

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1985/2011

ATAS/751/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 24 juillet 2013

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur S_____, domicilié à THONEX, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître François MEMBREZ

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur S_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1955, de nationalités suisse et turque, travaillait depuis le 16 avril 1996 en tant qu'aide-jardinier auprès de l'entreprise X_____ SA.
2. Le 10 février 2005, alors qu'il rentrait à son domicile au volant de sa voiture, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation, à savoir un télescopage en chaîne sur l'autoroute de contournement de Genève. Les suites de cet accident au cours duquel il a subi une entorse cervicale ont été prises en charge par la WINTERTHUR ASSURANCES, assureur-accidents de l'employeur de l'assuré.
3. A la demande de l'assureur-accidents, l'assuré a séjourné du 19 octobre au 15 novembre 2005 dans le service de réadaptation neurologique de la CLINIQUE ROMANDE DE READAPTATION, où les médecins ont procédé à divers examens. Selon le rapport établi le 5 décembre 2005, le diagnostic primaire était celui de réadaptation neurologique. A titre de diagnostics secondaires, les médecins de la CRR ont retenu un status après distorsion cervicale, le 10 février 2005, suivi de cervico-scapulalgies bilatérales ainsi qu'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive. S'agissant plus particulièrement de l'affection psychique, le Dr A_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, s'est prononcé dans un rapport du 3 novembre 2005. Il a notamment précisé que l'assuré s'exprimait dans un français rudimentaire. Il a également fait état d'une thymie globalement abaissée et d'une irritabilité avec forte impulsivité. Il n'a pas noté d'éléments pour un trouble anxieux spécifique ou psychotique ou pour un trouble de la personnalité avéré. Il a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation, avec réaction dépressive (F 43.21).
4. Le 16 décembre 2005, l'assuré a présenté une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé) en raison d'une distorsion cervicale suivie de cervico-scapulalgies bilatérales ainsi que d'une hernie cervicale C5-C6 paramédiane calcifiée.
5. L'OAI a mandaté le Dr B_____, spécialiste FMH en rhumatologie, pour expertise. Selon le rapport du 23 novembre 2006 de ce dernier, les diagnostics étaient les suivants : cervico-brachio-scapulo-dorso-lombalgies chroniques dans un contexte de syndrome douloureux persistant, troubles dégénératifs modérés du rachis cervical, hernie discale C5-C6, hypertension artérielle, status après lobectomie supérieure droite pour tuberculose en 1978, amblyopie et strabisme divergent de l'œil droit. Au-delà d'éléments disco-dégénératifs bien réels prédominant en C5-C6 et bien qu'il ressortait une certaine discordance compte tenu d'une hernie discale gauche alors que les plaintes de l'assuré intéressaient essentiellement le membre supérieur droit, ni l'examen clinique actuel, ni les

éléments radiologiques ne permettaient d'expliquer la globalité des symptômes présentés par l'assuré, leur intensité, leur localisation et leur retentissement sur son fonctionnement. Selon l'expert, du point de vue rhumatologique, la capacité de travail était de 50 % dans l'activité d'aide-jardinier et totale dans une activité professionnelle légère, excluant les ports de charges au-delà de 15 kilos et les mouvements répétitifs de la nuque.

6. Par décision du 13 mars 2007, l'OAI a rejeté la demande de rente et de reclassement professionnel au motif que la capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité adaptée et que la comparaison des revenus démontrait un degré d'invalidité de 16.9 %. Il a précisé que, sur demande écrite et motivée, une orientation professionnelle et un soutien pour les recherches d'emploi pourraient être examinés par son service de placement. Il a ajouté qu'il n'y avait aucun élément médical attestant une incapacité de travail pour des motifs psychiatriques.
7. Le recours interjeté par l'assuré en date du 30 avril 2007 auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), alors compétent, devenu depuis le 1^{er} janvier 2011 la Cour de justice, Chambre des assurances sociales, a été rejeté par arrêt du 2 avril 2008 (ATAS/831/2008). Le TCAS a jugé que l'expertise du Dr B_____ revêtait pleine valeur probante, que celle effectuée le 14 mai 2007 à la demande de l'assureur perte de gain par le Dr C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, de la Clinique CORELA, confirmait l'absence d'une comorbidité psychiatrique importante et que le rapport de la Dresse D_____, cheffe de clinique à Belle-Idée, du 24 octobre 2007, se rapportait à des faits postérieurs à la décision litigieuse, dont le juge n'avait pas à tenir compte.
8. Le 28 janvier 2009, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations en raison d'une affection psychiatrique, sans autre précision, existant depuis quelques années.
9. Après avoir imparti un délai de quinze jours à l'assuré pour « fournir les faits nouveaux », l'OAI, par décision du 22 avril 2009, a refusé d'entrer en matière, au motif que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de faits s'étaient modifiées de manière essentielle. En particulier il n'avait pas produit de document médical attestant d'une aggravation de son état de santé. Cette décision n'a pas été contestée.
10. Par courrier du 25 janvier 2010, le Dr E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a informé l'OAI qu'il suivait l'assuré de manière régulière depuis le 29 janvier 2007 pour son affection psychiatrique et que celui-ci avait montré plusieurs rechutes de son état psychique avec une hospitalisation à la clinique de Belle-Idée pendant 3 mois. Les médecins avaient posé, comme lui, le diagnostic de trouble dépressif sévère et de trouble de la personnalité. Actuellement l'assuré était totalement incapable de poursuivre ses activités sociales

professionnelles et ménagères et sa capacité de travail était nulle. Le praticien a par conséquent requis un nouveau formulaire de demande de rente AI.

11. Selon un formulaire intitulé « Informations complémentaires à la demande de prestations AI » daté du 12 mars 2010, signé par une assistante sociale de l'HOSPICE GENERAL et l'assuré, ce dernier souffrait de troubles psychiques et physiques graves, soit notamment de troubles dépressifs et de comportements agressifs. Il était suivi par le Dr E _____, qui notait une détérioration de son état psychique, compromettant son fonctionnement interpersonnel, familial et social.
12. Par avis du 10 mai 2009, le SMR a relevé que l'aggravation de l'état de santé était manifeste depuis juillet 2007 selon le rapport de la Dresse D _____, avec hospitalisation pour un état dépressif sévère. Afin d'examiner si cette aggravation était temporaire et durable et d'en évaluer les conséquences sur la capacité de travail de l'assuré, il a requis un complément d'expertise psychiatrique chez le Dr C _____, à la Clinique CORELA, avec des tests neuropsychologiques.
13. Dans le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 1^{er} novembre 2010, le Dr C _____ a précisé que l'assuré avait fait l'objet d'une consultation de neuropsychologie par Madame T _____, psychologue FSP et neuropsychologue, ainsi que d'une consultation psychiatrique en date du 13 juillet 2010. Selon le rapport d'expertise, s'agissant des données générales, l'assuré n'a, à plusieurs reprises, pas répondu aux questions posées ou n'a pas été en mesure d'y répondre en raison de son incompréhension de la question (voir notamment les questions concernant sa formation (p. 27) ou encore ses relations sociales (p. 30)). S'agissant de l'histoire médicale pour la psychiatrie, le Dr C _____ a indiqué que "l'histoire [était] extrêmement difficile à décrire". L'expert psychiatre n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail.

A titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, l'expert a tout d'abord retenu une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0). Dans ce contexte, il a notamment relevé que l'assuré n'avait pas été en mesure de répondre à l'auto-questionnaire de dépression de BECK pour des raisons linguistiques et de déficit de compréhension (p. 32). S'agissant des critères de la dépression, l'expert a précisé que l'assuré n'avait pas répondu aux questions posées ou n'a pas été en mesure d'y répondre. Ainsi en allait-il des questions relatives à l'intérêt et au plaisir (p. 33), à l'énergie (p. 33), à la confiance et à l'estime de soi (p. 33), à la culpabilité (p. 34), aux idées de mort (p. 34), au sommeil (p. 34) ou encore à l'appétit. Certaines questions ont dû être posées à plusieurs reprises. Pour le Dr C _____, le diagnostic d'épisode dépressif ne pouvait être retenu faute de critères majeurs. Compte tenu des plaintes et du caractère démonstrativo-théâtral de l'assuré, l'expert a posé le diagnostic de majoration des symptômes physiques psychologiques.

S'agissant du syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), il n'a pas été retenu, vu l'absence de plaintes douloureuses, de plaintes somatiques multiples et variables depuis plus de deux ans ou depuis au moins six mois. Les plaintes étaient essentiellement constituées par le diagnostic principal de majoration des symptômes physiques psychologiques. Le diagnostic de personnalité borderline ou de trouble de la personnalité n'a pas non plus été retenu. La présence de substances, la psychose et l'anxiété ont également été examinés mais ils n'ont conduit à aucun autre diagnostic.

S'agissant de la neuropsychologie, l'assuré s'était montré peu collaborant durant l'anamnèse, ne répondant pas aux questions posées et se montrant digressif sur d'autres aspects de sa vie. Une légère désorientation temporelle a toutefois été constatée. Le langage était très peu informatif mais fluide, le discours digressif. La compréhension était préservée. La fluence sur indigage sémantique et graphique était sévèrement déficitaire. L'écriture était conservée mais fortement ralentie, l'examiné ayant notamment refusé d'écrire une phrase pour n'écrire que ses nom et adresse. L'assuré avait échoué des calculs très simples. L'examen neuropsychologique avait mis en évidence une atteinte cognitive massive et diffuse de toutes les fonctions testées, bien en dessous des attentes d'une personne de 52 ans, sans antécédent d'atteinte neurologique et de suspicion de maladie organique dégénérative. La problématique psychiatrique semblait être à l'origine du tableau cognitif et il demeurait difficile d'évaluer une éventuelle surcharge de l'assuré face à ses difficultés, tant les scores étaient bas. Il était dès lors impossible de retenir un trouble attentionnel ou de la concentration.

Les experts de la Clinique CORELA ont ainsi considéré que l'assuré était capable de travailler à 100% sur le plan psychiatrique.

14. Par décision du 26 mai 2011, l'OAI a rejeté la demande de mesures professionnelles et de rente.
15. Représenté par son mandataire, l'assuré a interjeté recours en date du 27 juin 2011, concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement à la réalisation d'une expertise, et principalement à l'annulation de la décision querellée et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. A l'appui de ses conclusions, il a fait valoir que l'intimé n'avait, à tort, pas pris en considération les rapports de son médecin traitant, le Dr E_____, ainsi que celui du Dr D_____. Quant à l'expertise du Dr C_____, elle était contestable, dans la mesure où elle avait été réalisée sans la présence d'un interprète, alors même qu'il n'avait pas été en mesure de répondre, à plusieurs reprises, aux questions qui lui étaient posées. Dans ce contexte, l'arrêt du TCAS du 2 avril 2008 précisait justement que les problèmes de communication, qui n'étaient pas forcément importants pour une expertise rhumatologique, l'étaient nettement plus pour une expertise psychiatrique.

16. Le 19 août 2011, le recourant a encore produit les documents suivants :
- Un rapport du Dr E_____ du 7 avril 2007, dont il ressort que les diagnostics étaient les suivants : épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (F 32.2), trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F 43.22) et syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4). D'un point de vue psychiatrique, l'assuré était totalement incapable de travailler.
 - Un courrier daté du 12 août 2011, dont il ressortait que les diagnostics s'étaient modifiés et étaient désormais les suivants : épisode dépressif sévère, avec symptômes psychotiques (F 32.3), trouble de l'adaptation, avec prédominance d'une perturbation des conduites (F43.24) et troubles mixtes de la personnalité (F 61.0) (borderline, antisocial). Le recourant était totalement incapable de poursuivre ses activités sociales, professionnelles et ménagères et sa capacité de travail était nulle.
17. Dans sa réponse du 19 septembre 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours, considérant que le rapport d'expertise du Dr C_____ disposait d'une pleine valeur probante. Quant aux rapports du Dr E_____ des 7 avril 2007 et 12 août 2011, ils n'apportaient aucun élément médical nouveau et les diagnostics décrits ne constituaient en réalité qu'une appréciation différente du même état de fait.
18. Par réplique du 12 octobre 2011, le recourant a relevé que le Dr D_____ était assisté d'un interprète lors des examens psychiatriques à la clinique Belle-Idée et que contrairement à ce que soutient l'intimé, dans son arrêt du 2 avril 2008, le TCAS n'avait pas examiné la valeur probante de l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr C_____ en date du 4 mai 2007, celle-ci ayant été ordonnée consécutivement au recours. Enfin, dans son rapport du 12 août 2011, le Dr E_____ faisait état d'une aggravation de son état de santé.
19. Le 7 novembre 2011, l'intimé a maintenu ses conclusions.
20. Par ordonnance du 30 mai 2012, la Cour de céans a jugé qu'une pleine valeur probante ne pouvait être reconnue à l'expertise du Dr C_____, dès lors que la barrière linguistique avait été un problème important lors de l'examen, l'expert n'étant pas assisté d'un interprète. Elle a ainsi ordonné une nouvelle expertise psychiatrique, à réaliser avec le concours d'un interprète de langue turque, et mandaté le Dr F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
21. L'expert a déposé son rapport en date du 12 janvier 2013, fondé en particulier sur quatre entretiens avec le recourant, un avec la fille et l'épouse, puis avec le fils cadet du recourant, trois entretiens d'évaluation psychométrique en présence de l'interprète, une discussion téléphonique avec le fils aîné, un rapport de monitoring

sanguin et urinaire du 7 novembre 2012. Le Dr F_____ relève que le recourant se plaint de difficultés mnésiques, d'un manque de motivation, d'un sentiment d'ennui, d'une baisse de moral, d'idées noires, se disant « fatigué de vivre ». Il rapporte des conflits conjugaux récurrents et se remémore l'accident de la route. L'évaluation neuropsychologique a mis en évidence un ralentissement moteur important, des limitations sensorielles, des difficultés cognitives massives et généralisées, notamment sur le plan de la mémoire épisodique, ainsi que des difficultés au niveau de la perception visuelle. L'expert a constaté une humeur déprimée, une diminution de l'intérêt et du plaisir, une réduction de l'énergie, des idées de culpabilité et de dévalorisation, une attitude morose et pessimiste face à l'avenir, des idées noires et une hétéro-agressivité principalement caractérisée par des fantasmes de passage à l'acte violent (homicide, suicide), une perturbation du sommeil et une diminution de l'appétit. Il a retenu le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2). Il a en revanche écarté les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Selon l'expert, le facteur déclencheur initial du premier épisode dépressif de type réactionnel, qu'il juge de gravité légère, est l'accident de circulation de février 2005. Par la suite, une péjoration progressive de sa thymie est rapportée et en avril 2007, le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques est mentionné pour la première fois, associé à un trouble de l'adaptation. Le trouble dépressif sévère est au premier plan depuis l'hospitalisation en juillet 2007 ; l'aggravation de sa santé psychique est avérée dans son dossier médical et confirmée par ses proches. Du point de vue psychiatrique, le recourant est en incapacité de travail totale dans l'activité habituelle d'aide-jardinier depuis son hospitalisation de juillet 2007 et de 50 % au moins depuis son accident de circulation de février 2005. L'expert émet une sérieuse réserve sur la capacité de travail partielle, même dans une activité adaptée. Seule une activité légère, adaptée et en atelier protégé, à raison d'un maximum de deux demi-journées par semaine serait envisageable, et uniquement dans une structure institutionnelle ayant l'expérience des enjeux de la réintégration socioprofessionnelle de personnes psychiquement malades. Le pronostic demeure réservé.

22. Dans son écriture du 8 février 2013, l'intimé se réfère à l'avis du SMR, selon lequel une aggravation de l'état de santé psychiatrique est intervenue en juillet 2007 et que dès lors une capacité de travail de 0% lui est reconnue.
23. Le 8 février 2013, le recourant conclut à l'admission du recours, à l'annulation de la décision litigieuse et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le mois de juillet 2007.

24. Par courrier du 14 février 2013, la Cour de céans interpelle l'intimé, afin qu'il se détermine précisément sur l'ouverture du droit à la rente du recourant, compte tenu des conclusions de l'expert.
25. Par écriture du 28 février 2013, l'intimé rappelle que la première demande du recourant a été rejetée par décision du 13 mars 2007, confirmée par le TCAS dans son arrêt du 2 avril 2008. Le recourant a déposé une nouvelle demande le 28 janvier 2009 invoquant une aggravation de son état de santé qui a abouti à une décision de non entrée en matière le 22 avril 2009, l'assuré n'ayant pas apporté d'éléments médicaux nouveaux attestant une aggravation. Cette décision, non contestée, est entrée en force. C'est en date du 25 février 2010 que le recourant a déposé une nouvelle demande de prestations, qui a fait l'objet de la décision litigieuse. Par conséquent, la date d'ouverture du droit à la rente doit être fixée en l'espèce au 25 février 2010, soit dès le mois où la demande a été présentée.
26. Invité à se déterminer, le recourant, dans son écriture du 12 mars 2013, rappelle que dans son arrêt du 2 avril 2008, le TCAS n'avait pas pu prendre en compte l'aggravation de son état de santé, au motif que le fait nouveau, à savoir l'hospitalisation, était postérieure à la décision querellée. L'aggravation de son état de santé fait l'objet de sa nouvelle demande de prestations de janvier 2009. C'est en violation de son devoir d'instruction que l'intimé n'était pas entré en matière, dans la mesure où il était parfaitement au courant des éléments nouveaux et en particulier de l'aggravation de son état de santé psychique. Selon le recourant, la décision de non entrée en matière du 22 avril 2009 est manifestement erronée et sa rectification revêt une importance notable, dans la mesure où le rapport d'expertise établit qu'il est totalement incapable de travailler depuis le mois de juillet 2007. Il conclut à l'octroi d'une rente entière dès juillet 2007 ou en tous les cas depuis janvier 2009, date du dépôt de sa deuxième demande de prestations que l'intimé n'a - à tort - pas prise en considération.
27. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

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

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche 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, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1er janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
5. Le litige porte sur le droit de l'intimé à des prestations de l'assurance-invalidité ainsi que sur le début du droit à la rente d'invalidité, plus particulièrement sur la valeur probante de l'expertise du Dr C_____.
6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence

d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

7. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

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 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

8. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. 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 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses

(RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2).

9. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396, consid. 5.3). 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 (ATF 131 V 49, consid. 1.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352, consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail.

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 (ATFA non publié I 1093/06 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 135 V 65, consid. 4.2.2; ATF non publié 9C_387/2009 du 5 octobre 2009, consid. 3.2).

Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et 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. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé 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) (ATF 130 V 352, consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATFA non publié I 590/05 du 27 février 2007, consid. 3.1).

A l'inverse, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49, consid. 1.2).

Il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATFA non publié I 497/04 du 12 septembre 2005, consid. 5.1).

10. a) 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. Ainsi, en principe, lorsqu'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 351 consid. 3b/bb).

b) 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. cc).

c) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration

ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

d) La réalisation d'une expertise exige que l'expert et l'assuré se comprennent. Il n'est cependant pas nécessaire que cette compréhension soit totale; il suffit que le praticien puisse recueillir les éléments utiles à une appréciation fidèle et pertinente de la situation (arrêt 9C_1040/2008 du 17 avril 2009 consid. 2). Dans le cadre d'un examen somatique, on ne peut pas parler a priori d'une violation du droit d'être entendu lorsque malgré des difficultés de compréhension une expertise ne se déroule pas dans la langue maternelle de l'assuré et qu'aucun interprète n'est présent. La question de savoir si dans un cas concret un examen médical doit se dérouler dans la langue maternelle de l'assuré ou avec l'assistance d'un interprète, est en principe laissée à la libre appréciation de l'expert, responsable de la bonne exécution de son mandat (arrêt I 748/03 du 3 mars 2004 consid. 2.1). Une importance particulière doit cependant être portée dans le cas des expertises psychiatriques où la compréhension entre l'expert et l'expertisé doit être la meilleure possible. Dans un tel cas, une bonne expertise nécessite des connaissances linguistiques approfondies des deux côtés. Si l'expert ne maîtrise par la langue de l'exploré, le concours d'un interprète s'impose tant sur le plan médical que factuel (ATF non publié I 642/01 du 25 juillet 2003, consid. 3.1).

11. a) 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 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 319 consid. 5a).

b) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas

(ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

12. En l'espèce, la Cour de céans n'a pas retenu la valeur probante de l'expertise du Dr C _____, après avoir constaté que le recourant et l'expert ne se comprenaient pas de manière suffisante en l'absence d'un interprète. Le recourant n'a notamment pas été en mesure de faire certains tests, ni de répondre aux questions. Par conséquent, la Cour de céans a ordonné une expertise psychiatrique et mandaté le Dr F _____ à cet effet.

L'expert a eu quatre entretiens avec le recourant, un entretien avec les membres de sa famille, trois entretiens d'évaluations psychométriques en présence de l'interprète turque, ainsi qu'une discussion téléphonique avec le fils aîné. Il a pris connaissance de l'intégralité du dossier et a fait procéder à des examens de laboratoire. Le Dr F _____ a rendu son rapport circonstancié le 12 janvier 2013, qui comporte une anamnèse personnelle, familiale, sociale et professionnelle détaillée. Après avoir procédé à des examens minutieux, relaté les plaintes du recourant, l'expert a analysé de manière approfondie les éléments médicaux. Il a expliqué à chaque fois pourquoi il s'écartait des diagnostics du Dr C _____ et les motifs pour lesquels il privilégiait certains diagnostics et en écartait d'autres. Il a retenu, avec effet sur la capacité de travail, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques. Le trouble dépressif sévère est au premier plan depuis l'hospitalisation en juillet 2007, aggravation qui est avérée dans son dossier médical et confirmée par ses proches. L'expert conclut à une incapacité de travail de 50 % du point de vue psychiatrique, depuis l'accident de février 2005 et de 100 % depuis juillet 2007, avec une aggravation lente et progressive. Une activité légère, à raison de deux demi-journées par semaine dans une structure spéciale pour personnes psychiquement malades devrait lui être proposée. L'expert préconise la poursuite du soutien psychothérapeutique régulier et relève que le pronostic est défavorable.

La Cour de céans relève que l'expertise du Dr F _____ est extrêmement fouillée, que le diagnostic retenu est conforme à la classification internationale et que ses conclusions sont claires et convaincantes, de sorte qu'il revêt pleine valeur probante, ce que les parties ne contestent pas.

Partant, il convient de retenir que le recourant est, du point de vue psychiatrique, totalement incapable de travailler depuis juillet 2007. Par ailleurs, selon l'expert, l'incapacité de travail est de 50 % depuis l'accident de février 2005.

13. Reste à déterminer la date d'ouverture du droit à la rente d'invalidité.

Le recourant considère qu'il a droit à une rente entière d'invalidité depuis juillet 2007 ou en tous les cas depuis le mois de janvier 2009, dès lors que la décision de non entrée en matière de l'intimé, du 22 avril 2009, est manifestement erronée.

L'intimé objecte que sa décision de non entrée en matière est entrée en force, de sorte que le recourant a droit, conformément à l'art. 88bis al. 1 let. a RAI, à la rente entière depuis le mois de février 2010, date du dépôt de sa nouvelle demande.

Selon l'art. 29 al. 1 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à la rente prend naissance (let. a) au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de travail de 40 % au moins (art. 7 LPGA) ou, (let. b) lorsqu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA).

L'art. 29 LAI (nouvelle teneur selon la novelle du 6 octobre 2006 [5ème révision de l'AI], en vigueur depuis le 1er janvier 2008) dispose que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré (al. 1). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3). Exprimé de manière différente, la personne assurée n'a droit à l'intégralité des prestations que si elle a présenté sa demande dans le délai de six mois à partir de la survenance de l'incapacité de gain. Si elle le fait plus tard, elle perd son droit pour chaque mois de retard (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], n. 2187 ss p. 591).

14. En l'occurrence, la Cour de céans relève que la présente procédure fait suite à une demande de révision déposée par le recourant le 25 février 2010, le Dr E _____, psychiatre traitant, ayant informé l'intimé de l'aggravation de l'état de santé par rapport du 25 janvier 2010. Il convient par ailleurs de relever que la précédente demande du 28 janvier 2009 a fait l'objet d'une décision de non entrée en matière, entrée en force.

Selon un principe général du droit des assurances sociales, désormais codifié à l'art. 53 al. 2 LPGA (cf. FF 1991 II 258), l'administration peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose jugée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 127 V 466 consid. 2c p. 469 et les références). Cela étant, ni l'assuré, ni le juge ne peuvent l'y contraindre. Il s'ensuit que la Cour de céans ne peut enjoindre l'intimé de reconsidérer sa décision de non entrée en matière du 22 avril 2009.

Le droit à la rente du recourant ne peut non plus s'examiner sous l'angle de l'art. 88bis al. 1 let. a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17

janvier 1961 (RAI ; RS 831.201) comme le propose l'intimé. En effet, cette disposition concerne les cas de révision de rentes en cours (cf. art. 17 LPGA).

Le droit à la rente du recourant ne peut ainsi s'examiner qu'au regard de l'art. 29 al. 1 LAI (demande tardive), soit à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle il a fait valoir son droit aux prestations (cf. ATF 9C_953/2011).

En l'espèce, la Cour de céans constate que le psychiatre traitant du recourant avait informé l'intimé, par courrier du 25 janvier 2010, que l'état de santé de son patient s'était aggravé et qu'il était totalement incapable de poursuivre ses activités professionnelles. Cette date qui est déterminante, conformément à l'art. 29 al. 3 LPGA.

Il s'ensuit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 25 juillet 2010.

15. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis.

Le recourant, représenté par un mandataire, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la Cour de céans fixe en l'espèce à 4'300 fr. (art. 61 let. g LPGA; art. 89H LPA).

16. La Cour de céans, ayant constaté qu'une instruction complémentaire était indispensable, a dû mettre en œuvre une expertise judiciaire, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral. Dans ces circonstances, les coûts de l'expertise, par 9'385 fr. (frais de traducteur de 670 fr. inclus), sont mis à la charge de l'intimé (cf. art. 45 al. 1 LPGA; ATF 137 V 210 consid. 4.4.2).

Pour le surplus, un émolument de 500 fr. est mis à la charge de l'intimé, conformément à l'art. 69al.1 bis LAI.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Sur le fond :

2. Admet partiellement le recours, dans le sens des considérants.
3. Annule la décision du 26 mai 2011.
4. Dit et prononce que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 25 juillet 2010.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 4'300 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Condamne l'intimé au paiement des frais de l'expertise judiciaire à hauteur de 9'385 fr.
7. Condamne l'intimé au paiement d'un émolument de 500 fr.
8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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