

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1883/2006

ATAS/432/2008

ARRÊT

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 6

du 14 avril 2008

En la cause

Monsieur C _____, domicilié au GRAND-SACONNEX,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître
BOILLAT Claude-Alain

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges
assesseurs.**

EN FAIT

1. Monsieur C_____, ressortissant portugais né en mars 1963, est arrivé en Suisse en 1985. Il y a travaillé comme ouvrier agricole.
2. En date du 27 juillet 2000, il a été victime d'un accident professionnel. Son avant-bras droit a été pris en étau entre les deux barres métalliques d'un monte-charge.
3. L'assurance-accidents de l'employeur a pris en charge les suites de cet accident.
4. En date du 23 octobre 2002, l'assuré a déposé une demande de prestations d'assurance-invalidité en raison de douleurs au bras droit. Dans ce cadre, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) a rassemblé diverses attestations médicales.
5. Dans un rapport du 12 décembre 2002, le médecin traitant de l'assuré, le Dr L_____, généraliste, a diagnostiqué un écrasement de l'avant-bras droit, une compression cicatricielle du nerf médian droit à l'avant-bras et un status après fasciotomie pour syndrome des loges. Le patient souffrait en outre toujours de douleurs et de paresthésies. Il présentait une incapacité totale de travail depuis la date de l'accident, le 27 juillet 2000, et son état de santé était stationnaire. Une activité adaptée était toutefois possible. Vu le jeune âge du patient, le Dr L_____ a préconisé un stage de reconversion professionnelle, l'assuré ne pouvant plus travailler comme ouvrier agricole.
6. L'assuré a suivi un stage au Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (ci-après le COPAI) du 10 novembre au 7 décembre 2003. Dans le cadre de ce stage, il a été reçu par le Dr M_____, médecin-conseil du COPAI. Ce médecin a noté que les séquelles algiques et fonctionnelles suite à l'accident étaient très importantes et que l'assuré ne pouvait plus se servir de son avant-bras. Comme il était droitier, il était devenu monomanuel de son bras non dominant, ce qui lui interdisait pratiquement toute activité manuelle. Vu son niveau très limité de formation et d'adaptation, il ne pouvait malheureusement prétendre à aucune autre activité que manuelle pure.

Les maîtres de stage ont en outre conclu que les capacités physiques de l'assuré n'étaient actuellement pas compatibles avec un emploi dans le circuit économique normal. L'utilisation monomanuelle de son membre supérieur gauche n'était pas suffisante pour garantir un rendement de 50% et l'utilisation même en appoint du membre supérieur droit faisait chuter la résistance de l'assuré. En outre, ses capacités d'adaptation et d'apprentissage seraient tout juste compatibles avec un emploi simple, pratique et répétitif dans le circuit économique normal, si ses capacités physiques le permettaient (cf. rapport du COPAI du 19 décembre 2003).

7. En date du 9 mars 2004, l'assuré a été soumis à une expertise orthopédique conduite par le Dr N_____. Ce médecin a diagnostiqué un status après lésions par compression de l'avant-bras droit avec contusion du nerf médian depuis le 27 juillet 2000. Il a constaté au plan physique des limitations de la force de l'avant-bras droit de l'ordre de 40%. Il y avait toutefois une capacité résiduelle de travail complète dans les travaux ne

nécessitant pas d'utilisation en force de l'avant-bras. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables. La capacité de travail en qualité d'ouvrier agricole était nulle, mais une activité adaptée, ne nécessitant pas d'exercice en force au niveau des avant-bras, était exigible à plein temps, sans diminution de rendement.

L'expert a formulé les remarques suivantes : "L'anamnèse du cas met en évidence un manque de concordance important entre les plaintes énoncées et l'examen clinique où l'on ne retrouve aucun signe purement objectif d'une atteinte du membre supérieur droit. Entre autre, il n'existe pas d'amyotrophie et les réflexes ostéo-tendineux sont conservés. L'examen est marqué par une non collaboration concernant les épreuves musculaires ainsi que les tests subjectifs de la sensibilité. En mettant cet examen en relation avec l'examen neurologique effectué au mois d'avril 2003, lors de son séjour dans le service de neurologie de l'Hôpital cantonal de Genève, on remarque une discordance importante, puisqu'à l'époque à l'examen des voies longues, on note un tonus normal et des épreuves de force qui sont conservées. Si par ailleurs on mettait ceci en relation avec les différents EMG pratiqués de 2001 à 2003, on constate sur ces examens que l'on n'a jamais mis en évidence de lésions neurologiques patentes (...). Dans le cas de l'assuré, les plaintes décrites dépassent largement le cadre de ce qu'on pourrait attendre dans cette situation, avec notamment des atteintes paraissant peu vraisemblables, notamment celles qui s'étendent à la partie en amont de la lésion. En résumé, on n'obtient aucun élément réellement objectif nous permettant de mettre en évidence une séquelle de l'accident. Je retiendrai donc l'élément théorique d'une limitation de force de l'ordre de 40% dans le cadre physiologique d'une fasciotomie (...). Enfin, l'expert a conclu que dans le cas de l'expertisé, les plaintes évoquaient soit une composante extrême de somatisation, soit une simulation. Un examen psychiatrique pourrait être utile afin de déterminer lequel de ces deux diagnostics pouvait être mis en cause (cf. expertise du Dr N_____ du 14 juin 2004).

8. Dans un rapport du 19 juillet 2004, sans examen clinique, le SMR Léman, service médical de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR), a estimé la capacité de travail du recourant entière dans des activités évitant les gros travaux et a proposé que l'assuré soit soumis à une expertise psychiatrique.
9. En date des 23 août et 7 septembre 2004, l'assuré a été soumis à une expertise psychiatrique, conduite par le Dr O_____, psychiatre. L'expert a diagnostiqué un état dépressif d'intensité moyenne réactionnelle sans somatisation. Cet état dépressif était consécutif aux difficultés rencontrées suite au trouble physique. D'un point de vue psychique, il n'y avait pas de limitation et la capacité de travail était complète (cf. expertise psychiatrique du Dr O_____ du 3 février 2005).
10. Par décision du 23 mai 2005, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif qu'il avait conservé une capacité résiduelle de travail complète et que de la comparaison des gains avant et après invalidité résultait un degré d'invalidité de 3,6% n'ouvrant pas droit à une rente.

11. Par courrier du 7 juin 2005, l'assuré a formé opposition à cette décision, faisant valoir qu'aucune activité professionnelle ne lui était accessible en raison de l'atteinte importante à son bras droit, qui était pratiquement inutilisable et demandant à pouvoir compléter son opposition après consultation du dossier.
12. Par décision du 1^{er} juillet 2005, l'assureur-accidents de l'employeur qui était intervenue suite à l'accident a mis un terme au versement des prestations LAA (frais médicaux et indemnités journalières) à compter du 1^{er} juillet 2005. En outre, cet assureur précisait que le taux d'invalidité de 3,6% retenu n'ouvrait pas droit à une rente LAA.
13. Par courrier du 4 juillet 2005, l'assuré a complété son opposition, concluant à l'octroi d'une rente d'au minimum 40%. Il a contesté le revenu après invalidité tel que retenu par l'OCAI et a demandé quelle serait l'activité exigible et adaptée à son état de santé.
14. Par décision du 13 avril 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assuré. En effet, il avait suivi un stage au COPAI qui avait conclu à l'impossibilité de le réinsérer dans le circuit économique ordinaire en raison de ses limitations physiques. Cependant, le SMR Léman avait relevé une discordance manifeste entre l'observation du COPAI et l'avis du médecin traitant qui préconisait des mesures de réadaptation. L'assuré avait donc été soumis à une expertise orthopédique, dans laquelle le Dr N_____ avait conclu à la possibilité pour l'assuré d'exercer une activité adaptée à 100%. La seule limitation fonctionnelle était une limitation de force de l'avant-bras de l'ordre de 40%. Comme le Dr N_____ avait constaté un manque de concordance important entre les plaintes et l'examen clinique, l'assuré avait été soumis à une expertise psychiatrique, dans laquelle le Dr O_____ avait conclu à une capacité entière de travail d'un point de vue psychique. Dès lors, le SMR avait estimé que les résultats du stage COPAI n'étaient pas dus à une atteinte objective à la santé, mais à des autolimitations. C'était par conséquent à bon droit que l'OCAI avait considéré que l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée, pour autant que soient évités les gros travaux physiques et une sollicitation excessive du membre supérieur droit. Dès lors, l'OCAI avait procédé à la comparaison des revenus avant invalidité de 47'187 fr. et après invalidité de 45'506 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires et tenant compte d'une réduction de 20% au vu des limitations fonctionnelles. Or, de cette comparaison des revenus, découlait un degré d'invalidité de 3,6% n'ouvrant pas droit à une rente.
15. Par courrier du 23 mai 2006, l'assuré a recouru contre cette décision auprès du Tribunal de céans, concluant, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} juillet 2005. Il a fait valoir que les experts du COPAI avaient conclu que ses capacités physiques n'étaient pas compatibles avec un emploi dans le circuit économique normal; il convenait donc de suivre leurs conclusions. En outre, depuis le 10 avril 2003, il souffrait d'une douleur rétro-orbitaire gauche et depuis six ou sept mois d'importants maux de tête, d'une agressivité anormale, ainsi que de pertes de connaissance et de pertes de mémoire. Dès lors, au vu de tous ces symptômes, il présentait une incapacité totale de travail ouvrant droit à une rente entière d'invalidité.

16. Par courrier du 31 juillet 2006, le recourant a transmis au Tribunal de céans un rapport PET-CT cérébral du 26 avril 2006 ainsi qu'un rapport du 5 juillet 2006 établi par la Consultation de la mémoire des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après les HUG). Il a également indiqué être hospitalisé en milieu psychiatrique depuis le 17 juillet 2006.
17. Dans sa réponse du 11 septembre 2006, l'OCAI a conclu au rejet du recours, faisant valoir que le PET-CT cérébral du 26 avril 2006 ne relevait pas d'anomalies significatives. De surcroît, aucune aggravation de l'état de santé n'avait été décelée avant la décision sur opposition du 13 avril 2006.
18. Par courrier du 26 septembre 2006, le Tribunal de céans a demandé au recourant une copie lisible du rapport du 5 juillet 2006 établi par la Consultation de la mémoire.
19. Par courrier du 19 octobre 2006, le recourant a transmis ladite copie, de laquelle il ressortait que l'assuré présentait notamment des troubles attentionnels, de mémoire, ainsi qu'une sévère problématique anxio-dépressive. Les troubles cognitifs se seraient aggravés depuis décembre 2005.
20. Par courrier du 16 novembre 2006, le recourant a transmis un rapport de sortie du Service de psychiatrie adulte des HUG du 30 août 2006, selon lequel il présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique.
21. En date du 6 février 2007, le Tribunal de céans a rendu une ordonnance d'expertise, commettant le Dr P_____, psychiatre, aux fins d'expertiser le recourant. En effet, ce dernier avait rendu plausible, en procédure de recours, une aggravation de son état psychique depuis décembre 2005, soit avant la décision sur opposition de l'OCAI du 13 avril 2006, état de santé qu'il s'agissait d'investiguer.
22. Le 2 octobre 2007, le Dr P_____ a rendu son rapport d'expertise. Il avait examiné l'expertisé le 28 mars 2007 pendant deux heures et le 17 avril 2007 pendant une heure, avec une traductrice. L'expert a relevé que selon l'examen du 5 juillet 2006, la Consultation de la mémoire des HUG avait conclu à une sévère problématique anxio-dépressive sur un faible niveau socioculturel, entraînant des difficultés significatives au niveau de l'attention et de la mémoire de travail. L'assuré avait été alors hospitalisé à BELLE-IDEE du 17 juillet au 30 août 2006. Les médecins y avaient diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique. Par la suite, du 31 août au 29 septembre 2006, l'assuré avait été pris en charge par le Centre de thérapie brève des Pâquis (ci-après le CTB) pour un état dépressif sévère sans symptôme psychotique. Le problème principal identifié était une désadaptation à la vie extérieure. La prise en charge avait permis une diminution de ce problème avec une légère amélioration de la thymie qui restait fluctuante. Le recourant était actuellement suivi par le Dr Q_____, psychiatre, à raison de séances individuelles tous les 15 jours et de séances familiales mensuelles. L'expert a noté que lors des entretiens, les réponses du recourant étaient très contrôlées et n'étaient pas spontanées. L'assuré n'avait pas présenté d'attitude antalgique durant tout l'examen. L'expert n'avait pas constaté d'amyotrophie au bras droit qui était normalement musclé (plus que le bras gauche). Le Dr P_____ avait fait passer au recourant une échelle d'évaluation de dépression

Hamilton avec résultat de 35 points (normes de la dépression sévère : plus de 26 points). Certaines réponses semblaient majorées étant donné le manque de concordance entre le contenu des réponses et l'affect exprimé et parfois les réponses contradictoires. L'expert a diagnostiqué des troubles de l'humeur, épisode dépressif modéré à sévère sans trouble psychotique, des céphalées d'origine indéterminée ainsi qu'une diminution de la force musculaire et des douleurs de l'avant-bras droit suite au traumatisme du 27 juillet 2000. Il a expliqué qu'il était évident que la symptomatologie était augmentée au regard du tableau décrit par le Dr O_____ le 3 février 2005. L'inactivité totale du recourant, qui ne participait, entre autre, à aucune tâche ménagère, était en soi génératrice d'un état dépressif. Il se dégageait chez l'expertisé une impression d'absence de volonté de vouloir se sortir de la maladie. L'inactivité, la désafférentation conduisaient au symptôme de la dépression présentée. L'expert ignorait si cet état était la conséquence de l'accident du 27 juillet 2000 ou si l'expertisé s'était installé progressivement dans un souhait d'obtenir une rente. En tous les cas, il ne faisait plus rien depuis six ans. Aucune guérison n'était à attendre s'il ne collaborait pas à sa prise en charge. Sans désir d'aller mieux, la situation allait se majorer inmanquablement. Le traitement de l'état régressif passait par une mobilisation en atelier d'ergothérapie ou autre. S'agissant du bras droit, les séquelles physiques présentées actuellement n'étaient pas proportionnelles aux lésions existantes. En effet, l'inutilisation du bras droit pendant six ans devait inmanquablement être liée à une atrophie musculaire, ce qui n'était pas le cas. L'expert a formulé les conclusions suivantes : Le recourant présentait actuellement une dépression modérée à sévère dans le contexte d'une inactivité complète, de soucis financiers et de problèmes familiaux. Les éléments semblaient montrer une majoration des symptômes quant à l'utilisation du bras droit qui avait subi un traumatisme. Il était surprenant de constater l'absence d'effet de la médication antidépressive prise ambulatoirement, alors qu'une nette amélioration avait été notée lors de l'hospitalisation à BELLE-IDEE ainsi que durant la prise en charge au CTB. La question de la compliance au traitement se posait. Dans ce contexte, l'état actuel ne permettait pas d'envisager une reprise de travail dans le circuit économique normal. En réponse aux questions posées par le Tribunal, l'expert a précisé que l'état dépressif s'était aggravé au cours du temps de manière progressive. L'aggravation semblait principalement liée à l'inactivité et au repli sur soi dans un contexte réactionnel à un vécu adverse et de mauvaise intégration sociale. Soigné de la dépression, une activité lucrative serait possible à un taux progressif. Des mesures de réadaptation à une vie sociale seraient indiquées.

23. Par courrier du 31 octobre 2007, le recourant a pris acte de l'expertise du Dr P_____, se disant conscient de son état dépressif sévère, lequel s'était encore aggravé depuis l'expertise du Dr O_____ de février 2005.
24. Par courrier du 19 novembre 2007, l'intimé s'est référé à l'avis du 9 novembre 2007 du médecin-conseil du SMR. Selon ce médecin, la base du seul test de Hamilton ainsi que diverses remarques formulées par le Dr P_____, concernant non seulement le voyage de l'assuré au Portugal, ses réponses non spontanées, sa capacité de discussion ne permettaient pas d'établir l'existence d'un trouble de l'humeur, épisode dépressif

modéré à sévère sans trouble psychotique. À cet égard, le test Hamilton n'avait pas valeur de diagnostic en tant que tel. S'agissant de l'aggravation de l'atteinte, le SMR contestait l'avis du Dr P _____, dans la mesure où ce dernier n'avait pas fait de status, contrairement au Dr O _____, et que ses conclusions reposaient uniquement sur le test de Hamilton. En outre, l'assuré devait tout faire pour diminuer les effets de son invalidité en tirant parti de sa capacité résiduelle de travail, ce que ne faisait pas le recourant, qui ne collaborait pas à sa prise en charge et n'avait pas de désir d'aller mieux. Enfin, il présentait une majoration des symptômes, qu'ils soient somatiques ou psychiques, mais ne présentait pas d'atteinte à la santé objective. Dès lors, le médecin-conseil arrivait à la conclusion que le recourant n'avait aucune incapacité de travail pour des raisons psychiques.

25. Par courrier du 18 décembre 2007, le Tribunal de céans a demandé au Dr P _____ si le trouble dépressif présenté par l'assuré était modéré, moyen ou sévère et depuis quelle date l'expertisé présentait une incapacité totale de travail.
26. Par courrier daté du 15 mai 2006 (reçu le 22 janvier 2008), le Dr P _____ a transmis au Tribunal de céans un complément d'expertise. Il y a diagnostiqué un trouble de l'humeur, épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique. Le recourant présentait actuellement un sentiment de tristesse, un ralentissement marqué, une notion anamnétique d'agitations passagères et des idées suicidaires. Les critères évoqués et le score Hamilton pondéré avec l'état clinique constaté permettaient de diagnostiquer une dépression moyenne. Certains troubles anamnestiques se rapportaient à des caractéristiques de la dépression sévère. Il y avait cependant une discordance entre les troubles rapportés anamnestiquement et l'état clinique observé. La surenchère de la symptomatologie pourrait expliquer la discordance. Le tableau était majoré par rapport à l'expertise du Dr O _____ du 3 février 2005. L'aggravation des symptômes semblait directement en lien avec l'inactivité et le manque de désir de se prendre en charge. L'expert a formulé les conclusions suivantes : "Selon les constatations et l'étude du dossier, *l'expertisé* présente actuellement une dépression modérée dans le contexte d'une inactivité complète, de soucis financiers et de problèmes familiaux. Les éléments semblent montrer une majoration des symptômes quant à l'utilisation de son bras droit qui a subi un traumatisme le 27 juillet 2000. (...) La capacité de travail actuelle est nulle en raison de la dépression modérée. Actuellement, *l'assuré* est incapable d'avoir une activité rentable même à temps partiel par manque d'attention, intolérance à l'effort même dans une activité adaptée à son handicap du membre supérieur droit. Dans ce contexte, où les traitements s'avèrent inopérants, l'état actuel ne permet pas d'envisager une reprise de travail dans le circuit économique normal. *L'assuré* devrait pouvoir aller dans un atelier d'ergothérapie en plus de ses séances de psychothérapie bimensuelle, il devrait suivre une thérapie de groupe ou autre, sachant que l'inactivité conduit à des ruminations mentales, une perte de confiance en soi, un sentiment d'inutilité et à la péjoration globale de son état. Une reprise de travail progressive est envisageable après un traitement efficace dans la mesure où *l'assuré* adhère à la thérapie et a le désir de s'en sortir". Selon l'expert, la thérapie devrait être orientée sur une aide à une réinsertion sociale. Sans participation active du recourant, aucune amélioration n'était à attendre.

Soigné de la dépression, une activité lucrative était possible à un taux progressif, la reprise de travail étant toujours difficile après un arrêt prolongé. Il était impossible à l'expert de donner la date d'une éventuelle amélioration, voire guérison de l'état dépressif, et par conséquent de donner la date de reprise du travail. Il y avait aggravation depuis l'expertise du Dr O_____ de février 2005, qui semblait principalement liée à l'inactivité et au repli sur soi. Il était impossible à l'expert de déterminer depuis quand la capacité de travailler avait diminué et depuis quand elle était nulle.

27. Par courrier du 28 février 2008, l'intimé a rappelé que la question litigieuse était celle de la capacité de travail relative à l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse avait été rendue, soit le 13 avril 2006. En l'occurrence, l'hospitalisation à BELLE-IDEE survenue en juillet-août 2006, de même que la prise en charge au CTB en septembre 2006 constituaient des circonstances sortant de l'objet de la contestation. Dès lors, il n'y avait pas lieu de les prendre en considération dans le cadre de la présente procédure. S'agissant du complément d'expertise, l'OCAI a relevé qu'il était impossible à l'expert de déterminer depuis quelle date la capacité de travail avait diminué et depuis quelle date elle était nulle. Il y avait par ailleurs une absence de constatations objectives dans l'expertise, de sorte qu'elle ne pouvait être qualifiée de probante.
28. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal de céans connaît en instance unique des contestations prévues par l'art. 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 LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Ces principes de droit intertemporel commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision sur opposition du 13 avril 2006 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 ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3. Déposé dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 et 38 [calcul et suspension des délais] LPGA).
4. a) Le litige porte sur le point de savoir si les atteintes à la santé dont souffre le recourant sont invalidantes et ouvrent, le cas échéant, droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

b) 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. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 105 V 158 consid.1). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié du 6 mai 2003, I 762/02).

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. 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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

L'entrée en vigueur de la 4^{ème} révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI à partir du 1^{er} janvier 2004 relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité.

Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. Les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et la référence). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5).

c) 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 ainsi 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).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration 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 le fait que celle-ci contienne 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).

L'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). 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). En effet, si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. Ainsi, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344, p. 418 consid. 3, ATFA non publié du 21 novembre 2001, U 58/01, consid. 4a).

5. En l'occurrence se trouvent au dossier une expertise orthopédique du Dr N_____ du 9 mars 2004, selon laquelle le recourant présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, ne nécessitant pas d'exercice en force au niveau des avant-bras, sans diminution de rendement. Cet expert a cependant préconisé l'ordonnance d'une expertise psychiatrique, qui a été conduite par le Dr O_____, psychiatre, en septembre 2004. Cet expert a conclu à une complète capacité de travail au plan psychique, bien qu'il ait diagnostiqué un état dépressif d'intensité moyenne. Lors de la procédure devant le Tribunal de céans, le recourant a transmis un rapport de la Consultation de la mémoire des HUG, selon lequel il présentait une sévère problématique anxio-dépressive. Les troubles cognitifs se seraient aggravés depuis décembre 2005. Ayant rendu plausible une éventuelle aggravation de son état de santé avant la date de la décision sur opposition de l'intimé, du 13 avril 2006, le Tribunal de céans a ordonné une nouvelle expertise psychiatrique auprès du Dr P_____. Dans un premier rapport d'expertise du 2 octobre 2007, cet expert diagnostique un trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré à sévère sans symptôme psychotique. Il estime que la capacité de travail est nulle au plan psychique. Dans un complément d'expertise, établi à la demande du Tribunal, le Dr P_____ nuance son diagnostic et indique que l'expertisé présente un trouble de l'humeur, épisode dépressif moyen sans syndrome somatique. Dans ses conclusions, il explique que l'assuré présente une dépression modérée dans le contexte d'une inactivité complète, de soucis financiers et de problèmes familiaux. Il constate une aggravation de l'état de santé depuis l'expertise du Dr O_____ de février 2005, mais il n'est pas à

même de déterminer précisément depuis quelle date la capacité de travail a diminué et depuis quelle date elle est nulle.

S'agissant des expertises des Dr N_____ et O_____, il convient de constater qu'elles ont pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. Elles sont en effet complètes, prennent en considération les plaintes du recourant, comportent une anamnèse détaillée, posent des diagnostics précis et leurs conclusions sont motivées. Leurs conclusions, convaincantes, doivent désormais être suivies.

Quant à l'expertise du Dr P_____ et à son complément, il convient de relever qu'ils sont très détaillés, comportent une anamnèse, décrivent précisément la situation que vit l'expertisé et tiennent compte de ses plaintes. Cependant, le diagnostic posé manque de précision, puisque le Dr P_____ diagnostique en début du complément d'expertise une dépression moyenne, sans syndrome somatique, tout en précisant qu'il y a une discordance entre les troubles rapportés et l'état clinique observé. Dans ses conclusions, cet expert n'évoque toutefois qu'une dépression modérée, qui selon lui entraîne une entière incapacité de travail. Il précise que la gravité de la dépression serait en lien avec l'inactivité de l'assuré et à son manque de désir de se prendre en charge. Le Tribunal de céans en tire la conclusion que l'expert ne parvient pas à se déterminer sur un diagnostic précis - dépression moyenne ou dépression modérée -. Ce manque de précision ne saurait cependant dénuer ladite expertise de toute valeur probante et le Tribunal constate par conséquent que malgré le diagnostic imprécis posé, elle conserve toute sa valeur probante, au sens de la jurisprudence du Tribunal fédéral.

Dans le cadre de cette expertise, se pose toutefois la question de l'exigibilité d'une activité lucrative malgré l'incapacité de travail, car l'on peut se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de la capacité de travail peut être raisonnablement exigée du recourant. Il est rappelé que la jurisprudence fédérale ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré peut empêcher en faisant preuve de bonne volonté. Cette question pourra cependant rester ouverte, comme on le verra ci-après.

En effet, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative.

L'OCAI a rendu sa décision sur opposition en date du 13 avril 2006. Le Tribunal de céans doit par conséquent examiner les faits, soit singulièrement l'état de santé du recourant jusqu'à cette date.

À la date de l'expertise du Dr O_____, rendue le 3 février 2005, le recourant présente une capacité de travail complète. Il y a par conséquent lieu de déterminer si son état de santé s'est aggravé, de février 2005 à avril 2006.

Le Dr P_____ n'a pas pu déterminer la date à laquelle l'état de santé s'est aggravé et la date à laquelle la capacité de travail est devenue nulle, selon lui, en raison des éléments

anamnestiques peu fiables. Dès lors, ne restent pour déterminer la date à laquelle l'état de santé s'est aggravé que les éléments factuels du dossier.

Le rapport de la Consultation de la mémoire du 5 juillet 2006 fait état d'une sévère problématique anxio-dépressive avec des troubles cognitifs qui se seraient aggravés depuis décembre 2005. Les médecins de la Consultation ne se prononcent cependant pas sur la capacité de travail du recourant. Il est ensuite établi que l'assuré a été hospitalisé à BELLE-IDEE du 17 juillet au 30 août 2006, pour un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique. Du 31 août au 29 septembre 2006, l'assuré a été pris en charge par le CTB, toujours pour un état dépressif sévère sans symptôme psychotique. Si ni les médecins de BELLE-IDEE, ni ceux du CTB ne se prononcent sur la capacité de travail du recourant, l'on peut tenir pour établi, au degré de vraisemblance prépondérante requis, qu'à l'époque de son hospitalisation à la clinique psychiatrique, son état dépressif sévère entraînait une incapacité totale de travail. Avant cette date, il n'est pas possible de déterminer avec un degré de vraisemblance prépondérante la gravité du trouble et son influence sur la capacité de travail de l'expertisé.

Il convient ainsi de constater que c'est à partir du 17 juillet 2006 que l'état de santé s'est considérablement aggravé. Point n'est cependant ici besoin de déterminer si cette aggravation rendait la capacité de travail nulle, puisqu'elle s'est produite à une date postérieure à celle de la décision sur opposition d'avril 2006.

Dès lors, il y a lieu de constater que jusqu'au 13 avril 2006, le recourant présente une pleine capacité de travail, sans diminution de rendement, tant sur le plan physique que sur le plan psychique, dans une activité adaptée, respectant ses limitations fonctionnelles (pas d'exercice en force au niveau des avant-bras).

6. Afin de déterminer le degré d'invalidité du recourant, il y a lieu de procéder à une comparaison des revenus avant et après invalidité.

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).

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.

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 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

La notion du marché équilibré du travail (art. 16 LPGA) est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalidé a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente.

7. Selon un questionnaire pour l'employeur du 8 novembre 2002, le recourant aurait gagné en 2002 39'600 fr., soit 3'300 fr. par mois.

Le médecin traitant, le Dr L_____, a attesté dans un rapport du 12 décembre 2002 que la capacité de travail du recourant était totale dans une activité adaptée. Dès lors, le droit à une éventuelle rente de l'assurance-invalidité, issu de la comparaison des revenus, s'ouvre à partir de l'année 2002, qui sera donc l'année de référence pour la comparaison des revenus.

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 soit à 54'684 fr. à plein temps en 2002. 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 du recourant. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002, ce montant doit être porté à 57'008 fr. 05 (54'684 : 40 x 41,7; La Vie économique 3-2008, Tableau B9.2) Enfin, compte tenu d'une réduction de 15% en raison des limitations fonctionnelles, le revenu d'invalidé s'élève à

48'456 fr. 85, ce qui correspond à un revenu supérieur à celui qu'il obtenait, sans invalidité, en qualité d'ouvrier agricole.

8. Au vu de ce qui précède, il convient de constater qu'il n'existe pas de degré d'invalidité pouvant fonder le droit à une rente et que le recours, mal fondé, doit être rejeté.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); 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

Nancy BISIN

La présidente

Valérie MONTANI

La secrétaire-juriste :
Frédérique GLAUSER

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