

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3009/2007

ATAS/465/2008

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 6**

**du 21 avril 2008**

En la cause

Monsieur M\_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE, CH

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue  
de Lyon 97, 1202 GENEVE

intimé

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

---

**EN FAIT**

1. M. M\_\_\_\_\_ (l'assuré) de nationalité suisse depuis le 18 janvier 2000, est marié depuis le 6 juin 1986. Il est entré en Suisse en 1979, comme réfugié politique roumain.
2. Il a acquis en Roumanie une formation de technicien vétérinaire et a travaillé en Suisse comme aide-laborantin puis, depuis 1984, il a exploité une agence matrimoniale, " X\_\_\_\_\_ ".
3. Du 13 au 30 novembre 1981, l'assuré a séjourné aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) où il a été diagnostiqué, dans un rapport du 16 décembre 1981, un état dépressif et des douleurs musculaires multiples probablement secondaires, sans pathologie physique pour l'origine des douleurs. Le patient se plaignait depuis une année de douleurs musculaires diffuses, d'insomnies, de dyspnée et de baisse de l'état général.
4. Du 28 juin au 26 juillet 1983, l'assuré a séjourné à la clinique générale de Montana où il a été diagnostiqué, dans un rapport du 1<sup>er</sup> août 1983, un état dépressif avec somatisation chez une personne anxieuse. Le bilan physique était normal.
5. Le 3 septembre 1985, l'hôpital St Louis de Lisbonne a attesté que l'assuré avait été soigné le 29 août 1985 par une amygdalite, une rhinite et une crise de rhumatisme polyarticulaire.
6. Selon plusieurs courriers de la Caisse cantonale genevoise de compensation, l'assuré a été exonéré de paiement des cotisations en raisons des périodes d'incapacité de travail suivantes pour des raison de santé:  
  
Du 15 janvier au 12 avril 1987  
Du 12 mars au 29 juin 1988  
Du 27 février au 31 mai 1989  
Du 21 septembre au 22 décembre 1989  
Du 2 mars au 5 juin 1990  
Du 23 juin au 31 octobre 1992
7. Du 27 février au 2 mars 2002, l'assuré a séjourné aux HUG où il a été diagnostiqué un syndrome obstructif pulmonaire chronique modéré et les comorbidités suivantes: polypose nasale, sinusite maxillaire chronique bilatérale, sinusite sphénoïade droite, status après fracture et ostéosynthèse de la cheville droite en février 2002.
8. Du 6 au 25 mars 2003, l'assuré a séjourné à la clinique générale de Montana. Le diagnostic principal était celui de syndrome obstructif (J44.9) avec les comorbidités suivantes : suspicion de SAS (G 47.3), hypercholestérolémie à index athérogène favorable (E 78.0), syndrome cervico-dorso-lombaire (M54.2/M 54.6), côlon irritable (K 58.9), prostatisme (N40), dépendance à l'alcool, consommation

régulière (F 10.24), tabagisme chronique (20 UPA) (F 17.24), status post-traumatisme de la cheville D. (Layite ligamentaire), status post-amygdalectomie

Le patient avait bénéficié de physiothérapie du dos et de l'épaule gauche et de physiothérapie respiratoire. Il était en phase de déni total au sujet de ses dépendances à l'alcool et à la nicotine.

9. Le 10 juin 2003, le Dr A\_\_\_\_\_, neurologie FMH, a relevé qu'il avait déjà examiné le patient en 1982-1983 et 1995. Il se plaignait depuis 20 ans de douleurs d'allure fibromyalgique au niveau des épaules, des genoux, des hanches, de la nuque, de maux de tête chroniques avec des vertiges, d'une grande fatigue et de troubles du sommeil et de l'humeur. Il n'y avait pas de substratum organique évident mais un côté hypochondriaque. Si invalidité il y avait, elle était d'origine psychiatrique.
10. Le 25 juin 2003, le Dr B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH maladies rhumatismales, a déclaré avoir examiné l'assuré à la demande du Dr C\_\_\_\_\_. Le patient se plaignait de douleurs partout entraînant une insomnie rebelle. Son examen confirmait l'hypothèse d'un syndrome douloureux chronique persistant.
11. Le 26 novembre 2004, l'assuré a déposé une demande de prestation de l'assurance-invalidité.
12. Le 6 décembre 2004, l'assuré a écrit à l'OCAI qu'il avait été malade depuis plus de 20 ans mais que sa santé s'était énormément aggravée ces dernières années.
13. Le 16 décembre 2004, le Dr B\_\_\_\_\_ a rendu un rapport médical AI.

Il n'était pas le médecin traitant de l'assuré mais l'avait examiné à trois reprises en 2003 et en 2004 à la demande de son médecin traitant, le Dr C\_\_\_\_\_ pour une évolution rhumatologique. Il pose les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail, de trouble somatoforme douloureux persistant sévère, état dépressif avec syndrome somatique (bronchopneumopathie chronique obstructive, syndrome d'apnées du sommeil, côlon irritable, prostatisme) et sans répercussion sur la capacité de travail de hypercholestérolémie, tabagisme chronique, dépendance à l'alcool, diabète léger. Status après traumatisme ancien de la cheville droite avec laxité ligamentaire traitée chirurgicalement en février 2002.

Le syndrome somatoforme douloureux chronique sévère, résistant aux diverses thérapeutiques est associé à une arthrose dorsolombaire modérée et coxarthrose droite débutante, une affection psychiatrique de longue date ainsi que différentes affections somatiques également chroniques. Il était en incapacité de travail totale depuis le 10 janvier 2003 et l'ensemble des affections entraînait une invalidité totale et définitive.

14. Le 10 janvier 2005, le Dr C\_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail totale depuis le 10 janvier 2003.

Il présentait depuis 1982 les maladies suivantes par ordre de gravité:

- Syndrome obstructif bronchique avec des infections bronchopulmonaires répétées, des expectorations blanchâtres permanentes et un VEMS très inférieur à la normale.
- Asthénie, syndrome de fatigue chronique et une diminution de la force musculaire.
- Dyspnée accentuée par le tabagisme chronique et la dépendance à l'alcool (spécialement de la bière).
- Bronchite chronique asthmatiforme et tabagique accompagnée d'une forte éosinophilie. Plusieurs fois des sevrages alcoolo-tabagiques ont été tentés mais sans résultat.
- Dyspnée paroxystique nocturne.
- Syndrome d'apnées du sommeil accentué par les maladies citées ci-dessus.
- Fibromyalgie (douleurs péri-articulaires).
- Lombosciatalgie récidivante, parfois invalidante.
- Le blocage lombaire est souvent invalidant. Il existe aussi une cyphose dorsale et séquellaire post-maladie de Scheuermann, modificatrice, dégénérative et une coxarthrose droite.
- Dépression nerveuse s'accompagnant par des insomnies, de la nervosité, des vertiges, un manque de concentration et de l'attention, des migraines continues et rebelles, des troubles de mémoire; ce qui rend impossible la participation au cours de réadaptation professionnelle.
- Névralgies cervico-brachiale avec des torticolis fréquents à droite, des troubles somatoformes douloureux persistant sévères.
- HTA oscillante.
- Gonalgie bilatérale avec troubles de la marche.
- Status post-fracture bimalléolaire droite de type Weber B avec déplacement et ostéosynthèse et laxité ligamentaire.
- Rhumatisme polyarticulaire chronique.
- Hépatite chronique sur troubles médicamenteux et alcoolique.
- Gastrite chronique érosive.

- Obésité (BMI = 33Kg/m2).
- Hernie ombilicale.
- Syndrome du côlon irritable.
- Prostatisme et nycturie.
- Hypoacousie gauche.
- Troubles alimentaires.
- Diabète de type II.
- Kyste thymique.

En conclusion, l'assuré se trouvait dans une situation critique. Ses maladies le rendait pratiquement comme invalide, irrécupérable et il avait essayé de faire un recyclage professionnel mais pour le moment sans succès. On ne pouvait exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité.

15. Le 17 mai 2005, le Dr D\_\_\_\_\_, psychiatrie-psychothérapie FMH, a rendu un rapport médical AI. Il pose les diagnostics de Mélancolies F 32.2 et les comorbidités suivantes:

- Suspicion de syndrome d'apnée du sommeil G 47.3
- Syndrome obstructif du poumon droit J 44.9
- Hypertension artérielle 1.10
- Surcharge pondérale (BMI 27 kg/m2)
- Hypercholestérolémie E 78.0
- Rachialgies diffuses M 54.9
- Coxarthrose débutante à droite M 16.1
- Hernie ombilicale K 42.9
- Prostatisme N 40
- Hypoacousie gauche H 91.9
- Tabagisme chronique (21 UPA) F 17.24
- Status post-traumatisme de la cheville droite
- Status post-amygdalectomie

L'état de l'assuré s'aggravait. Il suivait celui-ci depuis le 23 février 2005. Le tableau clinique était caractérisé par de la tristesse, asthénie, adynamie, anhédonie, anxiété, réminiscences, vertiges, désarroi, évitement des contacts affectifs. Aboulie aпроsexie, apragmatisme. L'ancienne activité était exigible à 50%, comme celle de manoeuvre de 25 à 50% avec diminution de rendement. Dans le questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques de l'AI, le Dr D\_\_\_\_\_ indique que les affections dont souffre l'assuré entraînent une incapacité de travail de 100%.

16. Le 2 août 2005, le Dr E\_\_\_\_\_ a rempli un rapport médical AI dans lequel il indique avoir traité l'assuré du 13 mai 2003 au 7 février 2005, soit 22 séances.

Il diagnostique une dysthymie F 34.1, une dépendance à l'alcool F 10.24, et du tabagisme chronique F 17.24.

L'atteinte à la santé empêchait toute activité professionnelle. Aucune autre activité n'était exigible en raison de l'alcoolisme.

17. Du 5 au 19 avril 2006, l'assuré a séjourné au service de rhumatologie des HUG en raison d'arthralgies et de myalgies diffuses. Le diagnostic posé est celui de fibromyalgie, BPCO avec VEMS à 2,3 litres, polypose nasale, sinusite chronique, status post-fracture et ostéosynthèse de la cheville droite en février 2002, hypertrophie bénigne de la prostate.

L'assuré présentait des arthralgies et des myalgies diffuses prédominant dans les cuisses, les mollets, les épaules, les chevilles et les genoux. C'étaient des douleurs mécaniques mais qui diminuaient considérablement la qualité de son sommeil. Les arthralgies n'avaient jamais été associées à une tuméfaction ou à une inflammation des articulations.

18. Le 9 janvier 2007, les Drs F\_\_\_\_\_, rhumatologie FMH, et G\_\_\_\_\_, psychiatrie-psychothérapie FMH, ont rendu un rapport médical à la suite de l'examen de l'assuré du 12 décembre 2006. Ils relèvent que:

"L'assuré rapporte des douleurs dans les deux cuisses, dans les deux bras, dans le dos, dans la nuque et au front. Il décrit des troubles de l'endormissement, des réveils précoces, un appétit stable et une diminution de la vie sexuelle (diminution de la libido, douleurs). Il indique une fatigue chronique, un épuisement, une perte de l'énergie et une diminution de la volonté. Il rapporte une tristesse (sans pôle matinal), accompagnée de pleurs. Il relève des troubles de la concentration et de la mémoire (oublis). Il dit ne pas s'adresser de reproches ni d'avoir d'idées de mort. Cependant, il rapporte une absence d'envie de vivre et une perte d'espoir par rapport aux douleurs (il ne croit pas en la perspective de souffrir moins un jour). Il déclare avoir peu d'activités qui lui font plaisir (parler avec ses amis au café, s'occuper de son lapin). Il décrit des ruminations sur sa situation actuelle et des moments d'anxiété, toujours liés à des situations ou des nouvelles. Il déclare en outre, une diminution de la confiance en lui."

Les diagnostics posés sont les suivants:

- avec répercussion sur la capacité de travail: rachialgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec suspicion de maladie de Forestier débutante. M 54, coxarthrose bilatérale modérée M16, polyneuropathie sensitive des membres inférieurs et troubles de la coordination probablement d'origine éthylique, bronchopneumopathie obstructive, Dysthymie F34.1.

Ils diagnostiquent sans répercussion sur la capacité de travail: une Fibromyalgie. M79.0 et des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool. Syndrome de dépendance F10.2.

"La perte de contrôle de la consommation d'alcool se situe à il y a 10 ans environ et a atteint 5 litres de bière par jour. L'assuré a consommé de manière excessive pour calmer ses douleurs, du fait qu'il était seul à la maison et pour se donner du courage lorsqu'il avait des soucis. Au sens de l'AI, il s'agit d'une consommation primaire (elle n'est pas secondaire à une maladie psychiatrique). Depuis trois mois environ et avec le soutien de son médecin généraliste (prescription de Seresta et vitaminothérapie), il explique avoir diminué la consommation à 2,5 litres par jour. Anamnestiquement, cette consommation n'a actuellement lieu que pendant la matinée. Au moment de l'examen au SMR, il n'y avait pas de signes d'imprégnation alcoolique (difficultés d'élocution, incoordination, foetor alcoolique) et hormis un tremblement à peine perceptible, il n'y avait pas de signe de sevrage (assuré tranquille). Cet alcoolisme primaire persistant n'a pas laissé de séquelles neuropsychologiques, dans la mesure où Monsieur M\_\_\_\_\_ ne présente pas de troubles de la mémoire à court terme ni de désorientation. Il n'y a pas non plus de séquelles psychiatriques (absence de confabulation)."

Le diagnostic de dysthymie était incapacitant et entravait entièrement l'activité habituelle, une activité adaptée était possible à 50%, avec peu de responsabilités, peu d'exigence et sans travail administratif. Cette dysthymie avait précédé le début de la consommation d'alcool. L'assuré souffre d'un fibromyalgie. Concernant les critères de gravité retenus par le Tribunal fédéral des Assurances pour cette affection, la diminution de l'énergie, les troubles de la concentration, le ralentissement et la diminution de la confiance en soi atteignent une importance suffisante pour être incapacitante. La capacité de travail est nulle dans l'activité habituelle de propriétaire d'une agence matrimoniale et de 40% dans une activité adaptée aux nombreuses limitations somatiques et psychiatriques pour autant qu'elle existe.

19. Le 11 janvier 2007, le Dr H\_\_\_\_\_ du SMR a confirmé l'incapacité de travail totale pour raisons psychiatriques dans l'activité antérieure et une exigibilité de 40% depuis janvier 2007 dans une activité adaptée. Ils relèvent que les pathologies associées du ressort de l'AI et influençant la capacité de travail étaient celles de rachialgies sur troubles statiques et dégénératifs du rachis, coxarthrose bilatérale,

polyneuropathie des MI, et BPCO. La fibromyalgie était indiquée comme diagnostic associé non du ressort de l'AI.

20. Du 18 janvier au 5 février 2007, l'assuré a séjourné à la clinique genevoise de MONTANA où un trouble somatoforme douloureux F45.4 a été principalement diagnostiqué ainsi qu'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère. Le rapport du 12 février 2007 relève que l'assuré "revient dans notre Établissement avec sa plainte de douleurs chroniques. Il s'est bien investi dans son programme de physiothérapie et il a constaté les bienfaits de la fangothérapie. Par ailleurs, il a reçu des conseils pratiques concernant la statique et la dynamique de son dos. Il reste bien entendu, que la problématique majeure, c'est la dimension psychologique dans la poussée de son trouble somatoforme. Le cadre de la clinique et les liens avec les autres patients ont permis une amélioration de la thymie".
21. Selon une note de travail du 23 janvier 2007 de l'OCAI, l'assuré est considéré comme ayant un statut d'indépendant.
22. Le 7 mars 2007, le service des enquêtes de l'OCAI a rendu un rapport d'enquête pour activité professionnelle indépendante.

Il relève que "le chiffre d'affaire moyen pour les années 1995 à 1998 est de 20'335 fr. et le revenu moyen est de 13'066 fr. Selon ses dires, et suite à ses problèmes de santé qui ont débuté avant 2003, il a considérablement diminué son activité, et il a continué à travailler de façon irrégulière car il n'avait pas d'assurance perte de gain. Pour cette raison et bien que l'atteinte à la santé n'était pas encore invalidante, pour la détermination du revenu avant invalidité nous ne prenons pas en considération les années 1999 à 2002".

Il fixe le revenu hypothétique sans invalidité de l'assuré à 14'158 fr. soit 13'066 fr. sur la base des bouclements des comptes 1995 à 1998 + 1093 fr. d'indexation.

23. Le 19 avril 2007, la réadaptation professionnelle a établi un degré d'invalidité nul, fondé sur la comparaison du revenu sans invalidité de 14'158 fr. avec un revenu d'invalidité à 40% (après déduction de 25%) de 17'177 fr.
24. Par projet de décision du 23 avril 2007, l'OCAI a rejeté la demande de prestation en constatant que le degré d'invalidité était de 0%.
25. Le 25 avril 2007, l'assuré a informé l'OCAI que dès le 1<sup>er</sup> juin 2007 son épouse serait au chômage.
26. Le 15 mai 2007, le Dr C\_\_\_\_\_ a attesté que la dépression nerveuse devenait de plus en plus grave et était soutenue par des autres maladies qui s'aggravaient au fur et à mesure. Le patient était découragé, avec des idées suicidaires.
27. Le 17 mai 2007, l'assuré a requis de l'OCAI une rente, même modeste.

28. Le 25 juin 2007, le Dr H\_\_\_\_\_ a estimé qu'il n'y avait pas lieu de modifier la position du SMR.
29. Par décision du 13 juillet 2007, l'OCAI a rejeté la demande de prestations.
30. Le 4 août 2007, l'assuré a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales à l'encontre de cette dernière décision.

Il fait valoir qu'il a commencé à être malade le 15 janvier 1987 avec des douleurs et de la dépression, puis sa santé s'est dégradée et il a été malade plusieurs mois par année de 1996 à 2001, avec une baisse de ses revenus. Le SMR ayant constaté une incapacité de travail de 80%, il avait droit à un  $\frac{3}{4}$  de rente. Actuellement, il présentait une très forte dépression, avec des vertiges, des crises de panique, de fortes douleurs au dos et restait toute la journée allongé sur le canapé.

Il demandait une rente entière, au vu de sa santé et de son âge. Il a transmis un certificat du Dr C\_\_\_\_\_ du 27 juillet 2007 selon lequel l'assuré était le cas le plus compliqué et présentait un cumul des maladies les plus rares sur les 50 années de sa pratique de la médecine.

31. Le 2 octobre 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours en relevant que le Dr C\_\_\_\_\_ ne faisait état d'aucun élément nouveau dans son dernier certificat et a produit un avis du SMR du 1<sup>er</sup> octobre 2007 selon lequel la position du SMR n'était pas modifiée par le dernier avis du Dr C\_\_\_\_\_.
32. Les 31 octobre et 7 novembre 2007, le recourant a écrit au Tribunal de céans qu'une employée de l'AI lui avait dit qu'il aurait droit à une "rente mensuelle de 1'000 fr. et quelque chose" et qu'étant incapable de travailler il avait de la chance d'être épaulé par son épouse. Il a transmis des courriers envoyés à l'OCAI. Il pensait avoir été dénoncé à l'AI par un tiers.
33. Le 3 décembre 2007, le Tribunal de céans a confié une expertise au Dr I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
34. Le 18 février 2008, le Dr I\_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise dans lequel il diagnostique un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (sous traitement), des traits de personnalité anxieux-évitants et un probable syndrome de dépendance à l'alcool.  
  
Il n'y avait aucune amélioration à attendre à court ou moyen terme. La situation s'était manifestement dégradée de manière importante en 2002 et avait abouti à une incapacité de travail complète dès janvier 2003.
35. Le 25 février 2008, le recourant a indiqué qu'il n'avait pas d'observation à faire au sujet de l'expertise.

36. Le 20 mars 2008, l'OCAI a conclu à l'admission du recours en se fondant sur un avis du SMR du 14 mars 2008 et proposé l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004.

La Dresse MUNSCH dans l'avis précité a relevé qu'il convenait de confirmer l'incapacité de travail totale depuis janvier 2003 et nier celle admise à 50% par l'expert depuis 1987, dès lors qu'aucun médecin n'avait attesté cette dernière.

37. Le 30 mars 2008, le recourant a requis, en sus d'une rente, le remboursement de la prime d'assurance pour lui-même et son épouse, et relevé que son incapacité de travail de 50% depuis 1987 était avérée, contrairement à l'avis du SMR.

38. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Par ordonnance du 3 décembre 2007, le Tribunal de céans a déclaré le recours recevable.
2. L'objet du litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, étant précisé que la demande de remboursement des primes d'assurance-maladie ne fait pas partie de la décision litigieuse.
3. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).
4. a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.».

Selon la lettre f des dispositions finales de la modification du 21 mars 2003, les rentes entières en cours perçues au titre d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à 66 <sup>2/3</sup> % continuent d'être versées, après l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales, à tous les rentiers qui, à ce moment là, ont atteint l'âge de 50

ans. Toutes les autres rentes entières perçues au titre d'une invalidité inférieure à 70 % font l'objet d'une révision dans le délai d'un an dès l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions.

b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

L'existence d'une incapacité de gain durable (art. 29 al. 1 let. a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Une atteinte originellement labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références ; VSI 1999 p. 81 consid. 1a).

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

b) Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

6. En l'espèce, l'expertise du Dr I \_\_\_\_\_ remplit tous les critères jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

L'expert conclut à une dégradation de la situation en 2002 aboutissant à une incapacité de travail totale dès janvier 2003. Antérieurement, il émet l'hypothèse, uniquement probable, de l'existence d'une incapacité de travail à 50%. Il convient ainsi de se fonder sur la conclusion claire et précise de l'expert relative à une incapacité de travail totale avérée dès janvier 2003, conclusion à laquelle l'intimé a adhéré. Conformément à la proposition de celui-ci, une rente entière de l'assurance-invalidité est ainsi due au recourant dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004 (art. 29 al. 1 LAI), fondée sur un degré d'invalidité de 100% et une demande de prestations du 26 novembre 2004.

7. En conséquence, le recours sera admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que le recourant a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004.
8. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

Un émolument de 500 fr. sera ainsi mis à la charge de l'OCAI qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimé du 13 juillet 2007.
4. Dit que Monsieur M\_\_\_\_\_ a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004.
5. Condamne l'OCAI à payer un émolument de 500 fr. .
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Nancy BISIN

La présidente

Valérie MONTANI

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