REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1480/2006 **ATAS/1313/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 27 novembre 2007

En la cause

Monsieur T_____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître GAVIN Catherine — recourant

contre

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

Siégeant : Isabelle DUBOIS , Présidente; Anne REISER et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur T_____ (ci-après: le recourant), né en août 1969, marié et père de quatre enfants, a travaillé en qualité de manœuvre au service de X_____ depuis juillet 1994.

2. En date du 15 février 2001, le recourant a été victime d'un accident professionnel. Alors qu'il procédait au déchargement d'un camion, il a sauté en arrière pour éviter une charge qui arrivait sur lui et il est tombé sur un support de barrière métallique, se fracturant le coccyx. Il n'a plus repris son emploi depuis l'accident.

3. La SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après: SUVA), assureur accidents, a pris en charge le cas, mais a mis fin à toutes ses prestations avec effet au 13 février 2005, au motif qu'il ne persistait plus au-delà de cette date des troubles organiques et que les troubles psychiques n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident.

4. Le 12 septembre 2002, le recourant a déposé auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après: OCAI) une demande de prestations tendant à un reclassement dans une nouvelle profession. Le Dr A_____, médecin traitant, faisait état d'une incapacité de travail totale depuis le jour de l'accident (rapport du 27 novembre 2002 à l'OCAI). Selon la Dresse B_____, également médecin traitant, l'activité exercée jusqu'à l'accident n'était plus exigible. Une activité adaptée, ne nécessitant ni le port de charges, ni le maintien d'une position assise, ni beaucoup de longs déplacements était envisageable, environ 4 heures par jour, avec une baisse de rendement de 20% environ (rapport du 11 octobre 2002 à l'OCAI). Cet avis était pour l'essentiel partagé par le Dr A_____ (rapport du 13 novembre à l'OCAI).

5. Les nombreuses investigations pratiquées au vu de l'aggravation des douleurs ressenties par le recourant, principalement au niveau lombaire et irradiant jusqu'à la nuque et dans les fessiers, ont mis en évidence, au plan somatique, à part la fracture de la première pièce coccygienne: une anomalie transitionnelle de la charnière lombo-sacrée et de l'arc postérieur et une spina-bifida sacrée inférieure (rapport du 19 avril 2001 de l'Institut de radiologie Cornavin); des lombalgies chroniques et une petite hernie foraminale L5-S1 gauche (rapport du 16 octobre 2001 de la Clinique romande de réadaptation); une vessie réflexe (examen urodynamique du 15 juillet 2002 de la Clinique de rééducation des HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE, ci-après: HUG); des troubles de la défécation (rapport du 4 septembre 2002 de la Clinique de rééducation des HUG); un éperon osseux à la face antérieure droite du coccyx, pour lequel le recourant a subi une infiltration sous scanner le 10 décembre 2002 (rapport du 6 novembre 2003 du service de radiologie de l'Hôpital de la Tour); des troubles mictionnels avec pollakyurie, pour lesquels il a été opéré par urétrocystoscopie (protocole opératoire du 9 janvier 2003

de l'Hôpital de Sion); des troubles sexuels (rapport du 22 janvier 2003 de la Clinique romande de réadaptation); une coccygodynie avec contracture de la musculature pelvienne (rapport du 28 mai 2003 de l'Unité de proctologie de HUG); un rétrécissement post-traumatique de l'urètre bulbaire, opéré le 3 septembre 2003 et le 8 juin 2004 et une vessie instable secondaire à la sténose bulbaire (rapport du 2 juillet 2004 de la Clinique romande de réadaptation).

6. Sur le plan psychique, les diagnostics et constatations suivants résultent des dossiers de l'OCAI et de la SUVA: probable personnalité histrionique, trouble pouvant justifier une incapacité de travail de 50% pour six semaines environ, à réévaluer (rapport du 9 octobre 2001 du consilium psychiatrique de la Clinique romande de réadaptation); apparition progressive d'un état dépressif réactionnel (rapport médical du 15 octobre 2002 de la Dresse B_____ et sa lettre du 4 septembre 2002 à Forum Santé); réaction dépressive importante post-traumatique (rapport médical 27 novembre 2002 du Dr A_____); état dépressif (avis de sortie du 10 janvier 2003 de la Clinique romande de réadaptation); à nouveau probable personnalité histrionique, F60.4, avec la précision que la constipation et les troubles sexuels sont secondaires à l'état dépressif et au traitement (rapport du 22 janvier 2003 de la Clinique romande de réadaptation); trouble de l'humeur persistant non investigué, avec la précision que les troubles sexuels sont plutôt en lien avec le trouble de l'humeur et le contexte global de la situation médicale (rapport du 2 juillet 2004 de la Clinique romande de réadaptation); une aggravation de l'état de santé aussi bien sur le plan symptomatologique que psychologique (rapport médical du 2 juillet 2003 de la Dresse B_____); l'apparition avec les mois d'une participation psychologique (lettre du 14 novembre 2003 de la Dresse B_____ au conseil du recourant); une péjoration progressive de la situation, malgré les diverses interventions aussi bien au plan urologique que psychologique (lettre du 25 octobre 2004 de la Dresse B_____ au conseil du recourant); une aggravation des problèmes psychologiques, devenus les problèmes principaux du patient, malgré les traitements antidépresseurs (lettre du 8 mars 2005 de la Dresse B_____ au conseil du recourant); trouble somatoforme douloureux et, comme comorbidité, un trouble dépressif moyen avec somatisation (rapport du 13 avril 2005 de la Clinique genevoise de Montana, où le recourant a séjourné du 12 avril au 2 mai 2005).

7. Estimant que le problème était du domaine du trouble somatoforme douloureux, le SERVICE MEDICAL REGIONAL AI (ci-après: SMR) a organisé un examen bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, confié au Dr C_____, spécialiste FMH en médecine physique et en rééducation, et à la Dresse D_____, psychiatre FMH. Dans leur rapport d'examen clinique du 12 juillet 2005, les deux médecins ont posé, comme diagnostic ayant une répercussion momentanée sur la capacité de travail, le status après fracture coccygienne et, comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, la sténose urétrale post-traumatique et un syndrome douloureux somatoforme persistant avec éléments

dépressifs réactionnels. A leur avis, il n'y avait à cette époque ni trait prémorbide de la personnalité, ni comorbidité psychiatrique, ni affection corporelle chronique, ni perte d'intégration sociale. Les divergences entre les douleurs décrites et les comportements observés étaient flagrantes et de présentation théâtrale. En conclusion, depuis le 16 novembre 2001 le recourant présentait une pleine capacité de travail dans son activité habituelle, ainsi que dans toute activité, tant du point de vue somatique que psychique.

8. Par décision du 1er septembre 2005, l'OCAI a rejeté la demande du recourant, en se fondant sur les conclusions de l'examen clinique bidisciplinaire effectué au SMR.

9. Statuant sur l'opposition du recourant, l'OCAI, par décision du 30 mars 2006, a confirmé sa décision de refus de rente, au motif que le recourant ne présentait aucune invalidité depuis le 17 (recte: 16) novembre 2001.

10. Par courrier du 24 avril 2006, la Dresse B_____, à la demande du recourant, a fait savoir à l'OCAI que ce dernier s'opposait à nouveau à la décision de rejet de la demande. En substance, elle exposait que l'état psychologique du recourant était resté à peu près stable jusque vers début 2004. Il s'était détérioré progressivement par la suite, affectant de plus en plus les activités de la vie quotidienne.

11. Le courrier du médecin traitant a été transmis le 25 avril 2006 par l'OCAI, pour raison de compétence, au Tribunal de céans, qui l'a enregistré et a invité le médecin traitant, qui n'avait pas qualité pour représenter le recourant, à le faire signer par ce dernier.

12. Par acte déposé au greffe du Tribunal le 11 mai 2006, Me Catherine GAVIN, avocate, a déposé un recours contre la décision de l'OCAI du 30 mars 2006. Le recourant demandait préalablement la suspension de l'instruction de la cause jusqu'au résultat de l'expertise psychiatrique confiée par le Tribunal de céans au Dr E_____ dans le cadre de la procédure pendante, opposant le recourant à la SUVA, ainsi que l'autorisation de compléter ensuite son recours. Principalement, il concluait à ce que le Tribunal constate son droit à une rente entière d'invalidité à partir du 12 septembre 2002 et au renvoi du dossier à l'OCAI pour décision de rente, avec suite de dépens.

13. Le 6 juin 2006, l'OCAI a conclu au rejet du recours, en se référant pour l'essentiel à la motivation développée dans la décision attaquée.

14. Par arrêt incident du 4 juillet 2006, le Tribunal de céans, d'entente entre les parties, a suspendu l'instance en application de l'article 14 LPA, jusqu'à droit connu dans la procédure A/3114/2005 LAA, qui opposait le recourant à la SUVA. Dans cette procédure, le Tribunal avait ordonné l'expertise psychiatrique du recourant, confiée au Dr E_____, spécialiste FMH en psychiatre et psychothérapie, médecin

adjoint au Département de psychiatrie de Belle-Idée. La suite de la présente procédure a été réservée.

15. Le Dr E_____ a rendu son rapport le 8 janvier 2007, en se basant sur l'étude du dossier mis à sa disposition, ses entretiens avec le recourant des 26 et 30 juin, 10 juillet, 14 et 28 août 2006, ainsi que sur une évaluation psychopathologique au moyen d'un entretien diagnostique structuré, le MINI, Mini International Neuropsychiatric Interview.

    L'expert a procédé à l'anamnèse familiale, personnelle, professionnelle, médicale et psychiatrique du recourant, a décrit ses plaintes, puis a procédé au status clinique. Il a posé comme diagnostics avec une influence sur la capacité de travail: un syndrome douloureux somatoforme persistant, un épisode dépressif moyen, ainsi qu'un trouble délirant. L'expert a écarté le diagnostic de probable personnalité histrionique, dans la mesure où ni l'examen clinique ni l'anamnèse n'apportaient d'argument probant en faveur d'un tel trouble. Le syndrome douloureux somatoforme persistant interdit aux recourant l'exercice de son métier (manoeuvre), alors que l'état dépressif actuel et le trouble délirant réduisent considérablement ses capacités de réadaptation professionnelle. Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant repose sur le large accord des spécialistes consultés, qui considèrent que la fracture du coccyx (et les autres lésions constatées) ne sauraient rendre compte de la sévérité du tableau clinique, ni de l'ensemble des symptômes rapportés. L'origine la plus probable de l'état dépressif chronique est une réaction au syndrome algique persistant et aux complications urinaires et sexuelles consécutives à l'accident. Les indications fournies par le dossier révèlent que le trouble de l'humeur est apparu quelque mois après l'accident (il est attesté en octobre 2001). Le trouble délirant, qui est apparu dans le courant de l'année 2004, peut être compris comme la pérennisation d'une réaction paranoïaque, elle-même fonction de particularités liées à l'histoire personnelle du recourant, à son niveau d'éducation et de développement intellectuel, a ses capacités cognitives et mentales, peut-être aussi à des facteurs culturels, et surtout au conflit et à la longue procédure juridique liée à l'accident. Le sentiment d'un préjudice subi y a beaucoup contribué. Le recourant est en effet convaincu que le traitement médical a été entaché d'erreurs, il a le sentiment de n'avoir pas été pris en charge assez tôt et que certaines de ses plaintes n'ont pas été entendues. Il n'existe aucun élément clinique ou anamnestique permettant de soutenir que le recourant souffrait de troubles psychiques ou psychiatriques à l'époque de l'accident ou qu'il ait souffert de tels troubles antérieurement à l'accident. Les limitations dues à l'atteinte de la santé du recourant sont dues en premier lieu au syndrome algique persistant, aux douleurs qui l'entravent considérablement dans ses déplacements et dans l'accomplissement de la plupart des activités de la vie quotidienne. Le trouble dépressif et le trouble délirant affectent ses compétences cognitives et relationnelles et réduisent considérablement sa capacité à s'adapter à une autre activité professionnelle. La

capacité résiduelle dans l'activité lucrative exercée est nulle. La capacité de travail ne peut pas être améliorée par des mesures médicales.

Pour ce qui est plus particulièrement du trouble somatoforme douloureux, l'expert rappelle que les deux autres diagnostics y sont associés, soit l'épisode dépressif un moyen et le trouble délirant. L'état dépressif est apparu progressivement dans les suites du syndrome algique et a pris désormais un caractère chronique. Sa réalité clinique est indiscutable: l'humeur est constamment triste et pessimiste, l'anhédonie est profonde, chronique, absolue; le recourant a des idées suicidaires, sans cependant élaborer des projets précis; il a perdu l'espoir d'aller mieux et a une vision très sombre de son avenir. L'expert considère le degré de sévérité actuelle de l'état dépressif (son acuité) comme moyen. Quant à sa durée, elle est désormais importante, puisque la première mention d'un état dépressif dans un rapport médical remonte à plus de cinq ans. Le trouble délirant est apparu plus récemment, peut-être en 2004. Il contribue essentiellement à aggraver la désinsertion sociale, en plongeant le recourant dans une méfiance et une suspicion qui lui aliènent toute vie relationnelle. Les troubles sexuels et de la miction peuvent être considérés comme des affections corporelles chroniques. Le recourant s'est progressivement isolé; pour de multiples raisons il a cessé de recevoir des amis ou de se rendre chez eux et vit désormais replié sur soi. Il ne voit, rarement, qu'un seul ami et ses relations avec le voisinage immédiat sont devenues conflictuelles, sans doute du fait de ses idées délirantes de persécution. L'état psychique du recourant peut être considéré comme cristallisé, dans la mesure où son fonctionnement psychique n'est pas susceptible d'être modifié de manière significative par une intervention thérapeutique et son évolution spontanée ne saurait être favorable. La péjoration progressive de l'état clinique du recourant témoigne de l'échec de tous les traitements mis en œuvre. L'expert n'a pas observé de divergences entre les douleurs décrites par le recourant et son comportement moteur. Certaines expressions visant à décrire la douleur ont un caractère vague, imagé, mais le recourant n'a jamais cessé de rechercher des soins. L'expert a au contraire constaté des signes suggérant l'existence d'une douleur intense. Enfin, le recourant ne dispose pas des ressources psychiques nécessaires à la reprise d'une activité lucrative. En conclusion, le pronostic est sombre et une prise en charge psychiatrique pourra éventuellement apporter un certain soulagement, mais non pas une guérison, ni la restauration de la capacité de travail.

16. En date du 15 février 2007, le Tribunal de céans a informé les parties de la reprise de l'instance. Il a communiqué à l'OCAI un exemplaire de l'expertise psychiatrique du 8 janvier 2007, en l'invitant à examiner la possibilité de reconsidérer sa décision au sens de l'article 53 LPGA.

17. Par lettre du 29 mars 2007, l'OCAI a communiqué au Tribunal un avis médical SMR, sur la base duquel il admettait que depuis l'expertise bidisciplinaire du 12 juillet 2005 l'état de santé psychique du recourant s'était aggravé et justifiait une incapacité de travail totale. Cependant, la détermination du moment de

l'aggravation était difficile et l'OCAI proposait de retenir la date de l'expertise judiciaire, dont il reconnait la valeur probante, soit janvier 2007.

18. Les décisions de la SUVA ont été annulées par le Tribunal de céans, qui, sur la base de l'expertise psychiatrique du Dr E_____ du 8 janvier 2007, a condamné la SUVA à reprendre le versement des prestations en faveur du recourant par arrêt du 8 mai 2007, aujourd'hui définitif et exécutoire (procédure A/3114/2005 LAA).

19. Le Tribunal de céans a fixé une audience de comparution des mandataires, qui a eu lieu le 15 mai 2007. A l'issue de cette audience, lors de laquelle les parties ont procédé à un échange de vues, le Tribunal a décidé, d'entente entre les parties, de questionner l'expert psychiatre aux fins de savoir: si le trouble délirant influence la capacité de travail (si oui dans quelle mesure) ou s'il n'a de conséquences que sur la capacité du recourant à être réadapté; si l'expert peut dater, s'agissant du trouble somatoforme douloureux, la survenance de la perte d'intégration sociale, de l'état psychique cristallisé, ainsi que de l'absence de ressources psychiques nécessaires à la reprise d'une activité lucrative; enfin, si l'état dépressif influence la capacité de travail (si oui dans quelle mesure et depuis quand) ou s'il n'a de conséquences que sur la capacité du recourant à être réadapté.

20. En date du 22 mai 2007, le Tribunal a transmis au Dr E_____ une copie du procès-verbal de comparution des mandataires, en l'invitant à répondre aux questions posées.

21. Le 3 septembre 2007, l'expert psychiatre a répondu que le trouble délirant, apparu dans le courant de l'année 2004, n'a pas eu d'influence sur la capacité de travail du recourant, qui était déjà nulle en raison du syndrome douloureux somatoforme persistant et de l'état dépressif. En d'autres termes, la capacité de travail du recourant dans l'activité de manoeuvre en génie civil ne serait pas supérieure en l'absence du trouble délirant, qui affecte essentiellement sa capacité à être réadapté. Par ailleurs, l'expert propose de considérer l'année 2004 comme date possible de la perte d'intégration sociale. L'état psychique cristallisé et l'absence de ressources psychiques nécessaires à la reprise d'une activité lucrative sont certainement présents chez le recourant depuis l'année 2004. L'existence de l'état dépressif, c'est-à-dire la présence d'un ensemble de signes, symptômes et manifestations cliniques spécifiques et plus sévères que les répercussions thymiques fréquemment associées au syndrome douloureux somatoforme persistant, est attestée médicalement à partir d'octobre 2001. L'expert relève qu'il est bien connu que l'association d'un syndrome douloureux chronique et d'un état dépressif enclenche un ensemble de mécanismes physiopathologiques et psychopathologiques conduisant à leur mutuelle aggravation. Il n'est pas possible de formuler par un pourcentage la contribution de la dépression à l'incapacité de travail. L'état dépressif contribue à l'incapacité de travail vraisemblablement depuis la fin de l'année 2002; en effet, plusieurs

appréciations médicales en signalent l'existence à cette période et cet état n'a par la suite cessé de s'aggraver.

22. Les parties ont été invitées par le Tribunal à se déterminer sur la réponse de l'expert psychiatre du 3 septembre 2007. Le recourant estime que le début de l'incapacité de travail définitive doit être fixée à fin 2002. Il conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à partir du 1er octobre 2002, réduisant ainsi les conclusions du recours du 10 mai 2006. Selon l'OCAI, qui produit un avis médical SMR du 2 octobre 2007, une aggravation de l'atteinte à la santé du recourant sur le plan psychique paraît plausible à partir d'octobre 2005. L'examen SMR de juillet 2005 n'a pas permis de constater l'existence d'un trouble délirant; la péjoration semble ainsi être intervenue de manière progressive après cet examen clinique.

23. Les parties ont été informées le 24 octobre 2007 du fait que la cause était 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. La décision litigieuse ayant été rendue en date du 30 mars 2006 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à l'année 2001, le présent litige sera examiné à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). En tout état, il convient de relever que ces dispositions n'ont pas modifié les définitions de l'incapacité de travail, de l'incapacité de gain et d'invalidité selon l'ancienne LAI et que la jurisprudence développée à leur propos peut ainsi être reprise et appliquée.

   En revanche, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité n'est pas applicable puisque le recours a été formé avant le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Le recours a été formé valablement en tout cas le 11 mai 2006. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, il est ainsi recevable

(art. 56 à 60 et, pour la suspension du délai de recours du 1er au 15 avril 2006, art. 38 al. 4 lit. a LPGA).

4. En l'espèce, la valeur probante de l'expertise judiciaire du Dr E_____ et la présence d'une atteinte invalidante à la santé psychique du recourant, excluant toute capacité résiduelle de travail, sont admises par les parties. En particulier, l'OCAI accepte de reconsidérer la décision attaquée. Seule est litigieuse la date de prise d'effet de l'incapacité de travail, respectivement de l'ouverture du droit à la rente.

5. Dès lors, on se bornera à rappeler brièvement qu'en vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

   Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies.

   Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130

V 352, ATFA non publié I 665/2004 du 29 novembre 2005). 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).

6. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

   Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, 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).

   Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en oeuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge (en cas de litige) ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des

facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants, rappelés ci-dessus (ATFA non publié I 515/2003 du 15 septembre 2004, consid. 2.3.4).

7. En l'espèce, au vu des principes rappelés ci-dessus, le Tribunal de céans considère que l'expertise judiciaire du Dr E_____ revêt une pleine valeur probante. En effet, les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée, le rapport se fonde sur des examens complets, il prend en considération les plaintes exprimées, il a été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse personnelle, familiale, professionnelle, médicale et psychiatrique), s'appuie sur le système de classification reconnu de l'Organisation mondiale de la santé CIM-10, et ses conclusions sont claires et bien motivées. Le recourant présente un syndrome somatoforme douloureux persistant sous forme de lombalgies chroniques et de douleurs rachidiennes diffuses, ainsi que de troubles de la miction et de troubles sexuels. L'expert est convaincant, lorsqu'il indique que l'état dépressif et le trouble délirant constituent des comorbidités psychiatriques d'une intensité et d'une constance suffisantes au sens de la jurisprudence du TFA. Il en va de même lorsqu'il parvient à la conclusion que le recourant réunit la totalité des autres critères déterminants dégagés par la jurisprudence en matière de trouble somatoforme douloureux. Ainsi, il faut admettre, avec les parties, que le recourant souffre actuellement de troubles psychiques entraînant une invalidité totale.

8. Cela étant, il convient maintenant de déterminer le début du droit à la rente (octobre 2002 pour le recourant, octobre 2005 selon l'OCAI). Contrairement à ce que propose l'OCAI, il ne s'agit pas d'examiner si l'incapacité de gain s'est aggravée (art. 88a al. 2 RAI). La décision attaquée n'étant pas formellement passée en force, l'on ne se trouve pas en présence d'une révision procédurale (art. 53 al. 1 LPGA), mais d'une reconsidération dans le cadre de la procédure de recours (art. 53 al. 3 LPGA).

9. 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).

10. En l'espèce, selon l'expertise judiciaire du 8 janvier 2007 et le complément d'expertise du 3 septembre 2007, l'état dépressif du recourant est présent depuis octobre 2001, mais n'affecte sa capacité de travail que depuis fin 2002. Selon l'expert, en 2004, lorsque le trouble délirant est apparu, la capacité de travail était déjà nulle en raison du syndrome douloureux somatoforme et de l'état dépressif, de sorte que le trouble délirant a affecté essentiellement la capacité du recourant à être réadapté. Un état psychique cristallisé, l'absence de ressources psychiques

nécessaires à la reprise d'une activité lucrative, ainsi que la perte d'intégration sociale sont présents depuis l'année 2004. Cela signifie qu'en 2003, selon l'expert, seul l'état dépressif affectait la capacité de travail. Toutefois, il convient de rappeler que l'état dépressif constitue généralement une manifestation réactive d'accompagnement du trouble somatoforme douloureux, de sorte qu'il ne saurait faire l'objet d'un diagnostic séparé, sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de le distinguer sans conteste d'un tel trouble. Au vu des divers documents médicaux figurant au dossier, le Tribunal considère que le trouble dépressif moyen du recourant ne présentait pas, en 2003, une gravité suffisante et n'était ainsi pas invalidant du point de vue de l'assurance-invalidité. De plus, en 2003, les quatre autres critères dégagés par la jurisprudence du TFA en matière de trouble somatoforme douloureux n'étaient pas réunis. Cette appréciation rejoint les constatations de la Dresse B_____, médecin traitant, qui expose que l'état de santé psychique du recourant est resté à peu près stable jusqu'à début 2004 et que les problèmes psychologiques se sont aggravés en 2004, jusqu'à devenir les problèmes principaux du recourant. En revanche, il est établi qu'en 2004, les diagnostics de trouble délirant et d'état dépressif devenu chronique constituaient des comorbidités suffisantes au sens de la jurisprudence, d'une part et que les autres critères relatifs au trouble somatoforme douloureux étaient réalisés. A cet égard, les constatations résultant du rapport d'examen bidisciplinaire SMR du 12 juillet 2005 ne sont pas de nature à mettre en doute ces appréciations. En effet, le Dr C_____ et la Dresse D_____ n'ont pas diagnostiqué le trouble délirant et ont conclu à une pleine capacité de travail, tant au niveau physique que psychique, en contradiction flagrante, pour ce qui est des années 2004 et 2005, avec les avis de l'expert judiciaire et du médecin traitant. En conclusion, le Tribunal considère qu'en raison des atteintes à sa santé psychique décrites par l'expert, le recourant a présenté durant l'année 2004 une incapacité de travail significative du point de vue de l'assurance-invalidité et que cette incapacité s'est aggravée à tel point qu'il a perdu totalement son aptitude à accomplir toute activité professionnelle. Le droit à la rente a ainsi pris naissance le 1er janvier 2005.

11. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, le recourant a droit à une rente entière, dans la mesure ou il est invalide à 100%.

12. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et le recourant mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à partir du 1er janvier 2005.

13. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 2'000 fr. lui sera accordée à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA et ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable

Au fond :

2. L'admet et annule la décision de l'OCAI du 30 mars 2006.

3. Dit que le recourant doit être mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1er janvier 2005.

4. Renvoie la cause à l'intimé pour le calcul de la rente.

5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens.

6. 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
Yaël BENZ	Isabelle DUBOIS

Le secrétaire-juriste :
Ivo BUETTI

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