des HUG et considéré qu'une reprise de travail ne pouvait pas encore être fixée.
7. Par rapport du 25 juin 2003, le Dr E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a constaté que les conséquences de l'accident, soit notamment l'amputation du 4^{ème} orteil et le fait que les orteils soient ankylosés, représentaient un problème important dans une profession exercée en position debout et a conclu que la capacité de travail actuelle de l'assuré en tant qu'étancheur était nulle.

8. L'assuré a séjourné du 16 juillet au 20 août 2003 à la Clinique romande de réadaptation à Sion. Il y a notamment bénéficié de physiothérapie et a effectué des travaux de gravure dans l'atelier mécanique, en position assise. A la fin de la thérapie à l'atelier mécanique, il n'est noté aucune progression concernant ses déplacements et sa posture en position debout.
9. Par consilium psychiatrique du 28 juillet 2003, le Dr F_____, médecin-chef du service psychosomatique de la Clinique romande de réadaptation, a diagnostiqué un trouble dépressif majeur, degré moyen (F32.2) et un état de stress post-traumatique, en rémission partielle (F43.1). Le médecin a précisé que l'accident du 18 novembre 2002 avait été vécu par l'assuré avec une terreur intense et qu'à l'examen, il était effondré, fréquemment en pleurs, notamment à l'évocation des difficultés actuelles de son épouse. Son humeur était nettement abaissée, il se montrait désespéré et désemparé.
10. Par avis de sortie du 19 août 2003, le Dr G_____, médecin à la Clinique de réadaptation, a constaté que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité de manœuvre et qu'elle devait être réévaluée.
11. Par consilium du même jour, le Dr F_____ a noté que l'incapacité de travail était entière sur le seul plan somatique, de sorte qu'il ne s'est pas prononcé sur le plan psychiatrique, mais a souligné que cet aspect pouvait devenir à moyen terme le "facteur limitant".
12. Par rapport du 8 septembre 2003, les Drs H_____ et G_____ de la Clinique romande de réadaptation ont diagnostiqué des "thérapies physiques et fonctionnelles" (Z50.1 - diagnostic primaire), un écrasement du pied gauche (S97.8), une amputation du quatrième orteil gauche (S98.1), un trouble dépressif majeur (degré moyen - F32.2), un état de stress post-traumatique (en rémission partielle - F43.1). Les comorbidités étaient des lombalgies chroniques, une fracture du deuxième doigt de la main gauche en 2001 ostéosynthésée, un probable syndrome fémoro-rotulien gauche ainsi qu'un status après probable ménissectomie interne gauche (aucun compte rendu opératoire à disposition).

Ils ont indiqué que la situation ne s'était pas stabilisée et qu'il y avait lieu de discuter d'une nouvelle intervention chirurgicale. La capacité de travail était toujours nulle, en raison de seuls motifs somatiques. Toutefois, l'aspect psychiatrique pouvait devenir à moyen terme un facteur de limitation de cette capacité.
13. Le Dr I_____, chef de clinique adjoint au Département de chirurgie des HUG, a, dans un avis du 18 décembre 2003, constaté que la fracture de P1 du 2^{ème} orteil était bien consolidée, mais qu'il était possible qu'il présente des séquelles d'une algoneurodystrophie versus un pied creux secondaire à l'écrasement de son pied.

14. Par rapport du 14 février 2004, la Dresse D_____ a ajouté un diagnostic supplémentaire, soit celui d'état d'angoisse post-traumatique, et a constaté que l'assuré se plaignait toujours, comme en 2003, d'importantes douleurs au niveau de l'avant pied gauche. La date de reprise du travail n'a pas été fixée.
15. Le 2 mars 2004, le Dr J_____, médecin adjoint au Service de chirurgie orthopédique et de traumatologie de l'appareil moteur aux HUG, a noté que le assuré n'avait pas pu reprendre son travail en raison de douleurs persistantes de tout l'avant-pied gauche avec des phénomènes de dysesthésies et une sorte d'hypo-vascularité du 3^{ème} orteil particulièrement sensible au froid, des griffes fixes des 2^{ème} et 3^{ème} orteils, un infraductus du 5^{ème} orteil sous le panicule adipeux et une arthrose sévère post-traumatique de l'articulation métatarso-phalangienne du 2^{ème} rayon. Il a conclu que le seul geste qui puisse être entrepris pour résoudre ces très nombreux problèmes de l'avant-pied était une amputation au niveau de la ligne métatarso-phalangienne, ou une transmétatarsienne longue. Ces problèmes de l'avant-pied empêchaient l'assuré de travailler, mais selon le Dr J_____, "il a par contre une vie non professionnelle pratiquement indolore".
16. Le 26 avril 2004, le Dr E_____ a remarqué qu'il subsistait un enraidissement important de l'avant-pied gauche, sans qu'il y ait d'anomalie de la marche avec des chaussures sur mesure avec barre de déroulement. La situation s'était stabilisée. L'état actuel du pied gauche n'était plus compatible avec la profession de manoeuvre dans le bâtiment, toutefois, dans un travail adapté, il avait une entière capacité de travail, en évitant la marche et la station debout de longue durée, ainsi que la marche sur terrain inégal. Il fixait à 20% l'atteinte à l'intégrité.
17. Le 13 juillet 2004, le Dr K_____, médecin au Service médical régional AI (ci-après SMR), a indiqué que l'enraidissement de son pied gauche empêchait l'assuré de reprendre son travail, mais qu'il avait une capacité de travail de 100% dans toute activité légère ou en position assise et qu'un stage professionnel ne lui paraissait pas nécessaire.
18. Par décision du 28 février 2005, la SUVA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 20% dès le 1^{er} octobre 2004 ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20%. L'assureur a retenu qu'il pouvait exercer une activité légère durant toute la journée en position essentiellement assise. Il existait également des troubles psychogènes, qui n'étaient toutefois pas en relation de causalité adéquate avec l'accident, de sorte qu'ils n'ont pas été pris en considération pour fixer la rente d'invalidité.
19. Par rapport du 10 mars 2005, le Dr L_____, médecin au Département de psychiatrie des HUG, a diagnostiqué un trouble dépressif majeur (F32.2), un état de stress post-traumatique (F43.1) et un status post-opératoire du pied gauche. Selon le médecin, l'état de santé de l'assuré était stationnaire. Sa capacité de travail était

nulle de novembre 2002 à mars 2005. Il a noté l'existence d'une humeur nettement abaissée sans lien avec les difficultés existentielles, une insomnie résistante au traitement, une conduite d'évitement (évitement de camions), des souvenirs envahissants (flash back), des phénomènes d'intrusion (il revivait l'accident pendant ses rêves), un désespoir, une irritabilité, un comportement évitant et agressif en alternance, ainsi que des signes d'hyper-vigilance associés à une insomnie et englobés dans une dépression. Une formation pour un emploi de bureau était envisageable eu égard aux troubles somatiques, toutefois, les troubles psychiques ne lui permettaient pas de modifier ses capacités cognitives actuellement limitées.

20. Le 7 juillet 2005, la Dresse D _____ a retenu un status post-traumatique du pied gauche, un état anxio-dépressif et une arthrose de l'avant pied gauche post-traumatiques et a notamment indiqué qu'il sera possible de proposer une activité adaptée à l'assuré dès que son état de santé psychique se sera stabilisé.
21. Par décision sur opposition du 26 juillet 2005, la SUVA a confirmé sa décision du 28 février 2005.
22. Par rapport du 19 novembre 2005, le Dr AA _____, médecin au Département de psychiatrie des HUG, a fait état d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F33.1), de traits de syndrome de stress post-traumatique "sans qu'on puisse poser le diagnostic dans sa totalité" (F43.1) et d'un syndrome douloureux somatoforme (F45.4). Il a constaté que l'état de santé de l'assuré était plus proche des troubles somatoformes douloureux et d'un état dépressif que d'un syndrome de stress post-traumatique. La capacité de travail de l'assuré était nulle, en tous les cas à partir du 8 avril 2005. Le pronostic restait réservé et il était difficile de prévoir la reprise possible d'une activité professionnelle, mais elle ne devait pas être exclue.
23. Par courrier du 20 décembre 2005, le Dr I. C _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a souligné qu'il existait une souffrance fémoro-patellaire de grade 3, mais sans nouvelle lésion méniscale interne ou externe.
24. Sur mandat de l'OCAI, le Dr M _____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a examiné l'assuré les 3 et 10 avril 2006 et rendu un rapport d'expertise en date du 12 avril 2006. Il a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail.

Il a indiqué que l'assuré présentait une évidente difficulté à la déambulation, des réveils fréquents durant la nuit, des cauchemars, des tremblements tant la journée que la nuit et des pensées de suicide. Sa mimique était figée, dépressive, il n'avait pas souri pendant les entretiens et pleurait souvent. Son discours était ralenti, monocorde et prosodique. Il était ralenti sur les plans psychique et moteur, disait se sentir tout le temps dans un "nuage", mais ne présentait ni délires ni hallucinations. L'expert a noté qu'au moment de l'entretien, l'assuré présentait des symptômes

indicateurs de dépression sévère. Il a éliminé le diagnostic de syndrome douloureux persistant (trouble somatoforme douloureux), attendu qu'un état de stress post-traumatique ne pouvait pas être retenu et que les symptômes douloureux étaient justifiés par l'état dépressif. Il a souligné qu'il s'agissait d'un "état de maladie" et non pas d'une invalidité définitive. Tout pronostic était possible. Il n'a pas exclu une guérison complète, ni d'ailleurs une ultérieure aggravation de son état de santé.

Pour l'expert, aucune activité professionnelle n'était toutefois possible actuellement en raison des troubles psychiatriques. Il y avait lieu, selon lui, d'évaluer à nouveau dans une année son état de santé et sa capacité de travail.

25. Par avis du 13 septembre 2006, un médecin du SMR, le Dr N_____, généraliste, a constaté que les problèmes de l'assuré étaient essentiellement psychiques et soutenu que l'expertise du Dr M_____ n'avait pas force probante. En effet, il a remarqué que l'expertise était courte, non exhaustive, basée sur un entretien de deux heures au maximum; l'anamnèse et l'examen étaient incomplets, aucun test psychométrique n'avait été effectué; l'expert écartait de son diagnostic le trouble somatoforme douloureux, sans réelle justification et en contradiction avec l'avis de ses confrères psychiatres (HUG); il n'y avait pas de réelle appréciation du cas ni de discussion des autres avis psychiatriques; les conclusions de l'expert étaient surprenantes et ne permettaient pas de connaître les véritables limitations fonctionnelles de l'assuré ni de faire un éventuel pronostic. Enfin, le médecin du SMR s'est demandé pour quelle raison, après près de quatre années d'incapacité de travail et de prise en charge psychiatrique, il serait nécessaire de réévaluer la situation dans une année alors que l'expert avait indiqué que l'assuré était bien traité, et surtout ne comprenait pas ce que signifiaient les termes "tout pronostic est possible".

Le médecin SMR proposait ainsi un examen psychiatrique par le SMR afin de préciser l'atteinte psychiatrique de l'assuré et sa capacité de travail. Il y avait également lieu de discuter le diagnostic de trouble somatoforme douloureux et son caractère invalidant, ainsi que de déterminer l'influence de facteurs étrangers à l'AI (problèmes conjugaux, motivation, recherche de bénéfices secondaires).

26. Le Dr O_____, psychiatre FMH et examinateur SMR, a reçu l'assuré en date du 14 novembre 2006 pour un entretien d'une heure et quart et a rendu son rapport le 12 janvier 2007. Il n'a retenu aucun diagnostic ayant des répercussions sur sa capacité de travail. Les autres diagnostics étaient un trouble dépressif récurrent avec plusieurs épisodes de gravité moyenne (F32.2) (anamnestiquement selon les médecins traitants et selon les experts), une dysthymie déclenchée par l'accident et le divorce (F34.1), des troubles de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites (suite à un conflit intrafamilial avec rixe) depuis deux semaines environ (F43.25), une majoration des symptômes physiques pour des

raisons psychiques (anamnestiquement; au moment de l'examen, pas présente) (F68.0).

L'anamnèse psychiatrique récente est marquée par un événement s'étant passé dans le courant de la semaine précédant l'entretien. L'assuré a été "tabassé" par le mari de sa nièce ainsi que par d'autres personnes, de sorte que son vécu était dominé par ces événements récents et que l'anamnèse psychiatrique antérieure n'y jouait qu'un rôle subordonné. En ce qui concerne l'anhédonie, l'assuré aurait partiellement conservé la capacité d'éprouver du plaisir à l'occasion d'activités habituellement agréables, et ce notamment parce qu'il aimait parfois voir les enfants de sa parenté, mais se sentait gêné par le bruit. Il avait également des bouffées de panique dans sa situation actuelle, toutefois, le médecin a indiqué qu'il était impossible de savoir si ces bouffées existaient déjà avant l'agression. L'assuré avait également des cauchemars, mais il ne revivait plus la scène de l'accident du 18 novembre 2002. Il existait également des idées suicidaires. Pour ce qui est de la thymie (l'humeur), au vu de ce que le assuré a vécu, il existait un sentiment de rage impuissante, de courroux contre son agresseur, d'angoisse, de peur, mais l'examinateur n'a pas pu évaluer son humeur avant cette agression. En ce qui concerne le status psychiatrique, l'examinateur a notamment relevé un discours prolix en détails, imprécis. L'humeur de l'assuré était morose, par moment dépressive, à d'autres moments légèrement dysphorique. Il pleurait au moment où il disait qu'il n'avait "pas de chance dans la vie". Il existait chez lui un auto-apitoiement et il était difficile de lui "arracher un sourire". Les contenus négatifs dominaient dans le cadre de sa réactivité affective.

Dans son appréciation du cas, l'examinateur a constaté qu'il existait un trouble de l'adaptation de gravité importante qui se manifestait principalement par une humeur dépressive de gravité fluctuante, ce qui, sur le plan diagnostique, correspondait plutôt à une dysthymie (F34.1). Toutefois, il n'était pas exclu que, pendant un certain temps, la dépression ait rejoint la gravité d'une dépression majeure probablement de gravité moyenne (ce qui avait été attesté par plusieurs médecins traitants ainsi que par l'expert). Cela ne contredisait pas, selon la CIM-10, le diagnostic global de dysthymie. Il a également observé un vécu surinvesti de son accident et de sa conviction d'être invalide. Il n'a pas retenu de syndrome douloureux somatoforme persistant. Il n'existait en particulier pas de détresse issue immédiatement des douleurs et qui était présente quotidiennement, durant toute la journée. Les circonstances particulières de l'examen, soit le fait qu'il se soit déroulé quelques jours après une agression, expliquerait que l'examinateur n'ait pu observer l'assuré dans son état habituel. Il a tiré des conclusions du fait que la pathologie préexistante soit presque complètement superposée par un trouble de l'adaptation aigu. Il a tout d'abord remarqué qu'au moment de l'examen, l'accident ainsi que les douleurs à la jambe gauche de l'assuré et la conviction d'être invalide ne dominaient pas du tout son vécu. Lesdits éléments ne prenaient que très peu de place dans le cadre de l'examen. L'examinateur en a conclu que le problème sous

jacent, soit les douleurs avec peu de substrat organique, n'avaient pas la qualité d'une maladie fixée ou d'un état cristallisé.

Il a par la suite constaté que bien que les médecins et l'expert retiennent une maladie dépressive incapacitante, il n'en demeurait pas moins qu'aucun d'eux n'avait spécifié les limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes. Lors de l'examen, l'assuré avait montré une activité importante avec beaucoup de déplacements et avait beaucoup de contacts avec d'autres personnes, démontrant que le repli social décrit précédemment par d'autres médecins ne correspondait pas à un état durable, présent indépendamment des circonstances et n'était pas dû à une maladie psychiatrique.

D'après l'examineur, l'assuré avait probablement présenté à plusieurs reprises des incapacités de travail de courte ou moyenne durée dues à des troubles de l'adaptation et non pas une incapacité de travail durable due à une atteinte à la santé psychique. Il n'existait ainsi pas de maladie psychiatrique indépendante du trouble de l'adaptation (présent depuis son accident et son divorce), mais plutôt une dépression réactionnelle s'inscrivant directement dans son vécu. L'épisode actuel montrait bien que ni l'humeur dépressive ni le vécu surinvesti des douleurs n'étaient largement indépendants des circonstances mais qu'ils s'y inscrivaient.

Ainsi, il a conclu, à la différence des médecins traitants et de l'expert, qu'il ne croyait pas observer une atteinte à la santé psychique ayant valeur de maladie au sens de l'AI, occasionnant des limitations fonctionnelles psychiatriques invalidantes de façon durable.

L'examineur a précisé que l'incapacité durable de travail de 100% n'était justifiée à aucun moment, ce qui n'excluait pas que durant des périodes de courte ou moyenne durée, une incapacité de travail ait existé. La capacité de travail de l'assuré était ainsi nulle dans l'activité habituelle pour des raisons ostéoarticulaires, mais entière dans une activité adaptée.

27. Par avis du 22 février 2007, un médecin du SMR, la Dresse P_____, a précisé que de mettre en place des mesures d'ordre professionnel (MOP) était inutile ("mettre sur pied des MOP c'est de l'argent jeté par les fenêtres"), l'assuré n'ayant pas travaillé depuis cinq ans et ayant des troubles psychiques non invalidants, notamment une majoration de symptômes physiques pour raisons psychiques.
28. Par courrier du 3 avril 2007 à l'OCAI, l'assuré a relevé que l'un des critères retenu par le Dr N_____ pour contester la valeur probante du rapport de l'expert psychiatre était la courte durée de l'examen qui avait été de deux fois une heure, alors même que l'examineur SMR ne l'avait vu que durant une heure, voire une heure et demie avant d'établir son rapport. De plus, l'expert psychiatre n'avait effectué aucun test psychométrique, ce que l'examineur SMR n'a pas fait non plus. Il a soutenu que l'expertise psychiatrique avait pleine valeur probante et qu'il

était manifestement en incapacité de travail en raison de troubles psychiques graves (troubles dépressifs, épisode moyen à sévère) depuis le 18 novembre 2002.

29. En date du 19 avril 2007, la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a rendu un rapport, dans le cadre duquel le calcul du degré d'invalidité était effectué. Le salaire sans invalidité retenu était de 58'012 fr. (pour 2003) et celui avec invalidité de 49'084 fr., basé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2002, TA1, tous secteurs confondus. Un abattement de 15% a été admis, au vu des limitations fonctionnelles et de la seule activité légère que l'assuré était capable d'exercer. Le degré d'invalidité était ainsi de 15.4%. De plus, les MOP sous forme de reclassement n'étaient pas indiquées, l'assuré ne disposant pas de certification reconnue. Enfin, ces mesures n'étaient ni simples, ni adéquates et ne respectaient pas le principe d'équivalence. Une aide au placement était envisageable, mais devait être subordonnée à une demande expresse et écrite.
30. Par projet du 23 avril 2007, l'OCAI a octroyé une rente entière à l'assuré du 18 novembre 2003 au 30 juin 2004, suite à quoi la rente était supprimée, le degré d'invalidité étant seulement de 15%. Les MOP n'ont pas été accordées et une aide au placement le sera uniquement sur demande écrite et motivée.
31. Par rapport du 23 mai 2007, la Dresse Q_____ du Département de psychiatrie des HUG a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne à sévère (F33.11 et F33.2) et a considéré que l'assuré ne pouvait pas reprendre actuellement une activité adaptée à son état de santé, en raison de la symptomatologie dépressive, soit notamment pour cause d'aboulie, d'anhédonie et de diminution de l'élan vital. Elle a noté qu'après son agression, l'assuré avait subi une aggravation temporaire de la symptomatologie dépressive et anxieuse, ainsi que du trouble somatoforme (symptômes physiques multiples).
32. Par courrier du 25 mai 2007, le Dr M_____ a, sur demande de l'assuré, confirmé les observations et les conclusions de son expertise du 12 avril 2006. De plus, il a expliqué que par les termes "à ce jour tout pronostic est possible", il souhaitait souligner qu'au moment de l'expertise, il avait observé l'état dépressif de l'assuré et qu'il n'était alors pas possible de se prononcer sur une éventuelle guérison ou aggravation de son état de santé, attendu qu'aucune des deux hypothèses ne pouvait être exclue. Il a enfin estimé qu'il n'avait pas à se prononcer sur d'autres expertises concernant l'état de santé de l'assuré.
33. Par courrier du 25 mai 2007, l'assuré a contesté la décision de l'OCAI du 23 avril 2007, considérant être en totale incapacité de travail pour des raisons principalement psychiques, mais également somatiques. Il a soutenu en substance que le rapport du Dr M_____ avait pleine valeur probante et que l'évaluation de l'examineur SMR n'était pas exhaustive, en raison des événements qui avaient ponctué sa vie peu avant l'expertise.

34. Par avis du 25 juin 2007, la Dresse R_____, médecin SMR, a persisté à dire que l'expertise du Dr M_____ n'était pas convaincante, attendu qu'elle ne permettait ni de déterminer une capacité de travail exigible ni une éventuelle reprise d'activité, qu'elle contenait une anamnèse et un status psychiatrique sommaire, qu'il n'y avait pas d'appréciation exhaustive de la situation médicale, que les limitations fonctionnelles et psychiatriques de même que l'atteinte supposée à la capacité de travail n'étaient ni décrites ni expliquées. De plus, la durée de l'entretien et la réalisation de tests psychométriques ne faisaient pas partie des éléments nécessaires à une expertise. Elle a considéré en revanche que le rapport du Dr O_____ contenait un status psychiatrique détaillé et conclu qu'il avait force probante, de sorte que l'assuré présentait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dès le 26 avril 2004.
35. Par décision du 15 février 2008, l'OCAI a confirmé son projet de décision du 23 avril 2007.
36. Par acte du 2 avril 2008, l'assuré interjette recours par devant le Tribunal de céans à l'encontre de cette décision concluant principalement à son annulation, à l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} novembre 2003 ainsi qu'au versement de dépens et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'OCAI pour complément d'instruction. Il conteste le fait que l'OCAI ait écarté le rapport d'expertise du Dr M_____, retenu la pleine valeur probante du rapport de l'examineur SMR et soutient qu'il est toujours en incapacité de travail.
37. Par courrier du 23 avril 2008 adressé au Conseil de l'assuré, la Dresse S_____ du Département de psychiatrie pour adultes a posé les diagnostics d'épisode dépressif majeur sans rémission et de syndrome douloureux somatoforme. D'après ce médecin, l'assuré n'était pas en mesure de reprendre une activité lucrative en raison d'une symptomatologie dépressive sévère marquée par une anhédonie importante, une aboulie avec perte d'estime de soi, une irritabilité, un sentiment d'impuissance, des troubles du sommeil, une thymie triste avec idées noires et idées suicidaires récurrentes, ainsi qu'en raison d'un syndrome douloureux somatoforme. Son état de santé était stationnaire. Enfin, le médecin a indiqué rejoindre les conclusions de l'expertise du Dr M_____, en retenant, toutefois, un épisode dépressif majeur et non un trouble dépressif récurrent, et ce en raison de l'absence de réelle rémission et à la lumière du suivi mené depuis de nombreuses années. De plus, le médecin a maintenu le diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère posé par la Dresse Q_____ au mois de mai 2007.
38. Par réponse du 30 avril 2008, l'OCAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision du 15 février 2008, retenant notamment la pleine valeur probante du rapport d'examen du Dr O_____.
39. Par courrier du 25 juillet 2008, l'assuré maintient sa position.

40. En date du 9 décembre 2008 s'est tenue une audience d'enquêtes lors de laquelle a été entendue la Dresse T_____, médecin au Département de psychiatrie des HUG. Celle-ci a indiqué qu'elle suivait l'assuré depuis le 1^{er} octobre 2008, ayant repris la suite de ses collègues, les Dresses Q____ et S____. La Dresse T_____ a informé le Tribunal de céans que l'assuré souffrait actuellement d'un état dépressif moyen, soit plus précisément de la répétition d'épisodes dépressifs. Son prédécesseur, la Dresse S_____, avait posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère. Cet état dépressif était sévère en 2002, puis s'est amélioré partiellement en 2005, pour à nouveau s'aggraver après l'agression de novembre 2006. La Dresse T_____ a indiqué que le pronostic n'était pas très bon, cependant, l'état psychique pouvait s'améliorer partiellement, mais pas avant une année. Selon elle, l'assuré était totalement incapable de travailler quelle que soit l'activité envisagée depuis l'accident survenu en 2002.

Interrogée sur le diagnostic de trouble dépressif sévère posé par le Dr M_____ en avril 2006, la Dresse T_____ a relevé que l'état dépressif de l'assuré s'était, selon elle, amélioré avant l'agression, amélioration due notamment au fait qu'il s'investissait un peu vers l'extérieur, mais a soutenu que les symptômes dépressifs étaient restés très présents. L'assuré présentait notamment des difficultés à se mobiliser, à se projeter dans l'avenir, un sentiment d'inutilité ainsi qu'une tristesse. Quant au trouble douloureux somatoforme, elle ne l'excluait pas d'emblée, mais n'avait pas approfondi la question.

En ce qui concerne l'agression subie par l'assuré, la Dresse T_____ a remarqué qu'elle avait été très violente, choquante et traumatisante et que le fait que l'assuré n'ait évoqué que l'agression lors de l'examen du Dr O_____ ne signifiait pas que l'état dépressif antérieur n'avait pas existé ou devait être minimisé.

Enfin, elle a remarqué que des bouffées d'angoisse étaient apparues après l'agression dans le cadre d'attaques de panique, mais qu'elles avaient à présent disparu et que seul un état anxieux latent persistait.

Les parties ne se sont pas opposées à ce qu'une nouvelle expertise soit ordonnée.

41. Par courriers des 19 décembre 2008, le Tribunal de céans a informé les parties de ce qu'il entendait ordonner une expertise psychiatrique, leur a communiqué les questions qu'il désirait poser et leur a fixé un délai pour qu'elles puissent indiquer les éventuelles questions supplémentaires à soumettre à l'expert.

42. Par ordonnance du 13 février 2009, le Tribunal de céans a considéré que l'expertise et l'examen SMR présents au dossier ne permettaient pas de conclure de manière définitive sur l'état de santé psychique de l'assuré et sur une éventuelle capacité de travail actuelle ou future, de sorte qu'il a ordonné une expertise qu'il a confiée au Dr U_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

43. L'expert a rendu son rapport en date du 25 mai 2009 après avoir vu l'assuré le 5 mai 2009 et eu des contacts téléphoniques avec les Dresses D_____ et T_____ les 18 et 20 mai 2009. Il a retenu un trouble dépressif récurrent avec épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (F33.11), une dysthymie (F34.1), un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) ainsi qu'un syndrome de stress post-traumatique (F43.1).

Durant l'entretien, l'assuré se tenait prostré, le plus souvent en pleurs, avec une mimique constamment triste. Il a indiqué se sentir triste, abattu, sans énergie et ne prenant plus de plaisir dans l'existence. Son estime de lui-même était fortement diminuée et il avait tendance à se positionner en victime. L'expert n'a pas réussi à obtenir de réponse claire concernant la présence ou non d'une idéation suicidaire. Il a précisé que l'hyperréactivité neurovégétative et les comportements d'évitement ne pouvaient être valablement évalués, l'assuré ayant adopté depuis longtemps un mode de vie restreint.

L'expert a considéré que l'état dépressif, déjà présent lors de l'accident (novembre 2002), s'était péjoré depuis lors, augmentant en intensité au plus tard durant le premier semestre 2003. Cet état dépressif d'intensité fluctuante a persisté de manière continue au cours des cinq années de suivi, de sorte qu'il s'agissait d'une dépression chronique de l'humeur, singulièrement d'une dysthymie. Cependant, la sévérité des symptômes dépressifs n'étant que légère dans le cadre d'une dysthymie, l'expert a expliqué qu'il y avait lieu de retenir un trouble dépressif récurrent, l'assuré ayant présenté par le passé des fluctuations de l'humeur d'une intensité moyenne et plus rarement sévère. Actuellement, l'épisode revêtait une intensité moyenne, impliquant notamment une atteinte fonctionnelle psychique avec une perte de l'élan vital, des capacités adaptatives réduites et un manque de motivation. Par ailleurs, l'état de stress post-traumatique, d'intensité légère, était présent depuis l'accident, soit depuis sept ans, de sorte qu'il s'était chronicisé et était devenu difficilement traitable. En ce qui concernait le syndrome somatoforme douloureux ayant pris une place dominante dans le tableau clinique depuis 2005, l'expert a signalé que l'assuré souffrait effectivement de douleurs intenses et persistantes, non expliquées entièrement par un processus physiologique et touchant de manière prédominante le système ostéo-articulaire ou la tête. Cette symptomatologie était accompagnée d'un état de détresse significatif et de la recherche de soins, et enfin, était restée stable, malgré les multiples traitements tentés, de sorte que l'expert a retenu un état cristallisé. L'expert a ainsi conclu à une chronicisation et un ancrage de l'ensemble de la symptomatologie évoluant vers une perte des capacités et des compétences, de sorte que le pronostic était défavorable et qu'il en résultait une incapacité de travail partielle durable. Une amélioration à court ou moyen terme de l'état de l'assuré n'était pas attendue.

D'un point de vue personnel, l'assuré a indiqué vivre seul et n'avoir que peu de relations sociales, ne conservant que des liens avec les fils de sa sœur qui le

sollicitent. Il n'avait plus de relation avec son ex-épouse, bien que la séparation se soit déroulée sans conflit et n'avait vécu aucune relation affective depuis longtemps.

L'expert a estimé que la capacité de travail de l'assuré était de 50% environ, compte tenu de la double dépression et de l'état de stress post-traumatique. Les limitations psychiques concernaient une diminution de la motivation, des capacités adaptatives et de l'aptitude à penser, un ralentissement psychomoteur ainsi qu'une perturbation de la relation à autrui. Une mesure de réadaptation était, d'après lui, difficile à mettre en œuvre, toutefois, l'assuré avait certaines ressources, ce qui ressortait notamment du fait qu'il avait pu se mobiliser sur le plan asséculoologique pour défendre ses intérêts.

Il a précisé que lors de l'examen du Dr O_____, l'agression survenue au mois de novembre 2006 avait pu effacer le problème sous-jacent et se retrouver au premier plan de la symptomatologie. Les conclusions du Dr O_____ étaient, selon lui, trop générales et peu motivées.

44. Par courrier du 28 juillet 2009, l'OCAI a transmis au Tribunal de céans un avis du Dr W_____, médecin au SMR, lequel a considéré que le rapport d'expertise du Dr U_____ était convainquant et bien motivé, de sorte que ses conclusions devaient être suivies.
45. Par courrier du 29 juillet 2009, l'assuré soutient qu'au vu des limitations psychiques relevées par le Dr U_____ et de ses limitations somatiques, il ne pouvait pas être exigé de lui qu'il exerce une activité lucrative. Si le Tribunal de céans devait considérer qu'il présente une certaine capacité de travail dans une activité adaptée, il y avait lieu d'effectuer un abatement important dans le cadre du calcul du degré d'invalidité, étant précisé que l'OCAI avait déjà retenu une réduction de 15%, alors que seules ses limitations somatiques avaient été prises en considération.
46. Suite à la transmission de ces deux courriers, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La compétence du Tribunal de céans, le droit applicable ainsi que la recevabilité formelle et matérielle du recours ayant été examinés dans le cadre de l'Ordonnance d'expertise du 13 février 2009, il n'y sera pas revenu.

2. Est litigieuse, en l'espèce, la suppression dès le 1^{er} juillet 2004 de la rente entière octroyée par l'OCAI à l'assuré dès le 18 novembre 2003.
3. Selon la jurisprudence, 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 130 V 343 consid. 3.5.2 et ATF 125 V 413 consid. 2d ; ATF non publiés des 28 décembre 2006, I 520/05, et 21 août 2006, I 554/06). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5).
4. La question à examiner est celle de savoir si une amélioration de l'état de santé est intervenue dès le mois d'avril 2004.
5. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1^{er} LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1^{er} LPGA).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1^{er} 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 294 consid. 4c *in fine*).

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 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). 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).

Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F]*, 4^e édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 *in fine* ; MEYER/BLASER, *op. cit.* p. 81, note 135).

6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

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. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3).

7. En l'espèce, la décision du 15 février 2008 de l'OCAI octroyant à l'assuré une rente entière du 18 novembre 2003 au 30 juin 2004, se base tant sur les rapports du Dr E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA que sur celui du 12 janvier 2007 du Dr O_____, psychiatre et examinateur du SMR. Le Dr E_____, qui avait admis, en juin 2003, la totale incapacité de travail de l'assuré pour des raisons somatiques, a attesté en avril 2004 que, bien qu'il subsistait un enraidissement de l'avant-pied gauche, l'état de santé somatique s'était stabilisé et que l'assuré présentait une entière capacité de travail dans une activité sédentaire. Le Dr O_____ a quant à lui retenu une entière capacité de travail depuis toujours dans toute activité adaptée aux problèmes articulaires, attendu que les troubles psychiques de l'assuré n'avaient pas valeur de maladie.
8. Dans ses dernières écritures, l'OCAI a cependant estimé que le rapport d'expertise du Dr U_____, qui retient une capacité de travail de 50% dans une activité lucrative adaptée, était convaincant et qu'il convenait de s'en tenir à ses conclusions.
9. Quant à l'assuré, il invoque ne plus être en mesure d'exercer une quelconque activité lucrative en raison de ses atteintes tant physiques que psychiques.
10. D'un point de vue purement somatique, l'état de santé de l'assuré, qui avait subi un écrasement de son pied gauche en novembre 2002, s'est, d'après le Dr E_____, visiblement stabilisé à tout le moins au mois d'avril 2004. Tant le Dr J_____, qui a estimé, le 2 mars 2004, que la vie non professionnelle de l'assuré était quasiment indolore, que le Dr I_____, lequel a constaté que la fracture de P1 du 2^{ème} orteil s'était bien consolidée, ne font que confirmer cette conclusion. Ainsi, il y a lieu d'admettre avec le Dr E_____ que l'état de santé somatique de l'assuré s'est amélioré, dès le mois d'avril 2004, dans une mesure lui

permettant de reprendre à 100% une activité lucrative adaptée à ses limitations somatiques.

11. Toutefois, l'assuré présente également d'autres affections, qui sont essentiellement d'ordre psychique.

Estimant que le rapport d'expertise du Dr M_____ n'avait pas valeur probante, en raison notamment du défaut de motivation et d'appréciation objective du cas, et que celui du Dr O_____ présentait des incohérences et était basé sur un entretien s'étant déroulé dans des circonstances exceptionnelles, soit quelques jours après une violente agression subie par l'assuré, le Tribunal de céans a confié au Dr U_____ le soin d'effectuer une expertise psychiatrique. Il y a lieu ci-après d'examiner la valeur probante de son rapport daté du 25 mai 2009.

Il sera tout d'abord rappelé que l'expert a retenu un trouble dépressif récurrent avec épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (F33.11), une dysthymie (F34.1), un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) ainsi qu'un syndrome de stress post-traumatique (F43.1). Il a conclu à une capacité de travail de 50% et à des limitations psychiques concernant une diminution de la motivation, des capacités adaptatives et de l'aptitude à penser, un ralentissement psychomoteur ainsi qu'une perturbation de la relation à autrui. Une mesure de réadaptation était difficile à mettre en œuvre, mais l'assuré avait certaines ressources, ce qui ressortait notamment du fait qu'il avait pu se mobiliser sur le plan assécurologique pour défendre ses intérêts.

Le Tribunal de céans constate que ce rapport est fondé sur une anamnèse personnelle, familiale, professionnelle et médicale, sur l'étude complète du dossier médical de l'assuré et sur ses plaintes, ainsi que sur deux entretiens avec ses médecins traitants. Le status psychiatrique est exposé de manière objective, les diagnostics clairement posés et les conclusions motivées. L'expert a expliqué de manière détaillée les raisons l'amenant à retenir tant la dysthymie que le trouble dépressif récurrent, l'assuré ayant notamment présenté de manière continue un état dépressif fluctuant d'une intensité moyenne à sévère depuis la survenue de l'accident en novembre 2002. On comprend également pourquoi un syndrome somatoforme douloureux a été retenu, l'assuré souffrant de douleurs intenses non expliquées entièrement par un processus physiologique. L'expert s'est également exprimé sur l'évolution de son état de santé, sur l'apparition des différents troubles ainsi que sur sa capacité de travail partielle. En outre, ce rapport ne laisse pas apparaître de contradictions et aucun jugement de valeur n'en ressort. Par conséquent, il doit être constaté qu'il revêt valeur probante au sens de la jurisprudence, ce que l'assuré ne conteste pas.

12. Les autres rapports présents au dossier ne sont pas susceptibles de remettre en cause sa valeur probante. En effet, comme déjà précisé dans le cadre de l'ordonnance

d'expertise du 13 février 2009, le rapport du Dr M _____ n'est pas suffisamment motivé et celui du Dr O _____ présente notamment des incohérences, ce que le Dr U _____ a confirmé. Pour ce qui est des rapports des médecins traitants, ils ne sont pas assez précis, pour mettre en doute les conclusions de cet expert.

13. Au vu de tout ce qui précède, le rapport du Dr U _____, dont les conclusions motivées et cohérentes emportent la conviction du Tribunal de céans, doit se voir conférer pleine valeur probante.
14. Reste à examiner le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux.
15. Attendu que l'expert atteste d'une incapacité de travail de 50%, il convient d'examiner dans un premier temps s'il existe une comorbidité psychiatrique suffisamment importante par sa gravité, son acuité et sa durée pour admettre qu'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de réintégrer le monde du travail n'est pas exigible de la part de l'assuré.

A cet égard, l'expert a notamment retenu un syndrome de stress post-traumatique et un trouble dépressif récurrent avec épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (F33.11). Il a précisé que l'état dépressif s'était développé de manière importante dès après la survenance de l'accident, soit dès le 1^{er} semestre 2003, qu'il s'était maintenu jusqu'à aujourd'hui et que sa gravité avait fluctué entre l'intensité moyenne, principalement, et sévère.

Cependant, le trouble dépressif n'est pas réactionnel au syndrome somatoforme douloureux présenté par l'assuré. En effet, bien que ce syndrome existait déjà avant l'accident, il n'a pris une place dominante dans le tableau clinique de l'assuré que depuis 2005, soit deux ans après que son trouble dépressif se soit aggravé de manière conséquente. L'état dépressif est ainsi une affection autonome antérieure au syndrome somatoforme douloureux et non une comorbidité psychiatrique grave et durable lié au trouble somatoforme douloureux au sens de l'ATF 130 V 352. Au demeurant, le Dr U _____ n'a pas affirmé que le trouble dépressif était réactionnel ou lié au trouble somatoforme douloureux. Le trouble dépressif existant déjà de manière importante depuis sept ans et son acuité variant de l'intensité moyenne à sévère, il doit être conclu que c'est principalement en raison de cette atteinte que l'expert a considéré que la capacité de travail de l'assuré était considérée comme partielle.

16. Du reste, il peut être constaté que plusieurs des autres critères prévus par la jurisprudence concernant le trouble somatoforme douloureux sont, quoi qu'il en soit, également remplis.

En effet, bien qu'il ne peut pas être considéré qu'il existe des affections corporelles chroniques et que la réalisation du critère de la perte d'intégration peut rester ouverte, l'expert psychiatre a signalé que de multiples traitements

pluridisciplinaires ont été tentés, mais qu'ils ont tous échoué, de sorte que le critère de l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art est réalisé. Par ailleurs, il a également estimé que le trouble dépressif était cristallisé, l'évolution de l'état de santé psychique de l'assuré étant défavorable, sa symptomatologie inchangée et quasiment inaccessible à tout traitement.

Ainsi, au vu de ce qui précède ainsi que de la gravité et de l'acuité de la symptomatologie dépressive de l'assuré, il y a lieu d'admettre que ses ressources psychiques ne subsistent que dans la mesure prévue par l'expert et qu'un effort de volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail n'est exigible de l'assuré qu'à hauteur de 50% comme retenu par l'expert, et ce, dans une activité respectant ses limitations somatiques et psychiques.

17. En résumé, il doit être constaté que l'état de santé somatique s'est stabilisé et donc amélioré dès le mois d'avril 2004, mais qu'il subsistait depuis lors une capacité de travail réduite en raison de ses atteintes psychiques. L'assuré présentait ainsi une capacité de travail nulle du 18 novembre 2002 au 26 avril 2004 dans toutes activités lucratives et de 50% depuis lors dans une activité légère respectant tant ses limitations somatiques que psychiques.
18. Il y a enfin lieu de déterminer le degré d'invalidité de l'assuré.
19. a. Selon l'art. 28 al. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, 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. 1^{bis} LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins. Dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'art. 28 al. 1^{er} LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.
- b. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette dernière disposition prévoit que, 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.

Il convient ainsi en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la

décision est rendue (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174).

c. Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). 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 ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global 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 75 consid. 5).

d. Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF non publié du 25 mai 2007, I 428/06 et I 429/06).

Enfin, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser, dans un arrêt du 19 décembre 2003 (ATF 130 V 121), que le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques.

20. Le degré d'invalidité de l'assuré et ses droits à une rente seront examinés eu égard aux deux périodes d'incapacité de travail.
21. D'après l'article 29 al. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2003 au 31 décembre 2007, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable.

De plus, en vertu de l'art. 88a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI), si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit 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).

22. a. Du 18 novembre 2002 au 26 avril 2004, il n'est pas contesté que l'assuré présentait une totale incapacité de travail dans toute activité lucrative, de sorte que l'assuré a droit à une rente entière du 1^{er} novembre 2003 au 31 juillet 2004.

b. Dès le 26 avril 2004, il a été déterminé que la capacité de travail de l'assuré était de 50% dans une activité adaptée à ses limitations.

Le revenu sans invalidité doit être calculé sur la base des informations données à l'OCAI par le dernier employeur de l'assuré, soit un salaire de 25 fr. 75 de l'heure pour l'année 2003. Pour obtenir le salaire annuel 2004, il y a lieu de se baser sur une durée de travail hebdomadaire de 41.7 heures (La Vie Économique 1-2 / 2009, p. 98, tableau B9.2) et annuelle de 49 semaines et prendre en considération un 13^{ème} salaire. Le montant ainsi obtenu doit être adapté à l'Indice suisse nominal des salaires (La Vie Économique 1-2 / 2009, p. 99, tableau B10.3), de sorte que le revenu sans invalidité est ainsi de 57'494 fr. 45.

Pour ce qui est du revenu avec invalidité, il est justifié de se fonder sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2004, tableau TA1, total, dans une activité de niveau 4, soit un salaire de 4'588 fr., attendu que l'assuré n'a pas repris l'exercice d'une activité lucrative. Après annualisation de ce montant, adaptation à la durée de travail hebdomadaire 2004 et à la capacité de travail de l'assuré de 50%, on obtient un salaire annuel de 28'629 fr. 12. En outre, en ce qui concerne l'abattement, il est vrai, comme allégué par l'assuré, que l'OCAI n'avait pris en considération que ses limitations fonctionnelles somatiques et non celles liées à l'aspect psychiatrique pour retenir un abattement de 15%. Toutefois, seuls les critères de l'activité légère, des limitations fonctionnelles et du taux d'occupation sont remplis, de sorte qu'un abattement plus élevé ne saurait lui être accordé. L'OCAI a du reste été généreux lors de la fixation de l'abattement à 15%. Par conséquent, son revenu avec invalidité est de 24'335 fr. 75.

Partant, le degré d'invalidité de l'assuré est de 58%, degré ouvrant droit à une demi-rente.

Ainsi, eu égard à l'art. 88a RAI, l'assuré a droit à une demi-rente dès le 1^{er} août 2004.

23. Se pose enfin la question d'une éventuelle mesure de réadaptation professionnelle.

24. À teneur de l'art. 8 al.1^{er} LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b).

L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnelle (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1^{er}). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2).

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a).

Contrairement au droit à une rente (art. 28 al. 1^{er} LAI), la loi ne dit pas à partir de quel degré d'invalidité l'assuré peut prétendre des mesures de réadaptation. Conformément au principe de la proportionnalité, le droit à une mesure déterminée doit toutefois s'apprécier, notamment, en fonction de son coût. Dès lors que le service de placement n'est pas une mesure de réadaptation particulièrement onéreuse, il suffit qu'en raison de son invalidité l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi, mêmes minimales, pour y avoir droit (ATF 116 V 80 consid. 6a). En revanche, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références).

25. Une mesure de reclassement professionnel ne saurait être octroyée à l'assuré au vu de son degré d'invalidité et du fait qu'un marché du travail équilibré lui offre un éventail de postes suffisamment large et diversifié adapté à ses limitations et pour lesquels une mise au courant suffit. En revanche, eu égard à son éloignement du marché du travail depuis la fin de l'année 2002 et de ses atteintes psychiques, l'assuré a besoin d'aide et de soutien tant pour effectuer d'éventuelles recherches d'emploi que pour débiter une nouvelle activité lucrative. Partant, l'OCAI devra sur simple demande de l'assuré mettre en œuvre une mesure d'aide au placement.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement
3. Annule les décisions du 23 avril 2007 et 15 février 2008, dans la mesure où la rente entière de l'assuré est supprimée dès le 1^{er} juillet 2004.
4. Condamne l'OCAI à verser à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2003 au 31 juillet 2004, et une demi-rente depuis lors.
5. Condamne l'OCAI à verser à l'assuré une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens.
6. Met un émolument de 1'000 fr. à la charge de l'OCAI.
7. 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 assuré 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 assuré, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

La secrétaire-juriste :

Diane E. KAISER

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