

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3146/2008

ATAS/1088/2009

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 6**

**du 31 août 2009**

En la cause

Monsieur B \_\_\_\_\_, domicilié à Genève, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître CHEVALIER Suzette

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Georges ZUFFEREY, Président suppléant; Teresa SOARES et Luis ARIAS,  
Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Monsieur B \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), ressortissant turc né en 1952, est entré en Suisse en novembre 1989, titulaire d'une autorisation de séjour B Il est marié et père de sept enfants; son épouse et ses enfants sont domiciliés en Turquie. L'assuré a travaillé dans divers restaurants depuis 1989 puis comme garçon d'office pour Autogrill Suisse.
2. Dans un rapport du 19 septembre 1996, le Dr L \_\_\_\_\_, médecin psychiatre au Centre de psychologie clinique (CPC) et Monsieur C \_\_\_\_\_, psychologue, responsable du CPC, ont attesté qu'ils suivaient l'assuré en raison d'un traumatisme profond fort significatif ainsi que de somatisations et d'une grande angoisse de caractère; il avait été victime d'agressions physiques et de pressions psychologiques ayant favorisé un sentiment d'insécurité.
3. Le 9 août 2002, l'assuré a été victime d'un accident sur son lieu de travail; il a reçu deux plateaux sur l'épaule gauche. L'accident a été annoncé à la WINTERTHUR ASSURANCES, assureur-accidents de l'employeur.
4. Dans un rapport du 27 août 2002, le Dr M \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique au Centre médical du Léman, a constaté une fracture du trochiter humérus gauche le 12 août 2002 et attesté d'une incapacité de travail totale depuis le jour de l'accident.
5. En date du 6 juin 2003, le Dr N \_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie et chirurgie, a rendu, à la demande de l'assurance-accidents, une expertise. L'examen s'était déroulé en présence d'un ami interprète, l'assuré ne parlant pas français. Celui-ci se plaignait de douleurs aux deux épaules, dans la région lombaire et "partout" ainsi que d'une diminution de la mobilité. L'expert a posé les diagnostics de status après fracture non déplacée de la grosse tubérosité de l'humérus gauche et de tendinopathie de la coiffe des rotateurs (à gauche calcifiante) au niveau des deux épaules. La fracture non déplacée de la grosse tubérosité de l'humérus gauche était parfaitement consolidée et en bonne position. Les douleurs étaient d'origine dégénératives au niveau des deux épaules. Les conséquences de l'accident s'étaient éteintes six mois après la fracture soit à fin janvier 2003. Actuellement, un état maladif pluri-symptomatique (affection intestinale, vésicale, état dépressif) était responsable de l'incapacité de travail.
6. Par décision du 15 septembre 2003, la WINTERTHUR ASSURANCES a cessé le paiement des indemnités journalières au 30 juin 2003. L'assuré a formé opposition à cette décision, opposition qui a été rejetée par décision du 8 mars 2004 de l'assurance-accidents.

7. En date du 26 juillet 2004, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. L'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) a réuni à ce titre diverses attestations médicales.
8. Dans un rapport du 29 novembre 2004, le Dr O \_\_\_\_\_, généraliste et médecin traitant, a diagnostiqué un état anxiodépressif moyen avec troubles somatoformes depuis 2001, une omalgie bilatérale sur rupture partielle depuis 2002 et une hyperplasie prostatique avec symptomatologie urinaire gênante depuis 2002. Le pronostic était réservé. L'assuré avait tenté sans succès de reprendre le travail à plusieurs reprises. L'incapacité de travail était totale en raison des multiples somatisations sur état anxiodépressif.
9. Dans un rapport du 26 septembre 2005, la Dresse P \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, a attesté d'un état anxiodépressif avec somatisation. Depuis le 1<sup>er</sup> août 2003, l'incapacité de travail était totale mais une capacité serait possible, par exemple, comme surveillant.
10. En date du 30 novembre 2006, l'assuré a été soumis à un examen rhumatologique et psychiatrique au Service médical de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR) conduit par les Drs Q \_\_\_\_\_, médecine physique et rééducation, et R \_\_\_\_\_, psychiatre, lesquels ont rendu un rapport le 26 février 2007. Ces médecins ont posé les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail : cervico-scapulalgies bilatérales diffuses dans le cadre d'un status post-fracture non déplacée du petit trochiter gauche, tendinopathie non calcifiante bilatérale de la coiffe des rotateurs et léger syndrome lombaire dans le cadre d'un trouble statique et d'une importante insuffisance posturale. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient les suivants : obésité, probable gastrite chronique, status post-cure de hernie ombilicale en 2005, status post-opération de la prostate en 2004, status post-amygdalectomie en 2001, hypertension artérielle traitée et difficultés liées à l'acculturation. L'assuré ne souffrait d'aucune atteinte d'ordre psychiatrique, en particulier d'anxiété ou de dépression, hormis de difficultés liées à son acculturation, et cela nonobstant une hospitalisation à Belle-Idée de deux mois en 2003 à la suite d'une rixe avec d'anciens collègues de travail, motivée par un état d'agitation et de violence. Sur le plan strictement psychiatrique, l'assuré n'avait aucune limitation fonctionnelle. Sur le plan ostéoarticulaire, l'assuré ne pouvait pas effectuer des travaux prolongés en flexion-abduction des bras de plus de 60° et des mouvements répétitifs. Il fallait également éviter une position statique prolongée debout, en rotation-flexion du tronc et en porte-à-faux. Le port de charges était limité à 10 kilos occasionnellement. La capacité de travail comme garçon d'office était de 50 % et dans une activité adaptée de 100 %, dès le 1<sup>er</sup> mars 2003.

11. Dans un rapport du 13 septembre 2007, le Service de réadaptation professionnelle de l'OCAI a retenu un degré d'invalidité nul, fondé sur un revenu sans invalidité de 43'276 fr. et un revenu d'invalidité de 49'143 fr.
12. Par projet de décision du 20 novembre 2007, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré.
13. Par courrier du 21 décembre 2007, l'assuré s'est opposé à ce projet de décision, faisant valoir que les diagnostics du SMR étaient incomplets car ils ne mentionnaient pas le trouble dépressif récurrent, l'hypertension, l'hernie inguinale bilatérale et l'hyperplasie de la prostate. Dans un mémoire complémentaire du 22 janvier 2008, il a notamment transmis les pièces suivantes :
  - Un avis de la Dresse P\_\_\_\_\_ du 18 janvier 2008 posant les diagnostics suivants : syndrome douloureux somatoforme persistant, trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, hypertension artérielle, dyslipidémie, BPCO sur tabagisme avec des exacerbations aiguës itératives, obésité (BMI 32), constipation chronique avec ballonnement abdominal, larmoiement chronique sur rétrécissement des canalicules lacrymales, hernie inguinale bilatérale, hyperplasie de la prostate, prostatite chronique non bactérienne et status post-cure de hernie ombilicale et de la ligne blanche en 2005. Elle a relevé que le problème primordial de l'assuré était de multiples plaintes douloureuses dans le contexte d'un syndrome douloureux chronique de type fibromyalgique et un trouble dépressif récurrent associé. Le diagnostic était par ailleurs approuvé par le Dr S\_\_\_\_\_, rhumatologue, et les médecins du Centre multidisciplinaire d'étude et du traitement de la douleur des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après les HUG). Dans ce contexte, une expertise psychiatrique pourrait se discuter.
  - Un rapport du Dr S\_\_\_\_\_ du 21 décembre 2006, selon lequel ce médecin avait l'impression d'un syndrome douloureux chronique, éventuellement fibromyalgique et a suggéré des examens complémentaires avant de confirmer ce diagnostic.
  - Un rapport du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG du 26 février 2007 relevant que l'assuré présentait un syndrome douloureux somatoforme et un trouble dépressif récurrent avec épisode actuel moyen.
14. Dans un rapport du 4 février 2008, la Dresse T\_\_\_\_\_ du Département de psychiatrie des HUG, a attesté d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique et troubles somatoformes sans précision, entraînant une incapacité totale de travail.
15. Dans un avis sans examen clinique du 28 février 2008, la Dresse U\_\_\_\_\_ du SMR a relevé qu'elle n'avait pas d'élément à l'examen clinique pour confirmer le diagnostic d'un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne posé par les experts,

---

mais qu'il convenait de demander un rapport complet à la Dresse T\_\_\_\_\_ et au médecin-traitant pour évaluer l'existence d'une aggravation de l'état de santé.

16. Dans un rapport du 29 mai 2008, la Dresse T\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique et un trouble somatoforme sans précision. Elle suivait le patient depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2007. L'incapacité de travail était totale depuis mai 2007. Le patient présentait des éléments de la lignée dépressive avec une thymie triste, un découragement, une asthénie importante, de multiples plaintes de type somatique, une diminution de son élan vital et une anhédonie. Une symptomatologie anxieuse était présente, avec irritabilité décrite par le patient, sans idéation suicidaire ni de troubles psychotiques.
17. Dans un avis sans examen clinique du 1<sup>er</sup> juillet 2008, la Dresse U\_\_\_\_\_ a estimé que le trouble dépressif était réactionnel à l'accident de voiture en Turquie dans lequel les deux frères de l'assuré avaient trouvé la mort. Ce trouble accompagnait le syndrome douloureux. Il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique invalidante, ni de perte d'intégration sociale, ni d'atteinte à la santé sans rémission durable. Le phénomène d'acculturation était prépondérant. Il n'était pas possible d'évaluer un état psychique cristallisé en l'absence d'évaluation psychodynamique et tous les traitements n'avaient pas été tentés pour améliorer la perception douloureuse. Le trouble somatoforme indifférencié, s'il était retenu, n'était de toute façon pas incapacitant et les conclusions du SMR des 30 novembre 2006 et 14 mars 2007 restaient valables.
18. Par décision du 3 juillet 2008, l'OCAI a confirmé son projet de décision du 20 novembre 2007.
19. Par courrier du 2 septembre 2008, l'assuré a recouru à l'encontre de cette décision auprès du Tribunal de céans, concluant préalablement à l'ordonnance d'une expertise psychiatrique et, principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il a contesté les diagnostics retenus par le SMR. Il existait une comorbidité psychiatrique au trouble somatoforme douloureux, soit un trouble dépressif récurrent qui s'était déjà manifesté en 2002, occasionnant un séjour à Belle-Idée et qui était confirmé par les Drs T\_\_\_\_\_, P\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_. Il existait des affections corporelles chroniques et un processus maladif, soit la gastrite chronique et l'hypertension, depuis plusieurs années. La perte d'intégration sociale était attestée par la Dresse T\_\_\_\_\_ comme l'état psychique cristallisé. Les traitements avaient échoué. Ainsi, il y avait assez d'éléments pour constater qu'il n'avait plus de capacité de travail.
20. Dans un rapport du 29 septembre 2008, la Dresse T\_\_\_\_\_ a confirmé l'existence d'un trouble dépressif récurrent avec un suivi à la consultation depuis mai 2007. Elle a relevé : "L'exploration psychodynamique met en évidence des

éléments : difficultés de relation interpersonnelle. Le patient a par ailleurs peu de relations avec sa famille d'origine en Turquie ainsi qu'en Suisse, hormis une amie qu'il voit régulièrement, il a une vie affective plutôt pauvre. Sur le plan de la mentalisation on note une limitation qui peut apparaître dans un premier temps en lien avec une difficulté de langage et une acculturation. Au fil des entretiens, apparaissait clairement une difficulté de communication. Les différents éléments d'expression étant focalisé sur les plaintes somatiques ce qui pourrait nous laisser évoquer par ailleurs des traits de personnalité anankastique. Il paraît souhaitable au vu des éléments signalés et du rapport médical du SMR d'envisager une évaluation approfondie dans un mandat d'expertise de l'état psychique".

21. Dans un avis sans examen clinique du 13 octobre 2008, le Dr V\_\_\_\_\_ du SMR a estimé qu'il n'y avait rien de nouveau du point de vue médical de sorte qu'une nouvelle expertise n'était pas nécessaire.
22. Dans sa réponse du 3 novembre 2008, l'intimé a conclu au rejet du recours en rappelant que l'examen du SMR était probant et que toutes les atteintes avaient été prises en compte.
23. Dans une réplique du 11 novembre 2008, le recourant a observé que l'expertise SMR du 26 février 2007 était en contradiction avec les avis des autres médecins, notamment des spécialistes en psychiatrie, ce qui justifiait l'ordonnance d'une expertise.
24. Au vu des éléments au dossier, le Tribunal de céans a décidé de commettre un expert psychiatre en la personne Dr W\_\_\_\_\_ (cf. ordonnance d'expertise du 23 février 2009).
25. En date du 11 avril 2009, l'expert a rendu son rapport d'expertise. Il a exposé qu'il avait rencontré le recourant à deux reprises en présence d'une interprète. L'expert a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique. Les diagnostics différentiels étaient les suivants : épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique, trouble de la personnalité de type schizoïde et modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique. Il y avait en outre de nombreux diagnostics somatiques dont plusieurs entravaient sans aucun doute la capacité de travail. L'expert n'avait pas retenu de syndrome somatoforme douloureux dans la mesure où l'expertisé présentait précisément de nombreuses affections potentiellement douloureuses (discopathie, coxarthrose, lésions des épaules des deux côtés, prostatite chronique, constipation et ballonnements, status après plusieurs opérations abdominales). Les problèmes psychosociaux n'étaient pas suffisamment importants pour être considérés comme la cause essentielle du trouble, comme l'exigeait la CIM-10. L'expertisé semblait toujours avoir eu des difficultés relationnelles et il avait évolué en solitaire, ce qui ne l'avait pas empêché de travailler à son arrivée en Suisse durant plusieurs années. Sa situation

psychosociale précaire actuelle était plutôt la conséquence que la cause de son arrêt de travail. L'expert a précisé que pour qu'il y ait un trouble dépressif qualifié de récurrent, il fallait qu'il y ait eu au moins deux épisodes dépressifs. Dans le cas de l'assuré, plusieurs périodes dépressives avaient été diagnostiquées par le passé entre 1999 et 2001, en 2004, 2005, 2007 et 2008. Il n'était cependant pas exclu qu'il ne s'agisse en réalité que d'un seul épisode dépressif qui s'étendait sur plusieurs années sans véritable phase de rémission. Dès lors, le diagnostic approprié serait celui d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, retenu comme diagnostic différentiel. L'épisode dépressif actuel était jugé moyen car l'état psychique de l'expertisé remplissait les critères de ce diagnostic : humeur dépressive, augmentation de la fatigabilité, diminution de la concentration et de l'attention, idées de dévalorisation, attitude pessimiste face à l'avenir, idées suicidaires et perturbation du sommeil. Il ne s'agissait en aucun cas d'un trouble purement réactionnel en raison de la longue durée du trouble dépressif. L'assuré était un homme aux ressources psychiques et intellectuelles sévèrement limitées. Son parcours de vie était semé de difficultés qu'il n'avait pas su franchir de manière satisfaisante. Il semblait avoir eu des difficultés relationnelles de manière constante, privilégiant l'isolement social et le repli sur soi aux relations. Il semblait probable que son état psychique se soit détérioré entre 2001 et 2002 selon les avis des médecins traitants. L'observation des médecins du SMR était clairement tronquée, puisqu'elle ne tenait pas compte des prises en charge psychiatrique antérieures ni des traitements psychotropes administrés par le passé ni des ressources affectives et cognitives minimales. L'assuré n'avait clairement pas les ressources nécessaires pour surmonter les entraves objectives sur le plan de sa santé psychique et physique. Vu le peu de capacité de mentalisation et d'introspection de l'expertisé, une approche psychothérapeutique était illusoire. Une amélioration paraissait peu probable. L'assuré présentait une incapacité totale de travail, selon toute vraisemblance définitive. Enfin, l'expert a expliqué pourquoi il s'éloignait des conclusions des médecins du SMR et pourquoi il rejoignait celles de la Dresse T\_\_\_\_\_.

26. Dans ses observations du 30 avril 2009, le recourant s'est référé à l'expertise psychiatrique judiciaire, concluant, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 26 juillet 2003.
27. Dans ses observations du 11 mai 2009, l'OCAI, concluant au rejet du recours, s'est référé à l'avis du SMR du 6 mai 2009. Selon cet avis, l'expertise comportait des faiblesses. Les diagnostics n'étaient pas clairs, en particulier l'évocation de diagnostics différentiels - qui ne constituaient pas des diagnostics définitifs certifiés - et les éléments retenus pour justifier l'incapacité de travail totale peu explicites. L'état dépressif existait selon l'expert depuis 1999 mais l'assuré avait travaillé jusqu'en 2001 ou 2002, date de l'accident. Donc cet état variait, et il était probable que lors de l'examen du SMR de 2008, il ne justifiait pas d'incapacité de travail. Enfin, l'OCAI sollicitait de l'expert des éclaircissements sur ces différents points.

28. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.
3. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006, apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal fédéral des assurances (art. 132 al. 2 et 134 OJ). Le présent cas est soumis au nouveau droit, du moment que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Ces principes de droit intertemporel commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision du 3 juillet 2008 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LAI pour la période postérieure.

4. a) Il convient en l'occurrence de déterminer le droit aux prestations du recourant, singulièrement le droit à une rente d'invalidité.

b) Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1<sup>er</sup> LPGA).

Selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01).

Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI en liaison avec l'art. 8 LPGa, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine*).

c) Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % 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. L'entrée en vigueur de la 4<sup>ème</sup> révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGa ou de la 4<sup>ème</sup> révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2 et du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

Selon l'art. 29 al. 1<sup>er</sup> LAI dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2003 au 31 décembre 2007, 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). Conformément à l'art. 29 al. 2 LAI, la rente est allouée dès le début du mois au cours duquel le droit à la rente a pris naissance, mais au plus tôt dès le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré.

d) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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 sont raisonnablement exigibles de la part 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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a ainsi posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss. consid. 3).

Le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci 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).

Le juge des assurances sociales 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. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

5. En l'occurrence se trouvent au dossier des rapports des médecins traitants, notamment de la Dresse T \_\_\_\_\_, un examen bidisciplinaire du SMR de novembre 2006, des avis du SMR et une expertise du Dr W \_\_\_\_\_ d'avril 2009. Il convient dès lors d'examiner la valeur probante de cette expertise judiciaire.

L'expert a procédé à une analyse du dossier et à des anamnèses; il a pris en compte les plaintes de l'expertisé et s'est livrée à une discussion (observations), a répondu de manière claire et circonstanciée aux questions qui lui étaient posées, notamment s'agissant des diagnostics et de la capacité de travail. Enfin, ses conclusions sont motivées et dépourvues de contradiction. Enfin, l'expert explique en quoi il se distancie de l'avis de la Dresse U \_\_\_\_\_. Partant, cette expertise répond à tous les réquisits pour lui voir attribuer pleine valeur probante. Ainsi, les conclusions claires et convaincantes de l'expert seront suivies par le Tribunal de céans. En effet, les critiques du SMR à l'égard de l'expertise judiciaire ne convainquent pas et ne sont pas de nature à remettre en causes ses conclusions. Dès lors, il y a lieu de tenir pour établi que le recourant ne présente pas de capacité de travail sur le plan psychiatrique. L'expert a précisé que l'état psychique s'était probablement détérioré entre 2001 et 2002; dès lors l'incapacité de travail pour raison psychique daterait de cette époque. Cependant, le recourant a travaillé

jusqu'à la date de son accident en août 2002 et il convient dès lors de prendre cette date comme début de l'incapacité de travail totale pour raisons psychiatriques, selon le principe de vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales. Ainsi, compte tenu du délai de carence de l'art. 29 LAI, le droit à la rente prend naissance le 1<sup>er</sup> août 2003.

6. Au vu de ce qui précède, le recours, bien fondé, sera admis. Le recourant qui obtient gain de cause aura droit à des dépens, fixés à 1'500 fr.

**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'OCAI du 3 juillet 2008.
4. Constate que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> août 2003.
5. Condamne l'OCAI à verser au recourant une indemnité de 1'500 fr. à titre de participation à ses dépens.
6. Met un émolument de 1'000 fr. à la charge de l'OCAI.
7. 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

Le président suppléant

Nancy BISIN

Georges ZUFFEREY

La secrétaire-juriste : Frédérique GLAUSER

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