

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1118/2007

ATAS/659/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 5

du 28 mai 2008

En la cause

Monsieur M_____, domicilié à CAROUGE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître MEYER Daniel

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Teresa SOARES et Monique STOLLER
FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur M _____, était machiniste sur pelle et trax. En raison de lombosciatalgies, il dépose une première demande de prestations d'invalidité en date du 25 octobre 1988 et est mis au bénéfice d'un reclassement professionnel dans l'horlogerie. Cette formation est interrompue le 1^{er} novembre 1991, l'assuré ayant trouvé un emploi comme concierge avec son épouse. Le salaire dans cette profession était de 5'767 fr. par mois en 2003.
2. Le 30 septembre 2003, l'assuré dépose une seconde demande de prestations d'invalidité, en vue de l'obtention d'un reclassement dans une nouvelle profession et d'un placement.
3. Dans son rapport daté du 7 octobre 2003, le Dr A _____ diagnostique une hernie discale, des lombo-sciatalgies récidivantes et un état dépressif anxieux sévère. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il mentionne une hypertension artérielle, une hyperuricémie et une gastrectomie des deux tiers en 1987. L'incapacité de travail est de 100 % dès le 13 mai 2003 pour une durée indéterminée. L'état de santé s'aggrave. L'état dépressif sévère s'est développé à la suite d'un conflit avec certains locataires. Le patient se sent dévalorisé et humilié. Dans l'annexe à son rapport médical concernant la réinsertion professionnelle, le Dr A _____ met un point d'interrogation à la question de savoir si on peut exiger que l'assuré exerce une autre activité.
4. Selon le rapport du 14 octobre 2003 du Dr B _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, l'assuré présente un status post-intervention pour hernie discale en 1997, un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique depuis 2001 et aggravé en 2003, ainsi qu'une lombalgie sur arthrose depuis plusieurs années et aggravée en 2003. Sa capacité de travail est nulle depuis le 3 mai 2003 à ce jour. L'état est stationnaire. Des mesures médicales ne sont pas indiquées. Dans les plaintes subjectives, ce médecin mentionne des douleurs au dos, maux de tête, fatigue, irritabilité et troubles de la mémoire. Dans l'anamnèse, il est indiqué que l'assuré se trouve moins bien depuis 2001, ayant de plus en plus mal au dos et s'énervant facilement dans son travail de concierge. Selon les constatations objectives de ce médecin, le patient est triste et a le visage tendu. Le Dr B _____ relève en outre un ralentissement psychomoteur, une diminution de l'élan vital, des troubles de l'attention et de la concentration, des difficultés à mémoriser, des idées de dévalorisation, une angoisse avec boule oesophagienne, une perte de confiance en soi, une attitude morose vis-à-vis de l'avenir, une perturbation du sommeil avec éveils précoces et une diminution de la libido. Dans le questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques, le Dr B _____ indique que des particularités comportementales de nature sociale, culturelle ou familiale ne jouent aucun rôle dans l'affection actuelle. Les troubles psychiques ne

sont pas non plus induits par le surmenage ou un milieu défavorable ni réactionnels à des événements de vie adverse. L'incapacité de travail est due à des affections physiques ou mentales uniquement.

5. Dans leurs rapports du 16 décembre et du 20 décembre 2004, les Drs A _____ et B _____ confirment leurs déclarations précédentes. Le Dr B _____ ajoute que la compliance est optimale et que l'assuré bénéficie d'une prise en charge psychiatrique en son cabinet. Il estime qu'un retour au travail ne peut pas être envisagé ultérieurement, en raison des difficultés du patient à s'intégrer dans une équipe dues à des sentiments de persécution, une irritabilité et un ralentissement psychomoteur.
6. Le 22 novembre 2005, l'assuré fait l'objet d'un examen clinique bidisciplinaire par le Service régional AI du Léman (ci-après : SMR). Selon le rapport du 5 décembre 2005 des Drs C _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et D _____, psychiatre, l'assuré présente les diagnostics suivants, avec répercussion sur la capacité de travail : trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, lombalgies communes, cervicalgies communes et goutte. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ces médecins mentionnent un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, un excès pondéral et une suspicion de névrome de Morton au pied gauche. En raison des atteintes au rachis lombaire, il doit alterner une fois par heure la position assise et la position debout, ne doit pas soulever régulièrement des charges d'un poids excédant 10 kilos, porter régulièrement des charges d'un poids excédant 15 kilos et travailler en porte-à-faux statique prolongé du tronc. A cause des atteintes au rachis cervical, un travail exigeant le maintien de la tête dans une position immobile prolongée et le déploiement de force avec les membres supérieurs à plus de 60 degrés de flexion et/ou d'abduction des épaules est proscrit. S'agissant des limitations fonctionnelles au niveau psychiatrique, il est mentionné que "l'assuré doit reprendre un travail respectant les limitations fonctionnelles somatiques dès que possible, le travail de concierge n'est pas exclu, mais il doit se faire dans un autre lieu." Le rapport contient par ailleurs l'appréciation suivante :

"Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

La date de la mise en arrêt de travail de mai 2003 doit être considérée comme la date de la décompensation de son trouble de la personnalité sur un mode de réaction dépressive prolongée. Quant aux atteintes à la santé somatique, notamment ostéo-articulaires, elles sont compatibles avec l'activité de concierge, hors des périodes de crises de goutte; cette affection intercurrente d'apparition inopinée malgré un traitement médical approprié limite globalement l'exigibilité d'une activité même adaptée au plan bio-mécanique à environ 80 %.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Tenant compte de la classification CIM-10 qui considère qu'une réaction dépressive prolongée est une atteinte à la santé qui ne persiste pas au-delà de deux ans, on peut considérer que l'assuré aurait pu reprendre une activité professionnelle adaptée, (c'est-à-dire non au contact avec ses voisins conflictuels) dès le mois de mai 2005. L'exigibilité somatique reste limitée à 80 % comme cela est précisé à l'alinéa précédent.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est totale du point de vue psychiatrique mais reste limitée à 80 % dans une activité adaptée comme celle de concierge dans l'optique somatique."

Le rapport indique en outre que l'assuré est une personne avec une scolarité rudimentaire, dotée d'une fragilité sur le plan relationnel qui correspond à un trouble de la personnalité, lequel est responsable des difficultés à gérer les conflits et à amortir les situations interpersonnelles stressantes. Son travail de concierge lui donnait satisfaction et il compensait les difficultés physiques en sollicitant des ressources propres, démontrant sa bonne volonté et son assiduité au travail. Toutefois, en raison d'un conflit avec une famille de locataires, l'assuré finit par devenir la risée des habitants de son quartier et ne reprendra plus son activité de concierge. Il n'a pas les moyens de résoudre le conflit actuel et sa souffrance inhérente génère une réaction dépressive et des douleurs qui s'amplifient à mesure de la confrontation avec les locataires. Selon les déclarations de l'assuré, s'il n'avait pas eu les conflits de voisinage, il travaillerait toujours. De l'avis des médecins du SMR, l'assuré doit reprendre un travail qui ne ressort pas forcément de l'activité de concierge, mais qu'il doit exercer ailleurs où il ne sera plus en contact avec la famille de locataires conflictuelle. Enfin, il est relevé que sa souffrance est réelle, qu'elle ne peut pas être atténuée par une prise en charge médicale ni par des mesures professionnelles.

7. Par décision du 15 juin 2006, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) octroie à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai 2004 au 31 juillet 2005, en admettant une amélioration de l'état de santé depuis mai 2005 et une capacité de travail de 80% dès cette date, sur la base du rapport d'examen du SMR.
8. Par courrier du 14 septembre 2006, l'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, forme opposition à cette décision. Dans le cadre de cette procédure, il produit un courrier que le Dr B_____ a adressé à son mandataire le 10 novembre 2006. Dans ce courrier, ce médecin déclare notamment que les atteintes psychiques justifiaient à elles seules une incapacité de travail de 100 % et que celles-ci se sont chronicisées pour une durée indéterminée. Il estime par ailleurs que le patient n'est pas à même d'exercer le travail de concierge. Il existe uniquement une capacité de travail résiduelle dans un métier léger avec un encadrement bienveillant. Le pronostic est très difficile compte tenu de la situation clinique actuelle.
9. Le 12 février 2007, l'OCAI détermine la perte de gain de l'assuré à 32,4 %.

10. Par décision du 14 février 2007, l'OCAI rejette l'opposition de l'assuré, en se fondant sur le rapport du SMR, auquel il attribue une pleine valeur probante. Il persiste à considérer que l'assuré serait à même de poursuivre son activité habituelle de concierge, dans un autre contexte professionnel. Il relève par ailleurs que la problématique psychique est empreinte de facteurs sociaux et contextuels, mettant en doute sa valeur d'invalidité eu égard à la jurisprudence du Tribunal fédéral. Enfin, il lui refuse des mesures professionnelles, estimant que celles-ci seraient d'emblée vouées à l'échec, au vu de la conviction de l'assuré de ne plus pouvoir travailler à plein temps.
11. Par acte du 19 mars 2007, l'assuré recourt contre cette décision, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière au-delà du 1er août 2005 pour une durée indéterminée, sous suite de dépens. Il conteste l'appréciation de sa capacité de travail sur le plan rhumatologique par les médecins du SMR et fait valoir que l'activité de concierge n'est pas adaptée à ses limitations fonctionnelles, comme l'a constaté le Dr A_____. Sur le plan psychique, le recourant souligne que l'atteinte dépressive se poursuit, au dépit de l'appréciation de la psychiatre du SMR, selon laquelle le trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée est compensée après deux ans. Il conteste en outre que la problématique psychiatrique trouve son origine dans le conflit relationnel vécu avec une famille de locataires, mais estime qu'elle résulte bien plus d'un état psychique indépendant de tout contexte psycho-social. Il fait également valoir que son état de santé physique s'est aggravé depuis 2003. Il reproche enfin à l'intimé de lui avoir refusé des mesures d'ordre professionnel, alors même que l'activité de concierge professionnel n'est plus adaptée à son état de santé.
12. Dans son préavis du 15 mai 2007, l'intimé conclut au rejet du recours, en se référant à sa décision sur opposition.
13. Par missive du 6 juin 2007, le recourant transmet au Tribunal de céans le rapport du 30 avril 2007 du Service de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) signé par les Dresses E_____ et F_____. Il signale également une aggravation de son état de santé psychique et qu'il est maintenant suivi au Centre de thérapie brève (ci-après : CTB) Epinette. Enfin, il sollicite une audience de comparution personnelle des parties et l'audition du Dr B_____.
14. Selon le rapport précité des Dresses E_____ et F_____, le recourant a été hospitalisé du 10 au 27 avril 2007 en raison d'une lombo-sciatalgie gauche. Outre cette atteinte, elles diagnostiquent une hernie discale médiane et paramédiane gauche L5-S1, une hypertension artérielle, une hyperuricémie, un status post-gastrectomie de deux tiers pour ulcère perforé, des lombalgies chroniques et un état dépressif. L'évolution est favorable sous traitement antalgique. Au premier plan, ces médecins constatent un état dépressif sévère, sans idées suicidaires,

réactionnel à son handicap actuel et aggravé par une frustration sur le plan professionnel.

15. A la demande du Tribunal de céans, les HUG lui transmettent leur rapport d'ergothérapie préprofessionnel du 16 mai 2007 concernant le recourant. Les capacités fonctionnelles de l'assuré ont été évaluées aux HUG les 23 et 24 avril 2007. Leur conclusion est la suivante :

"Il avait auparavant un travail bien payé et avait la liberté de s'organiser. Pour les activités de jardinage, il employait une personne car cette activité lui était trop pénible. Il se faisait aider par ses fils dans certaines tâches quand celles-ci sont devenues trop difficiles à exécuter.

Il aimait le contact avec les locataires.

Monsieur M_____ vit de l'aide sociale de l'Hospice Général. Il supporte mal cette situation.

Monsieur M_____ intègre dans ses tâches les gestes qui peuvent économiser son dos mais malgré cette protection, il n'arrive pas à exécuter certains mouvements.

Le manque de force et la perte de sensibilité dans son membre inférieur gauche le gênent dans ses déplacements et ont une répercussion au niveau de son dos.

D'autre part, M. M_____ manque d'endurance dans toute activité due à un déconditionnement global."

16. Le 14 août 2007, le Service de psychiatrie adulte du CTB de la Jonction répond aux questions posées par le Tribunal de céans par son courrier du 3 juillet 2007. Le Dr A. G_____, chef de clinique, diagnostique un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques. La capacité de travail du recourant est actuellement nulle. Ce médecin ne peut toutefois se prononcer sur l'évolution de la capacité de travail depuis 2003. Il ne partage par ailleurs pas le diagnostic de trouble de l'adaptation retenu par le SMR et évoquerait davantage un trouble dépressif récurrent. S'agissant du trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline retenu par le SMR, il retiendrait plutôt des traits de personnalité émotionnellement labile, au vu du fonctionnement antérieur normal du patient jusqu'à ces dernières années. Selon le Dr ALLEGRE, il semble que les difficultés relationnelles évoquées dans le rapport du SMR ont été exacerbées par une symptomatologie dépressive déjà présente. A cet égard, il relève que, lors de son suivi au CTB, le patient avait une interaction avec les autres patients, ainsi que les soignants non problématique. En revanche, il a des difficultés d'élaboration, ce qui dans les moments de conflit peut l'handicaper passablement. Lors de son séjour au CTB, il a bénéficié de plusieurs groupes thérapeutiques, d'un traitement médicamenteux comportant un traitement anti-dépresseur à dosage conséquent, associé à un deuxième anti-dépresseur sédatif, afin de diminuer les troubles du sommeil importants, avec également un somnifère classique, ainsi qu'un traitement anxiolytique. Le Dr G_____ relève également les douleurs

chroniques et leur impact sur l'état dépressif, raison pour laquelle il a proposé au patient de suivre la consultation spécialisée de la douleur des HUG.

17. Par ordonnance du 4 janvier 2008, le Tribunal de céans ordonne une expertise judiciaire et commet à ces fins le Dr H_____, psychiatre, après avoir donné aux parties la possibilité de se déterminer sur la personne de l'expert, ainsi que sur la liste des questions posées.

18. Selon le rapport d'expertise du 11 mars 2008 de ce médecin, le recourant souffre d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, et d'une anxiété généralisée. Dans une activité adaptée aux limitations physiques et psychiques, la capacité de travail est estimée à 50 %. Le recourant présente notamment une limitation fonctionnelle consistant dans une capacité réduite à supporter les stress sociaux. Une activité adaptée devrait être dépourvue de contacts répétés avec la clientèle et exercée dans un milieu sans grande promiscuité avec des collègues. Le travail de concierge n'est plus exigible, dans la mesure où il est trop exposé à des situations potentiellement conflictuelles. Selon l'appréciation de l'expert, l'état clinique a un peu fluctué depuis début 2003, surtout pour ce qui est du trouble dépressif récurrent, mais probablement peu en ce qui concerne l'anxiété. De mai 2003 à juillet 2005, l'incapacité de travail était totale. Il n'y a pas d'évidence documentée d'amélioration durable en mai 2005. Par ailleurs, l'expert ne partage pas les diagnostics du SMR, dans la mesure où le diagnostic de réaction dépressive ne dure pas plus de deux ans. En outre, la réaction dépressive est un trouble de l'adaptation à un facteur de stress et n'atteint jamais l'intensité d'un épisode dépressif. Or, le SMR a reconnu au recourant une incapacité de travail totale de mai 2003 à juillet 2005. Dès lors que les symptômes subjectifs de la dépression étaient peu présents au moment de l'examen par le SMR, le Dr H_____ estime que le diagnostic de trouble dépressif récurrent, en rémission partielle, aurait été plus approprié. Quant au traitement des affections psychiques, il est adéquat et la compliance est bonne. S'agissant de la persistance de la symptomatologie dépressive, l'expert explique qu'il existe des cas où les troubles psychiques résistent au traitement, même bien conduit. Le cumul d'une pathologie dépressive et anxieuse joue certainement un rôle pour expliquer la résistance aux traitements. Il en va de même de la présence d'atteintes somatiques indéniables qui fragilisent l'expertisé en provoquant des épisodes douloureux fréquents. Dans la discussion du cas, l'expert relève qu'il ne retient pas de trouble de la personnalité. Le trouble dépressif fluctuant, mais persistant, provoque une baisse significative et durable de l'énergie disponible et des capacités motivationnelles. Il souligne en outre l'état de tension plus ou moins permanente et le sentiment d'insécurité du recourant, en précisant que celui-ci a arrêté de conduire. L'exposition aux stress sociaux est susceptible de provoquer chez lui une montée de tension pouvant aboutir soit à des altercations, soit à un repli social massif.

19. Le 9 avril 2008, la Dresse I _____ du SMR se détermine sur l'expertise judiciaire. Elle reproche à l'expert de ne pas avoir expliqué les raisons pour lesquelles il retient une incapacité de travail globale de 50 % et depuis quand la capacité de travail résiduelle est exigible. Elle estime ainsi que l'expertise n'est pas convaincante.
20. Se fondant sur cet avis médical, l'intimé persiste dans ses conclusions, par écritures du 14 avril 2008 et fait notamment valoir que la capacité de travail déterminée par l'expert ne repose pas sur une analyse médicale détaillée et ne peut dès lors être considérée comme convaincante.
21. Le 28 avril 2008, le recourant transmet au Tribunal de céans le rapport médical du Dr J _____ du 11 avril 2008. Ce médecin atteste qu'il suit le recourant depuis le 20 juillet 2007 et qu'il présente des lombo-sciatalgies chroniques sur hernie discale L5-S1. Une infiltration du massif articulaire a permis une amélioration de la sciatique gauche. Le traitement aux médicaments occasionnel, ainsi qu'une prise en charge en gymnastique vertébrale associés à des séances d'ostéopathie ont permis de rendre les douleurs plus supportables. Depuis septembre 2007, le recourant a fait de nombreuses crises de gouttes au niveau des pieds et des chevilles. En dépit d'un traitement médicamenteux et d'une valeur de l'acide urique quasi normale, l'apparition des crises n'a pu être contenue. Un changement de traitement a toutefois bien soulagé le patient.
22. Le 28 avril 2008, le recourant se détermine également sur l'expertise judiciaire, tout en persistant dans ses conclusions. Il estime qu'il ressort de l'expertise que son incapacité de gain est de 100 %, au vu des limitations physiques et psychiques relevées par l'expert.
23. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA)

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

b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).
6. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur

le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

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

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

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

conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

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

7. En l'espèce, l'expert judiciaire conclut à une incapacité de travail dans toute activité professionnelle de 50%, compte tenu des seules affections psychiques. Il émet d'importantes exigences quant à une activité adaptée, laquelle devrait être dépourvue de contacts répétés avec de la clientèle et être exercée dans un milieu sans grande promiscuité avec les collègues. Un travail d'équipe ou en atelier n'est notamment pas possible. L'expert précise en outre qu'il s'agit d'une capacité médico-théorique.

L'intimé met en premier lieu en cause la valeur probante de cette expertise. Il convient toutefois de relever que celle-ci remplit a priori tous les réquisits jurisprudentiels précités pour lui reconnaître une telle valeur. Il est par ailleurs inexact que l'expert n'explique pas les raisons qui lui font retenir une incapacité de travail globale de 50%. En effet, il ressort de son expertise que la limitation est due, d'une part, à une baisse significative et durable de l'énergie disponible et des capacités motivationnelles. D'autre part, l'état de tension plus ou moins permanente et le sentiment d'insécurité provoquent une intolérance aux stress sociaux. A cela s'ajoute la présence de douleurs récurrentes qui abaissent sa résistance psychique. Cette appréciation paraît convaincante et concorde avec les avis des autres médecins consultés. Ainsi, les Dresses E _____ et F _____ ont constaté dans leur rapport du 30 avril 2007 un état dépressif sévère, réactionnel à l'handicap physique et aggravé par une frustration sur le plan professionnel. Le Dr G _____ a également estimé que la capacité de travail était nulle, dans son rapport du 14 août 2007.

Certes, l'expertise judiciaire ne confirme pas les conclusions du SMR, sur le plan psychiatrique, selon lesquelles le recourant n'est affecté d'aucune maladie psychique durable et invalidante. Toutefois, comme relevé dans l'ordonnance d'expertise, celles-ci ne sont pas convaincantes et cela est confirmé par l'expertise judiciaire. En effet, le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée n'engendre en principe pas une invalidité, selon l'expert. Or, les médecins du SMR ont admis une incapacité de travail totale pendant plus de deux ans, ce qui paraît contradictoire au vu du diagnostic posé. Celui-ci n'explique pas non plus la persistance de la symptomatologie dépressive documentée par plusieurs autres médecins.

Quant à la DresseI_____, elle n'est pas psychiatre, de sorte qu'elle ne saurait être considérée comme une spécialiste dans la matière, indépendamment du fait qu'elle n'a pas examiné le recourant. Son avis du 9 avril 2008 n'est donc pas propre à mettre en doute les conclusions de l'expert judiciaire.

Par conséquent, le Tribunal de céans n'a aucune raison de s'écarter de celles-ci.

Toutefois, l'expert n'a déterminé la capacité de travail du recourant que sur le plan psychiatrique. Se pose dès lors la question de savoir s'il y a lieu de cumuler l'incapacité de travail de 20% admise par le SMR pour des raisons physiques avec celle de 50% retenue par l'expert. Cependant, cette question peut rester ouverte, au vu de ce qui suit.

8. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).
9. Le revenu d'invalidité 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 76 consid. 3b/aa et bb). Les salaires statistiques doivent toutefois être réduits pour tenir compte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

10. 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.
11. En l'espèce, dans la mesure où une incapacité de travail durable est constatée depuis mai 2003, l'année déterminante pour la comparaison des gains est 2004.

Pour le revenu d'invalidé, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, à savoir 55'056 fr. par année (Enquête suisse sur la structure des salaires 2004, TA1, p. 53). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux problèmes dorsaux du recourant. A cet égard, il convient de relever qu'il n'y a pas lieu de prendre en considération les salaires relatifs aux activités d'un niveau 3, comme l'a fait l'intimé dans sa détermination du degré d'invalidité du 12 février 2007. En effet, de telles activités présupposent des connaissances professionnelles spécialisées dont le recourant ne dispose pas, n'ayant travaillé que comme machiniste sur pelle et trax et comme concierge, activités qui ne sont plus exigibles aujourd'hui. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004 (41,6 heures; La Vie économique, 4-2008, p. 90, B9.2), ce montant doit être porté à 57'258 fr. 20. Vu la nationalité étrangère du recourant, le taux d'activité partiel et en particulier ses handicaps notables, entraînant une diminution de la capacité de travail, même dans une activité adaptée, de 20% rien qu'à cause des limitations physiques selon le SMR et nécessitant que le recourant travaille de façon quasi isolée, il se justifie de procéder à un abattement de ce salaire statistique à hauteur de 20 %. Le revenu d'invalidé est ainsi de 22'903 fr. 20, pour une capacité de travail globale de 50 %.

Quant au salaire sans invalidité, il convient de retenir que le recourant a réalisé en 2003 un salaire mensuel de 5'767 fr., ainsi qu'un 13^{ème} salaire. Après indexation à l'évolution des salaires en 2004 (indice 0,9 entre 2003 et 2004, cf. La Vie Economique 4-2008, p. 91, B 10.2), le revenu annuel sans invalidité s'établit à 75'645 fr. 70.

De la comparaison des salaires résulte une perte de gain de 69,72 %, pourcentage qui doit être arrondi au chiffre en pourcent supérieur, soit à 70% (ATF 130 V 121, consid. 3.2, p. 123). Un tel degré d'invalidité ouvre le droit à une rente entière après une année d'incapacité de travail de 40% au moins, soit à compter du 1^{er} mai 2004.

12. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis.
13. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de 2'500 fr. lui est octroyée à titre de dépens.
14. L'intimé qui succombe sera condamné au paiement d'un émolument de justice de 200 fr.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision du 14 février 2007.
4. Octroie au recourant une rente d'invalidité entière à compter du 1^{er} mai 2004.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 2'500 fr. à titre de dépens.
6. L'émolument de justice, fixé à 200 fr., est mis à la charge de l'intimé.
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); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Claire CHAVANNES

Maya CRAMER

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