

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/207/2007

ATAS/1115/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 novembre 2011

3ème Chambre

En la cause

Monsieur A _____, domicilié à MEYRIN, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître BRATSCHI Gilbert

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Christine LUZZATTO et Violaine LANDRY
ORSAT, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____, né en 1956, d'origine algérienne et sans formation professionnelle, a travaillé en tant que nettoyeur pour l'entreprise X_____ SA. Son activité consistait à passer l'aspirateur, à laver à la main les sols ainsi que les vitres intérieures des bâtiments et à sortir deux fois par semaine des containers remplis de papier.
2. Le 16 mars 2001, l'assuré s'est blessé en sortant un container : alors qu'il manœuvrait ce dernier, il a ressenti une brûlure au niveau des deux coudes puis s'est rendu compte qu'il n'arrivait plus à ouvrir normalement les mains.
3. Le même jour, il a consulté le Dr L_____, spécialiste en médecine interne, qui a posé les diagnostics d'épicondylite externe gauche sévère et de dysthymie et attesté d'une incapacité totale de travail.
4. Le 31 octobre 2002, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OAI).
5. Par décision du 7 septembre 2005, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière limitée dans le temps, du 1er mars 2002 au 31 mars 2004. L'OAI a en effet considéré que la capacité de travail et de gain de l'assuré s'étaient améliorées à compter de janvier 2004, date à partir de laquelle on pouvait exiger de l'assuré qu'il reprenne une activité adaptée à 70%, étant admis que son ancienne activité de manutentionnaire n'était en revanche plus envisageable. Après comparaison des gains, l'OAI a évalué le degré d'invalidité à 15%. Une aide au placement a été proposée à l'assuré
6. Cette décision a été confirmée sur opposition le 6 décembre 2006.
7. Saisi d'un recours de l'assuré, le Tribunal cantonal des assurances sociales - alors compétent - a rendu en date du 29 mai 2009 un arrêt (ATAS 672/2009) aux termes duquel il a admis le recours et reconnu à l'assuré le droit à une rente entière au-delà du 31 mars 2004. Cet arrêt a été rendu sur la base du dossier de l'OAI et d'une instruction ayant notamment permis de recueillir les éléments suivants :
 - un rapport rédigé le 6 juillet 2001 par le Dr L_____ précisant que malgré la mise en œuvre de divers types de traitements (médicamenteux, physiothérapeutique, ergothérapeutique), une immobilisation complète du membre supérieur gauche durant deux semaines, deux infiltrations et un bracelet épycondilien, l'amélioration de la symptomatologie n'avait jamais dépassé 30%, ce qui avait finalement engendré une dysthymie ;

- un rapport émis en novembre 2001 par le Dr M_____, spécialiste en médecine interne et médecin-conseil de GENERALI, diagnostiquant une épicondylite du coude gauche, une hernie discale C6 et émettant l'avis qu'une totale incapacité de travail était justifiée ;
- un rapport d'expertise du Dr N_____, chirurgien, qui, le 1er mars 2002, a confirmé les diagnostics déjà connus et estimé que l'épicondylite paraissait être la cause principale de l'incapacité de travail, laquelle était tout à fait justifiée dans l'activité de manutentionnaire et probablement de façon définitive ; selon le médecin, un recyclage professionnel dans une activité n'exigeant pas d'efforts et si possible pas de travaux répétitifs avec le membre supérieur gauche était souhaitable ;
- un rapport rédigé le 22 novembre 2002 par la Dresse O_____, spécialiste FMH en maladies rhumatismales, retenant les diagnostics de cervicobrachialgies gauches chroniques C4-C5 présentes depuis l'automne 2000, d'épicondylite gauche chronique apparue à la même époque, de lombalgies chroniques présentes depuis août 2000 et d'état dépressif réactionnel ; le médecin confirmait la totale incapacité de travail mais précisait qu'une activité demandant moins d'efforts au niveau des membres supérieurs que celle de manutentionnaire devrait être possible ;
- un avis émis en janvier 2003 par le Dr P_____, du service médical régional AI (SMR), admettant la totale incapacité de l'assuré à exercer son travail de manutentionnaire mais estimant qu'il pourrait en revanche exercer une activité adaptée à raison de six heures par jour ;
- un rapport du Dr Q_____, chef de clinique de la consultation des Pâquis, attestant d'une hernie discale et précisant que la symptomatologie dépressive s'était aggravée, entraînant une incapacité totale de travail ;
- la confirmation par le Dr L_____, en mai 28 mai 2003, de la péjoration des lombalgies et de la thymie, également corroborée par la Dresse O_____ le 9 mai 2003 ;
- un rapport rédigé suite à l'examen bi disciplinaire pratiqué le 27 octobre 2004 par les Drs R_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et S_____, spécialiste FMH en psychiatrie, tous deux médecins auprès du SMR, et retenant au nombre des diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail : une épicondylite bilatérale prédominant à gauche, des cervicobrachialgies gauches, des lombosciatalgies gauches dans le cadre de troubles dégénératifs rachidiens modestes, un trouble somatoforme douloureux chronique et

un trouble de l'humeur persistant chez une personnalité à traits caractériels dans le cadre d'un conflit conjugal ; les médecins relevaient que l'examen clinique montrait de multiples incohérences concernant la problématique rachidienne et neurologique ; les médecins ont admis l'existence de troubles dégénératifs incontestables mais les ont qualifiés de modestes et sans relation avec les plaintes alléguées ; au plan psychiatrique, ils ont estimé que la situation était figée et chronifiée, avec un syndrome douloureux somatoforme chronique évoluant depuis trois ans sans efficacité des traitements conformes aux règles de l'art et avec perte d'intégration sociale ; selon eux, le trouble dépressif majeur décrit en 2003 était amendé, raison pour laquelle ils ont conclu à l'absence de comorbidité au sens de l'assurance-invalidité ; les médecins du SMR, vu le nombre de limitations fonctionnelles entravant la capacité de travail de l'assuré, l'ont estimée à 70% dans une activité adaptée c'est-à-dire permettant d'éviter les travaux impliquant des mouvements répétitifs contre résistance des avant-bras, le soulèvement régulier de charges d'un poids supérieur à 10 kg, le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, le maintien permanent de la nuque dans une position immobile et ont recommandé d'alterner les positions une fois par heure ; selon eux, une incapacité de 100% avait été justifiée tant pour des raisons somatiques que psychiatriques jusqu'à la fin de l'année 2003 ; à compter du 1^{er} janvier 2004, l'assuré avait recouvré une capacité de travail de 70% « si l'on tient compte de l'état dépressif majeur de l'été 2003 et du temps théoriquement nécessaire à l'amélioration d'un tel état » ;

- une attestation du 10 février 2005 du Dr T_____, spécialiste FMH en psychiatrie, concluant à une dépression majeure entraînant une incapacité totale de travail ;
- un rapport rédigé le 13 juin 2005 par le Dr U_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, confirmant les diagnostics posés par le Dr L_____ en juillet 2004 et concluant par ailleurs à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée ;
- une attestation datée du 17 juin 2005 du Dr V_____, chef de clinique du département de psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), faisant état d'un trouble dépressif récurrent installé et d'une incapacité de travail de 100% ;
- un rapport daté du 16 mars 2006, du Dr W_____, chef de clinique du département de psychiatrie des HUG, indiquant que l'état de santé de l'assuré avait évolué de manière "peu favorable" depuis juin 2005 ; le médecin expliquait que l'état dépressif, qualifié de majeur, persistait, avec des phases de tristesse et d'irritabilité importantes, une

baisse de l'estime de soi, et une fatigue intense ; il ajoutait que le patient présentait souvent des pensées suicidaires, sans projet de passage à l'acte ; malgré plusieurs essais médicamenteux, la psychopathologie affective sévère persistait ; le médecin concluait à une incapacité totale de travail ;

- un nouvel examen bidisciplinaire, pratiqué par les Drs C _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et D _____, psychiatre, du SMR en mai 2006, retenant à titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail : une épicondylite chronique bilatérale prédominant à gauche et des lombosciatalgies gauches non déficitaires dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs, une hernie discale et une dysbalance musculaire ; les médecins estimaient que l'examen clinique n'avait montré aucune limitation fonctionnelle invalidante ; ils ont conclu à des troubles de l'humeur persistants, expliquant n'avoir pu objectiver le diagnostic d'état dépressif majeur posé par le Dr W _____ au motif que l'assuré disposait de trop de ressources pour se voir reconnaître un état dépressif majeur d'intensité moyenne ou sévère ; les médecins concluaient à une totale incapacité totale de travail pour raisons psychiques 2003 et 2004, réduite à 30% depuis le début de l'année 2004 puis à 0% vu l'amélioration au niveau cervico-brachial et l'absence de pathologie psychiatrique ;
- l'évaluation du 9 août 2006 du Dr E _____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin-conseil de l'Office cantonal de l'emploi, estimant la capacité de travail de l'assuré à 0% en raison de handicaps somatiques bien typés et de symptômes psychiatriques sévères, confirmée le 12 septembre 2006, au motif que l'état psychiatrique du patient le rendait incapable d'une quelconque activité ; il était fait état d'hallucinations, d'une susceptibilité pathologique, d'agressivité ; le médecin préconisait une hospitalisation en milieu psychiatrique ;
- l'audition du Dr U _____ par le Tribunal, en date du 28 juin 2007, dont il ressortait que selon le témoin, le SMR avait largement sous-estimé les atteintes du patient ; le médecin faisait remarquer qu'au niveau cervical, la symptomatologie n'avait pas même été mentionnée alors que le patient souffrait de brachialgies et de cervicalgies dues à une atteinte dégénérative en C4 et C5, un rétrécissement des trous de conjugaison et une protrusion discale en C5-C6 ; le témoin ajoutait qu'au niveau lombaire également, le SMR n'avait pas tenu compte de l'atteinte radiculaire avec irradiation dans la jambe gauche, précisant toutefois que cette symptomatologie avait ensuite régressé pour être remplacée par une symptomatologie de type instabilité (douleurs se manifestant sous forme de "coups de poignard" lors de certains types de mouvement) ; selon le

Dr U _____, il était exagéré d'exiger de l'assuré qu'il exerçât à 70% ; sa capacité de travail était au maximum à 50% dans une activité adaptée, c'est-à-dire évitant tout effort physique majeur, toute position en porte-à-faux et permettant d'alterner les positions ; le médecin précisait encore qu'il n'y avait eu aucune amélioration de l'état de santé du patient, les douleurs de ce dernier s'étant au contraire péjorées au niveau lombaire.

- l'audition par le Tribunal du Dr W _____, qui suit l'assuré depuis octobre 2005 et qui a confirmé le diagnostic de trouble dépressif majeur, épisode isolé, d'intensité moyenne à sévère, précisant que l'évolution avait été plutôt défavorable durant les deux années précédentes ; le témoin a contesté que l'état dépressif de l'assuré ait été en rémission ; il a expliqué qu'il y avait certes eu de légères améliorations de la thymie dépressive mais partielles et passagères, malgré la très bonne compliance du patient ; durant ces périodes d'amélioration, l'état dépressif avait été, au mieux, d'intensité moyenne ; le témoin a fait remarquer que l'état dépressif diagnostiqué en 2003 avait depuis été confirmé par plusieurs psychiatres ;
- un rapport rendu à la suite de l'expertise bidisciplinaire ordonnée par le Tribunal le 21 juillet 2008, et dont il a confié le volet rhumatologique au Dr F _____ et le volet psychiatrique au Dr G _____ ; l'expert rhumatologue a retenu au titre de diagnostics influençant la capacité de travail : une épicondylopathie, une lombalgie basse avec sciatique dure à une discopathie et une spondylarthrose sévère, une atteinte du disque intervertébral cervical avec cervicalgies et radiculopathie, une hernie discale et un déconditionnement physique ; l'expert a conclu à des limitations maximales tant du point de vue physique (déconditionnement physique important) que des points de vue psychique, mental et social ; il a émis l'avis que l'activité précédemment exercée ne pouvait plus être exigée du recourant, pas plus qu'une autre activité professionnelle ; l'expert a indiqué partager l'opinion du Dr U _____ quant à la sous-évaluation du problème lombaire ; quant à l'expert psychiatre, il a conclu à un état dépressif avec symptômes psychotiques entraînant une totale incapacité de travail ; selon lui, l'état du patient s'était péjoré en novembre 2002 et ne s'était plus amendé depuis lors, même partiellement ; en conclusion, le Dr G _____ a estimé que l'assuré ne pourrait sans doute jamais réintégrer le circuit économique normal ; cela étant, il a dit partager les conclusions du SMR sur le fait qu'il n'y avait pas de trouble somatoforme douloureux.

8. Saisi d'un recours interjeté par l'OAI, le Tribunal fédéral a rendu en date du 2 février 2010 un arrêt (ATF 9C_603/2009) aux termes duquel il a admis le

recours, annulé le jugement du 29 mai 2009 et renvoyé la cause au Tribunal cantonal pour complément d'instruction et nouveau jugement. Le Tribunal fédéral a jugé que l'expertise réalisée par le Dr F_____ ne reposait pas sur une appréciation objective de la capacité résiduelle de travail de l'assuré définie en fonction des seuls empêchements fonctionnels liés aux atteintes constatées : l'expert avait en effet intégré dans son appréciation des signes comportementaux et des facteurs de risques psycho-sociaux. Cette approche "bio-psycho-sociale" a été réfutée par notre Haute Cour qui a estimé que l'expertise du Dr G_____ était également entachée de plusieurs défauts majeurs dénotant un manque certain de rigueur scientifique (manque de structure, lacunes au niveau des informations recueillies, absence d'anamnèses sociale et professionnelle, absence de discussion générale du cas et remarques ironiques ou polémiques inappropriées et propres à susciter des doutes quant à l'objectivité et à l'impartialité du médecin).

9. Par ordonnance du 26 mars 2010 (ATAS 320_2010), le Tribunal cantonal des assurances sociales - alors compétent - a donc mis sur pied une nouvelle expertise bidisciplinaire dont il a confié le volet rhumatologique au Dr H_____ et le volet psychiatrique au Dr I_____. Il était demandé à chacun des experts à répondre à un certain nombre de questions puis de se livrer à une appréciation consensuelle du cas après avoir comparé leurs constatations.
10. Le 22 juillet 2010, le Dr H_____ a rendu son rapport, rédigé sur la base du dossier mis à sa disposition par le Tribunal, du rapport du Dr U_____ du 25 mai 2010, d'un CT-scan lombaire pratiqué le 24 juin 2010 et de l'examen clinique réalisé le 9 juillet 2010.

L'expert a relaté que l'assuré se plaignait de douleurs sur le plan ostéo-articulaire : dans la région du coude gauche (majorées par la flexion du coude, les longues immobilisations et le port de charges supérieur à 1 kg, étant précisé que le patient estimait à environ 30% l'amélioration de cette symptomatologie depuis l'opération subie en 2008); au niveau du coude droit (exacerbées par les efforts); au niveau des cervicales (avec irradiation dans la région scapulaire et le bras gauches et engourdissements intermittents, exacerbées en rotation du rachis cervical parfois nocturnes et insomniantes); enfin, principalement, au niveau des lombaires (lombosciatalgies gauches chroniques, permanentes, exacerbées par la mobilisation du tronc, nocturnes, insomniantes, obligeant l'assuré à se lever plusieurs fois durant la nuit pour réaliser quelques mouvements de mobilisation du rachis avant de pouvoir à nouveau se recoucher et se rendormir, avec irradiation dans le membre inférieur gauche).

A l'examen, l'expert a dit avoir trouvé un patient en état général conservé, légèrement vouté, coopératif. L'expert a retenu les diagnostics suivants : épicondylopathie externe bilatérale chronique prédominante à gauche, status après cure chirurgicale d'une épicondylite chronique à gauche avec libération de

la branche profonde du nerf radial sous l'arcade de Frohse, cervico-scapulalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs, lombosciatalgies gauches dans le cadre d'une importante discopathie L5-S1 avec hernie discale médiane et paramédiane gauche, syndrome du tunnel carpien à gauche et état dépressif à confirmer par l'expert psychiatre. L'apparition des épicondyalgies a été fixée à juillet 2001, tout comme celle des cervicobrachialgies gauches. Les lombalgies seraient même antérieures.

L'expert a émis l'avis que toutes ces atteintes, objectivables, avaient une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Les douleurs aux coudes avaient ainsi pour conséquences les limitations suivantes : éviter le port de charges, les flexions/extensions répétées des coudes ainsi que les mouvements impliquant de la force en supination. S'agissant des problèmes cervicaux, le médecin a relevé une limitation à la mobilité du rachis cervical dans toutes les directions de l'espace et expliqué que cette atteinte excluait les activités impliquant le port de charges, les mouvements répétitifs de la nuque ou les positions statiques prolongées, notamment fléchi en avant. Quant aux lombosciatalgies gauches, elles se traduisaient par une limitation fonctionnelle lors des mouvements en flexion/extension du tronc et en inclinaison latérale. Le médecin a souligné que les activités de la vie quotidienne et professionnelle impliquant des positions statiques prolongées - notamment assises - ou la marche au-delà de 20 à 30 mn environ devaient être évitées.

Eu égard à ces considérations, l'expert a émis l'avis que l'activité de manutentionnaire et nettoyeur était désormais clairement inexigible de l'assuré depuis mars 2001. S'agissant de l'évolution du degré d'incapacité de travail depuis lors, l'expert a indiqué qu'il y avait eu une discrète diminution des épicondyalgies suite à l'opération subie en 2008 (30 % du côté du coude gauche) malgré des douleurs et une gêne fonctionnelle persistantes ; les problèmes rachidiens en revanche s'étaient aggravés au niveau lombaire, ce qui avait été confirmé par le Dr U_____ qui avait suivi le patient durant de nombreuses années. Les douleurs cervico-scapulaires à prédominance gauche étaient quant à elles demeurées stables.

A la question de savoir si malgré les plaintes alléguées et compte tenu de la constitution physique de l'assuré, ce dernier pourrait exercer une activité lucrative adaptée d'un point de vue strictement somatique, l'expert a répondu par l'affirmative. Il a préconisé une activité permettant d'éviter toute manutention, toute position statique prolongée, limitant les efforts de marche et autorisant des périodes de repos, précisant que, dans de telles circonstances, la capacité de travail pourrait être de 50%, cette diminution de rendement s'expliquant par la nécessité de prévoir des périodes de récupération.

L'expert a expliqué que s'il partageait les conclusions émises par les médecins du SMR en 2004 et 2006 quant aux diagnostics à retenir, il ne pouvait cependant y adhérer s'agissant de leurs conséquences sur la capacité de travail de l'assuré. A cet égard, l'expert a relevé que l'évolution clinique du patient depuis l'installation des différents problèmes médicaux avait démontré que l'amélioration de capacité de travail attendue par les experts du SMR n'avait pas eu lieu, l'atteinte apparaissant comme relativement stable au niveau cervico-scapulaire gauche, mais aggravée au niveau des lombaires.

De la même manière, l'expert a dit ne pas partager les conclusions du Dr F_____ s'agissant des conséquences des atteintes constatées. L'expert a relevé que le Dr F_____ semblait avoir envisagé l'ensemble de la situation médicale du patient - à savoir ses douleurs chroniques mais également son déconditionnement physique et plus généralement sa détresse psychosociale. L'expert a considéré qu'en se limitant à l'aspect purement somatique, une capacité de 50% dans une activité adaptée était exigible.

11. Par courrier du 27 juillet 2010, le Dr H_____ a informé le Tribunal qu'il avait reçu l'assuré en date des 24 juin et 9 juillet 2010 mais que l'intéressé n'avait pas encore été convoqué par l'expert psychiatre, le Dr I_____, avec lequel il n'avait donc encore pu s'entretenir pour se livrer à l'appréciation consensuelle du cas qui leur était demandée.
12. Le 11 octobre 2010, le Dr H_____ a précisé au Tribunal cantonal qu'il avait contacté quelques jours plus tôt le Dr I_____ et que ce dernier lui avait indiqué ne pas avoir encore eu le temps de recevoir l'assuré.
13. Le 30 décembre 2010, le Dr I_____ a rendu à son tour son rapport d'expertise.

L'expert psychiatre a conclu à un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques en soulignant qu'un état dépressif était signalé depuis 2003. L'expert a relevé que des symptômes psychotiques étaient apparus au cours de l'année 2005, sous forme d'hallucinations audivo-verbales que la prise d'un neuroleptique avait permis de juguler mais que l'état dépressif persistait néanmoins, chronique et sévère.

L'expert psychiatre a souligné que le pronostic était sombre. Selon lui, l'état psychique de l'assuré entraîne une incapacité totale de travail à lui seul en raison de sa sévérité et de son évolution chronique d'autant qu'il doit être désormais qualifié de résistant vu l'échec des traitements pharmacologiques mis en œuvre depuis 2003. L'expert psychiatrique a fait remonter cette totale incapacité de travail au moment de la prise en charge par le Dr T_____, soit au début de l'année 2005, date depuis laquelle il n'y a eu aucune amélioration.

Comparant le degré de sévérité de l'état dépressif de l'expertisé à la fin de l'année 2010 à celui décrit dans les examens du SMR de mai 2010, l'expert a indiqué qu'il ne pouvait conclure qu'à une nette aggravation.

L'expert a encore indiqué qu'il partageait les conclusions du Dr W _____ (trouble dépressif majeur d'intensité moyenne à sévère). De manière générale, l'expert a jugé les descriptions cliniques et analyses des Dr T _____, V _____ et W _____ claires et convaincantes et s'est déclaré d'accord avec leurs conclusions.

Quant aux conclusions du SMR, l'expert a déclaré ne pouvoir y adhérer, tant sur le plan des diagnostics retenus que sur celui de leurs conséquences sur la capacité de travail de l'assuré. Selon l'expert, les "autres troubles de l'humeur persistants" retenus par le SMR ne devraient normalement pas être utilisés au terme d'une évaluation approfondie car un diagnostic plus précis doit pouvoir être posé sauf en cas de présentation clinique bien particulières et même en ce cas, des explications détaillées devraient alors rendre compte des raisons de l'emploi de ce terme ; tel n'était pas le cas en l'occurrence, alors que plusieurs psychiatres (les Drs Q _____, T _____, V _____ et W _____) ont pour leur part signalé en 2003, 2005, 2006 et 2007 l'existence d'un état dépressif sévère. S'agissant du rapport du SMR, le Dr I _____ relève également des inconséquences et confusions dans la rubrique "statut psychiatrique". Ainsi, l'auteur du rapport a indiqué n'avoir pu objectiver d'anhédonie ou de perte de l'élan vital alors qu'il s'agit précisément de notions ne pouvant être objectivées ; de la même manière, le rédacteur du rapport s'est contredit puisqu'il conclut à l'absence de symptôme de la lignée psychotique alors qu'il relate pourtant que l'assuré dit entendre des voix. A cet égard, l'expert a expliqué qu'il est injustifié de conclure à l'absence d'hallucinations auditives du simple fait que l'assuré ne montre pas d'attitude d'écoute.

Pour le reste, le Dr I _____ a indiqué que l'état clinique et symptomatique de l'assuré en fin 2010 différait notablement de celui décrit en mai 2006. Cela était particulièrement flagrant s'agissant de la psychomotricité, des caractéristiques du discours, du fonctionnement mnésique, des sentiments d'indignité et de culpabilité. L'expert en a dès lors tiré la conclusion que l'état dépressif de l'assuré s'était considérablement aggravé.

Quant aux conclusions du Dr G _____, l'expert psychiatre a déclaré pouvoir y adhérer à un détail près : il diagnostique pour sa part un état dépressif sans symptômes psychotiques.

14. Le 21 janvier 2011, les Drs I _____ et H _____ ont adressé à la Cour de céans leur appréciation consensuelle du cas.

Les experts ont émis l'avis que l'assuré ne disposait pas des ressources psychiatriques et cognitives nécessaires pour exercer une activité lucrative, que des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas envisageables et qu'il était vraisemblable, vu le pronostic sombre sur le plan psychiatrique, qu'aucune amélioration significative n'intervienne dans le futur.

15. Par écriture du 22 février 2011, le recourant a persisté dans ses conclusions et repris pour le surplus les arguments déjà développés précédemment dans ses écritures.
16. Quant à l'intimé, par écriture du 22 février 2011, il a également persisté dans ses conclusions en produisant à l'appui de sa position l'avis émis le 14 février 2011 par la Dresse J_____, du SMR.

Celle-ci y développe l'opinion qu'une pleine valeur probante ne saurait être reconnue à l'expertise dont elle estime qu'elle contient des contradictions, imprécisions et lacunes. Selon la Dresse J_____, il ne s'agirait pas d'une véritable expertise bidisciplinaire puisque les deux experts ont examiné l'assuré séparément - le premier en juin et juillet 2010, le second à la fin de cette année-là. Le médecin du SMR relève par ailleurs que selon le rapport d'expertise psychiatrique, l'assuré a été reçu par le Dr I_____ les 29 septembre, 11 octobre et 2 novembre 2010 ce qui semble être contredit par le courrier du Dr H_____ du 11 octobre 2010. Le médecin du SMR en tire la conclusion que les experts ne se seraient en réalité pas concertés.

La Dresse J_____ soutient pour le reste que le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques ne serait pas suffisamment expliqué. La Dresse J_____ admet que les constatations objectives de l'expert permettent effectivement de retenir ce diagnostic mais s'étonne que les deux experts précédents du SMR ne les partagent pas. La Dresse J_____ conteste que l'état dépressif puisse remonter à l'année 2003 et soutient qu'à cet égard le Dr I_____ ne motive pas sa position.

Quant à l'expertise du Dr H_____, la Dresse J_____ soutient qu'elle serait contradictoire avec le diagnostic retenu par le Dr I_____ dans la mesure où elle décrit une vie quotidienne relativement monotone mais dont il ressort que l'assuré accompagne ses enfants à l'école, fait de petites promenades et des commissions, un peu de vaisselle, son lit.

En définitive, la Dresse J_____ admet une aggravation manifeste de l'état de santé somatique de l'assuré vu les lombalgies sur discopathie sévère depuis le 19 mai 2006 ainsi qu'une aggravation psychique.

17. Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 5 mai 2011 au cours de laquelle ont été entendus les Drs H_____ et I_____.

Le premier a expliqué que l'entretien téléphonique auquel il faisait allusion dans son courrier du 11 octobre 2010 remontait à quelques jours avant le courrier en question. Quant au Dr I_____, il a confirmé les dates de consultation indiquées dans son rapport d'expertise.

Le Dr I_____ a expliqué qu'il avait choisi de ne pas reprendre tous les éléments précédemment développés mais d'en effectuer la synthèse, le détail ayant d'ores et déjà fait l'objet de développements suffisants en pages 8 et suivantes de son rapport.

Le Dr I_____ a souligné que l'assuré avait été suivi régulièrement par des psychiatres dont il a indiqué qu'il les considérait comme tout à fait compétents, particulièrement ceux de la division s'occupant des dépressions résistantes (dont le Dr W_____). Il s'est étonné que les constatations et conclusions de ces différents psychiatres aient été écartées.

Le Dr I_____ a expliqué que s'il a conclu à l'existence d'un épisode dépressif depuis 2003, ce n'est pas sur la base des dires de l'assuré mais bien sur celle des nombreux documents mis à sa disposition et dont il n'avait pas de motifs de s'écarter vu ses propres observations.

Le Dr I_____ a dit ne voir aucune contradiction entre la description de la vie quotidienne du patient telle que livrée par le Dr H_____ en page 12 de son rapport et le diagnostic retenu par lui-même. A cet égard, il a expliqué que ce n'est qu'en cas de dépression sévère extrêmement aigue que le patient reste confiné à domicile ou au lit dans un état mélancolique. Le fait que le patient continue à pouvoir assumer quelques activités comme faire les courses ou amener ses enfants à l'école est compatible avec son état, étant précisé que tout se fait beaucoup plus lentement. Les médicaments administrés à l'assuré n'ont certes pas le résultat escompté mais ils déploient néanmoins un certain effet.

Pour le reste, le Dr I_____ a expliqué qu'en présence d'un état douloureux tel que celui présenté par le recourant, il lui apparaît souhaitable de disposer de l'expertise du spécialiste somatique au moment de procéder à l'examen psychique, raison pour laquelle il a préféré prendre connaissance du rapport du Dr H_____ avant de procéder à ses propres examens ; tous deux se sont ensuite contactés par téléphone et ont confronté leurs points de vue.

S'il est vrai qu'ils ont ensuite répondu de manière relativement sommaire aux questions de consensus, c'est qu'ils n'ont pas vu la nécessité de revenir en détail sur leurs conclusions, suffisamment développées précédemment. De plus, il leur est apparu évident que, sur le seul plan psychique déjà, l'assuré était dans l'incapacité totale de travailler.

Le Dr H_____ a confirmé ces propos et précisé que c'est lui qui a rédigé les réponses aux questions qui leur étaient posées et qu'il les a soumises à son collègue pour approbation.

Sur question, le Dr I_____ a encore précisé que chez l'assuré, les neuf critères diagnostiques énumérés par la CIM-10 pour retenir le diagnostic évoqué étaient présents et de manière très marquée : tristesse, irritabilité (altération de l'humeur), anhédonie, fatigue, mais aussi dévalorisation, difficultés d'idéation, idées suicidaires très envahissantes - dont le patient est protégé par ses convictions religieuses, d'une part, par l'attachement à ses filles, d'autre part - etc. L'expert a renvoyé sur ce point à son rapport (rubrique « éléments subjectifs et constatations objectives » en répétant que tous les critères étaient présents et de façon marquée.

L'expert psychiatre s'est déclaré convaincu par le diagnostic et la totale incapacité de travail de l'assuré.

S'agissant de l'évolution de l'état du patient depuis 2003, il a expliqué que le CTB, en 2003 avait conclu à un état dépressif sévère, tout comme le Dr T_____ au début de l'année 2005. Le Dr I_____ a précisé que s'il ne lui est évidemment pas possible d'exclure que cet état dépressif ait pu s'atténuer quelque peu entre 2003 et 2005 - période pour laquelle manquent les documents médicaux - il peut en revanche se montrer affirmatif à compter du début de l'année 2005, puisque depuis lors, l'assuré a été régulièrement suivi et que tous les avis médicaux convergent, à l'exception de ceux du SMR, et ce de manière particulièrement probante. Il ne fait ainsi aucun doute pour l'expert psychiatre que l'état de l'assuré ne s'est pas amélioré depuis début 2005 et ce, malgré sa bonne compliance, son assiduité à suivre les traitements et les nombreuses substances antidépressives qui lui ont été administrées.

18. Dans ses conclusions après enquêtes du 3 juin 2011, l'intimé a persisté dans ses conclusions visant au rejet du recours.

L'intimé s'appuie sur un nouvel avis de la Dresse J_____ qui s'étonne notamment du diagnostic d'épisode dépressif sévère posé depuis 2003 alors que la littérature met en évidence qu'un épisode dépressif ne dure pas huit ans. Pour le reste, le médecin se livre à des considérations sur ce que devrait être une expertise bidisciplinaire, reprenant là les arguments déjà évoqués précédemment.

19. Quant au recourant, il a également persisté dans ses conclusions par écriture du 25 mai 2011.

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. La recevabilité du recours ayant d'ores et déjà été admise, il n'y a pas lieu d'y revenir.
3. Il convient de rappeler que le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant, plus particulièrement sur la question de savoir si la suppression de sa rente à partir du 1er avril 2004 était ou non justifiée.
4. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 41 LAI (ATF 125 V 417 ss. consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2), respectivement 17 LPGA.

Selon cette disposition, tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, ATFA non publié du 28 décembre 2006, I 520/05, consid 3.2).

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). 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 (art. 7 LPGA). C'est le lieu de rappeler l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage, principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). Il en résulte que le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le

recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

5. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

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

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

En vertu de la maxime d'office, l'administration et le juge doivent veiller d'office à l'établissement exact et complet des faits pertinents. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention. Dans ce contexte, 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).

6. Le recourant conteste le taux de la capacité résiduelle de travail de 70% retenu par l'intimé à compter du 1^{er} janvier 2004 sur la base du rapport du SMR du 27 octobre 2004.

Or, dans son arrêt précédent, le Tribunal cantonal a considéré que ce rapport ne pouvait se voir reconnaître pleine valeur probante, raison pour laquelle il a ordonné deux nouvelles expertises. Le Tribunal cantonal a considéré que l'argumentation selon laquelle l'assuré devrait avoir recouvré une capacité de travail de 70% à compter du 1^{er} janvier 2004 ne se basait sur aucun élément objectif mais sur la simple hypothèse - non vérifiée - que c'était le laps de temps « théoriquement nécessaire » pour que l'état dépressif majeur attesté durant l'été 2003 diminue. Qui plus est, les conclusions de ce rapport étaient contredites tant par le Dr T_____ - dans un avis il est vrai peu motivé - que par le Dr U_____ - lequel avait de manière convaincante démontré que de nombreux problèmes somatiques avaient été soit sous-estimés, soit purement et simplement ignorés par le SMR. Par ailleurs, ce rapport concluait à l'existence d'un trouble somatoforme douloureux qui avait ensuite été nié par plusieurs médecins, au nombre desquels le Dr K_____, du SMR. Enfin, l'hypothèse selon laquelle l'état psychique de l'assuré se serait amélioré a en outre été infirmée par le Dr W_____, qui avait qualifié la psychopathologie du patient de « sévère ».

Quant au rapport du 18 mai 2006, il avait été relevé qu'il avait été confié, pour le volet psychiatrique, à la Dresse D_____. Or, dans un arrêt du 31 août 2007 (I 65/07), la IIe Cour de droit social du Tribunal fédéral a considéré qu'un rapport médical, élaboré dans le cadre d'un diagnostic de troubles somatoformes douloureux, signé par la Dresse D_____ avec l'indication "psychiatre FMH" ne pouvait se voir attribuer une pleine valeur probante, en raison d'une irrégularité d'ordre formel liée à l'utilisation d'un titre auquel le médecin ne pouvait prétendre. Notre Haute Cour a retenu qu'il n'était en conséquence pas possible de tirer d'un tel rapport des conclusions définitives sur l'état de santé d'un assuré, ni de fonder son appréciation uniquement sur cette pièce médicale. Pour le surplus, le Tribunal cantonal a constaté que les conclusions de la Dresse D_____ (troubles de l'humeur persistants) divergeaient pour le moins de celles émises par le Dr W_____ moins de deux mois auparavant.

C'est donc en vain que l'intimé invoque une fois de plus ces rapports pour étayer sa position. On relèvera à cet égard que le Tribunal fédéral non plus n'a pas jugé ces rapports suffisants puisqu'il a renvoyé la cause en première instance avec pour mission de mettre en œuvre une nouvelle expertise bi disciplinaire.

La première expertise bidisciplinaire ordonnée par le Tribunal cantonal ayant été réfutée par le Tribunal fédéral pour les raisons exposées plus haut, il convient à présent d'examiner quelle valeur probante peut être reconnue à la seconde, confiée aux Drs I_____ et H_____.

Les rapports de ces experts remplissent manifestement tous les réquisits posés par la jurisprudence en la matière. En effet, les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée et les rapports des deux experts se fondent sur des examens complets. Ils prennent en considération les plaintes exprimées et ont été établis en pleine connaissance du dossier. La description du contexte médical est claire et les conclusions des experts bien motivées. Les diagnostics sont par ailleurs précis et la discussion des experts, complétée lors de leur audition par la Cour de céans, est convaincante.

A cet égard, on relèvera que les insinuations de la Dresse J_____ selon lesquelles les experts ne se seraient pas véritablement concertés sur des conclusions communes, d'une part, selon lesquelles le Dr I_____ n'aurait pas pratiqué les consultations mentionnées dans son rapport, d'autre part, apparaissent pour le moins dénuées de tout fondement. Le Dr H_____ a expliqué que l'entretien téléphonique avec le Dr I_____ auquel il fait allusion dans son courrier du 11 octobre 2010 avait eu lieu quelques jours plus tôt ce qui explique que le Dr I_____ n'ait pu encore évoquer avec lui le premier des entretiens menés avec l'assuré. Quant à l'évaluation commune des experts, ces derniers s'en sont expliqués en audience. La Cour de céans ne peut que constater qu'il n'y a aucune raison de mettre leur parole en doute comme le fait le médecin du SMR.

On relèvera d'ailleurs que ce dernier se contredit lui-même: la Dresse J_____ soutient dans un premier temps que le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques ne serait pas suffisamment expliqué - ce qui ne correspond pas à la réalité, il suffit pour s'en convaincre de se rapporter au rapport d'expertise - alors qu'elle admet ensuite que les constatations objectives de l'expert permettent effectivement de conclure à ce diagnostic.

L'étonnement manifesté par la Dresse J_____ quant au fait que les deux experts précédents du SMR ne partagent pas les conclusions des experts désignés par le Tribunal cantonal n'a pas lieu d'être. Ainsi que cela a déjà été rappelé plus haut, c'est précisément parce que les conclusions de ces experts apparaissaient peu convaincantes qu'une expertise bidisciplinaire a été ordonnée. Les considérations ayant conduit précédemment le Tribunal cantonal à cette conclusion restent d'actualité, d'autant que les observations des psychiatres qui avaient jeté le doute sur ces rapports ont été corroborées par les Drs I_____ et H_____.

Pour répondre à une autre critique du SMR, on ne saurait non plus voir de contradiction entre le diagnostic retenu par le Dr I_____ et la description de

la vie quotidienne de l'assuré du Dr H_____ : il paraît en effet évident que le fait que l'assuré accompagne ses enfants à l'école ou encore soit capable de faire de petites promenades et quelques courses ne saurait en effet suffire à tirer des conclusions valables quant à sa capacité de travail.

On relèvera qu'en définitive la Dresse admet malgré tout une aggravation manifeste de l'état de santé somatique de l'assuré à compter de mai 2006 ainsi qu'une aggravation de son état psychique, qu'elle se refuse cependant à faire remonter à l'année 2003. Sur ce point, le Dr I_____ a expliqué que les documents médicaux font défaut pour la période de 2003 à 2005, année à partir du début de laquelle il a pu se montrer tout à fait catégorique quant à l'existence d'un état dépressif sévère attesté par le Dr T_____. Dans la mesure où il a été admis que jusqu'à la fin de l'année 2003, l'état de l'assuré était suffisamment sévère pour lui ouvrir droit à une rente entière, où les conclusions du rapport d'examens du 27 octobre 2004 ont été écartées faute de valeur probante pour les raisons déjà développées par le Tribunal cantonal des assurances dans son arrêt du 29 mai 2009, force est de constater qu'il n'a pas été établi au degré de vraisemblance prépondérante requis que l'état de l'assuré se serait effectivement amélioré entre la fin de l'année 2003 et le début de l'année 2005. Il y a dès lors il y a lieu de se ranger à l'avis de l'expert psychiatre lorsqu'il fait remonter le début de l'incapacité totale de travail à l'année 2001.

Eu égard aux considérations qui précèdent, la Cour de céans, convaincue par les arguments et explications des Drs I_____ et H_____, considère que leur rapport peut se voir accorder pleine valeur probante et qu'il convient d'en suivre les conclusions, à savoir une incapacité totale de travail, ininterrompue depuis 2001 sur le plan psychique.

En conséquence de quoi, le recours est admis et le droit à une rente entière d'invalidité reconnue à l'assuré au-delà du 31 mars 2004.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité est reconnu à Monsieur A _____ au-delà du 31 mars 2004.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour calcul des prestations dues.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 6'500 fr. à titre de dépens.
5. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
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; 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

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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