REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3847/2006 **ATAS/1089/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 10 octobre 2007

En la cause

Monsieur H_____, domicilié , GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre-Bernard PETITAT — recourant

contre

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

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nathalie BLOCH et Dominique JECKELMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur H_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1955 et originaire du Kosovo (République de Serbie et Monténégro), a exercé l'activité de peintre en bâtiment dès son entrée en Suisse en 1977.

2. A partir du 8 novembre 1989, sa capacité de travail a été nulle en raison d'une lombosciatalgie gauche apparue en soulevant un sac de ciment de 50 kilos. Une hernie discale gauche au niveau L5-S1 a été diagnostiquée, puis opérée le 7 mars 1990. Par la suite, seules les lombalgies ont persisté, justifiant la poursuite de l'incapacité de travail.

3. Dans le cadre d'une expertise mise en oeuvre par l'assurance-maladie perte de gain, le Dr A_____, chirurgien, a conclu, dans son rapport du 20 octobre 1990, que le patient était définitivement inapte à son travail de peintre en bâtiment mais qu'il était apte à toute activité n'exigeant pas de travaux lourds sollicitant le rachis.

4. Le 25 octobre 1990, l'assuré a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente.

5. Il a suivi un stage d'observation professionnelle au Centre de réadaptation professionnelle et d'occupation pour personnes handicapées physiques du 2 mai au 1er septembre 1991 avec un taux de présence de 44 %. Dans le cadre d'un stage OSER, le maître socioprofessionnel a conclu à l'impossibilité pour l'assuré de travailler à un poste nécessitant une position statique (debout ou assise). Il a considéré qu'il fallait exclure tous travaux tels que montages en série de pièces ainsi que devant une machine de conditionnement où la position debout était requise.

6. La Commission de l'assurance-invalidité a mis en oeuvre une expertise auprès du Dr B_____ qui, dans un rapport du 5 décembre 1991, a diagnostiqué un syndrome lombosciatique S1 gauche et une évolution sinistrosique. Il a également mentionné que l'assuré avait une personnalité à traits phobo-abandonniques décompensés avec très peu de ressources psychologiques mobilisables. Il a retenu une capacité de travail entière dans un travail adapté. Dans le cadre de cette expertise, il a fait procéder à un examen neurologique par le Dr C_____, neurologue, qui a constaté un syndrome lombovertébral massif, un syndrome radiculaire S1 gauche se manifestant par une abolition du réflexe achilléen ainsi qu'une diminution de la sensibilité sur le bord latéral et externe du pied, enfin la présence de fibrillation persistante dans le mollet gauche.

7. À la suite de la décision de l'assurance-invalidité du 10 avril 1992 refusant l'octroi d'une rente, l'assuré a recouru contre ladite décision, le 8 mai 1992, auprès de la Commission cantonale de recours. Par jugement du 7 janvier 1993, ladite Commission a rejeté le recours, puis, en date du 15 mars 1993, l'assuré a recouru

auprès du Tribunal fédéral des assurances qui, dans son arrêt du 3 septembre 1993, a rejeté ledit recours. Il a considéré qu'ayant une capacité de travail entière dans une activité adaptée, le recourant ne subissait pas d'invalidité de nature à ouvrir le droit à une rente en raison d'une atteinte à la santé physique et que l'existence d'une incapacité de gain due à une atteinte à la santé mentale devait être niée en tant que son état ne revêtait pas le caractère d'un trouble psychogène assimilable à une maladie mentale.

8. Le 10 février 1999, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à une orientation professionnelle et à un reclassement dans une nouvelle profession.

9. Dans un rapport du 9 juillet 2001, le Dr D_____, neurologue, a diagnostiqué un field back syndrome avec status post discotomie L5-S1 gauche et syndrome radiculaire S1 résiduel. Il a mentionné un état de santé stationnaire et a expliqué que l'assuré avait repris un travail léger dans une entreprise de peinture, de novembre 1993 jusqu'en août 1995, date à laquelle il avait subi un nouveau blocage du dos en transportant des charges importantes. Il a ajouté que, dans le cadre du chômage, en 1998, il avait travaillé sans port de charges aux Services Industriel, puis, en février 1999, l'assurance-chômage lui avait fait déposer une nouvelle demande auprès de l'assurance-invalidité. Enfin, il a indiqué que, le 2 septembre 2000, après un séjour au Kosovo depuis mars 1999, le recourant avait repris un travail léger à plein temps dans une entreprise de peinture et avait été victime d'un nouveau blocage du dos, le 10 mai 2001. Il a rapporté les plaintes du patient consistant en lombosciatalgies à gauche exacerbées par tout effort physique et paresthésies du pied gauche ainsi que crampes surtout dans le mollet gauche. Au status, il n'a pas constaté de déficit moteur, mais il a observé un réflexe achilléen gauche aboli et une hypoesthésie dans le dermatome S1. Il a confirmé que le patient n'était pas en mesure de reprendre un métier nécessitant le port de charges. Dans l'annexe au rapport médical concernant la réinsertion professionnelle, le Dr D_____ a précisé qu'on pouvait exiger de l'assuré qu'il exerçât une autre activité sans port de charges avec position variée dans une mesure de 50 % et sans diminution de rendement. Il a fait état de limitations des capacités fonctionnelles consistant en l'impossibilité du maintien de la position assise au-delà de deux heures par jour et debout au-delà d'une heure par jour, à marcher au-delà d'une heure, de l'impossibilité à rester en position statique, à incliner le buste, à lever, porter ou déplacer des charges, à se baisser, à effectuer des mouvements occasionnels des membres ou du dos, enfin à travailler en hauteur ou sur une échelle.

10. Afin d'évaluer la nécessité d'un reclassement vers un autre métier, l'OCAI a mis en place une nouvelle mesure d'observation professionnelle auprès du Centre d'intégration professionnelle (ci-après : CIP) du 8 avril au 20 juin 2002. Dans leur rapport du 19 juin 2002, les maîtres de réadaptation ont conclu à une capacité résiduelle de travail de 80 % dans une activité légère, sans port de charges et

principalement en position assise, telle qu'ouvrier d'usine, polisseur ou contrôleur de fabrication. Ils ont estimé que ces activités nécessitaient théoriquement, à savoir si l'assuré avait le comportement adéquat, une mise au courant pratique en entreprise de 6 à 12 mois et que dans une activité à plein temps le rendement escompté était de 80 %. Ils ont relevé que lorsqu'ils avaient indiqué au recourant qu'il avait encore des capacités de travail exploitables, la déception de l'assuré avait été notable et s'était transformée par la suite en colère car il espérait obtenir une reconnaissance de ses limitations. Ils ont précisé que, lors des stages de courte durée en entreprise, l'assuré avait mis tout en oeuvre pour démontrer qu'il ne pouvait plus travailler, notamment en adaptant un comportement plaintif et démonstratif. Dans son rapport du 27 juin 2002, le responsable des programmes et méthodes du CIP a également mentionné que l'assuré avait tenté d'intimider les maîtres par son agressivité et des menaces verbales. Il a proposé que les services médicaux de l'assurance-invalidité examinent si une actualisation de l'expertise psychiatrique de 1991 était nécessaire.

11. L'assuré a séjourné du 21 juin au 19 juillet 2002 à la Clinique de médecine interne de réhabilitation des (ci-après : "établissement hospitalier"). Dans un rapport du 5 août 2002, le Dr CROCI, chef de clinique, a fait état d'une exacerbation progressive des douleurs lombaires habituelles depuis la mi-juin 2002, sans déficit moteur ou sensitif nouveau et sans trouble sphinctérien. Durant son séjour, un bilan scanographie a permis d'exclure une récidive de hernie discale et a montré une simple discarthrose multi-étagée.

12. Le 16 mai 2003, l'assuré a été examiné par les Drs E_____, psychiatre, et F_____, généraliste, tous deux médecins au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR). Dans le rapport du 27 juillet 2003, le Dr E_____ n'a pas constaté de troubles du cours de la pensée ou d'autres signes de la lignée psychotique. En revanche, il a mis en évidence une thymie légèrement dépressive, une fatigabilité marquée liée à des insomnies ainsi qu'une personne émotionnellement labile à traits abandonniques. Il a diagnostiqué une dysthymie (F 34.1) chez une personne émotionnellement labile à traits abandonniques et caractériels passifs ainsi qu'un trouble douloureux chronique. Il a expliqué que cette dysthymie ne jouait en soi pas de rôle déterminant en termes de co-morbidité psychiatrique et que sa personnalité ne pouvait pas constituer un caractère prémorbide au sens des critères de Mosimann. Il a ajouté que l'assuré gardait une vie sociale puisqu'il rencontrait non seulement sa soeur et son frère mais également des compatriotes. Les médecins ont considéré que la capacité de travail exigible dans une activité adaptée sur le plan biomécanique était de 80 %.

13. Par prononcé du 15 décembre 2003, puis décision du 9 mars 2004, l'OCAI a alloué à l'assuré un quart de rente d'invalidité dès le 1er mai 2002 en retenant un taux d'invalidité de 42.3 % après avoir procédé à une comparaison des revenus en

considérant que l'assuré avait une capacité résiduelle de travail de 80 % dans une activité légère.

14. Le 19 mars 2004, l'assuré a formé opposition contre ladite décision. Il a contesté la date de départ de la rente et le taux de capacité de travail reconnu. Il a précisé qu'il se trouvait en traitement chez un psychiatre.

15. Dans un rapport du 10 juin 2004, la Dresse G_____, médecin à la consultation psychiatrique des "établissement hospitalier", a diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans caractéristiques psychotiques (F. 32.2) présent depuis janvier 2004. Elle a retenu une incapacité de travail de 100 % dès le 4 février 2004 pour une durée indéterminée. Elle a précisé que le patient lui avait été adressé par le médecin traitant en raison d'une symptomatologie dépressive sévère avec idées suicidaires et abus d'alcool depuis deux mois ainsi qu'un repli social avec refus de voir sa famille. Elle a constaté une thymie triste, de degré sévère avec repli social, des troubles de la concentration et de l'endormissement ainsi que l'absence d'idées suicidaires. Dans le questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques, elle a précisé que ces derniers étaient réactionnels à des événements de vie adverse et qu'ils influençaient grandement l'affection actuelle.

16. Dans un rapport du 10 septembre 2004, la Dresse H_____, cheffe de clinique à l'unité psychiatrique des "établissement hospitalier" a confirmé le diagnostic psychiatrique déjà posé et a attesté une incapacité de travail 100 % du 4 février au 31 mars 2004. Elle a fait état d'une amélioration de l'état de santé. Elle a constaté que le patient était anxieux, triste et révolté par la décision de l'assurance invalidité, sans idées délirantes ni hallucinations, mais avec des troubles de l'endormissement, des difficultés de concentration, un repli social, une anhédonie et une idéation suicidaire.

17. Dans un rapport du 9 février 2005, le Dr I_____, chef de clinique à l'unité psychiatrique des "établissement hospitalier", a confirmé le diagnostic psychiatrique précédent et a diagnostiqué, en outre, des troubles somatoformes douloureux (F. 45.4). Il a attesté une incapacité de travail de 100 % dès le 4 février 2004 et pour une durée indéterminée en indiquant que l'état de santé était stationnaire. Il a fait les mêmes constatations objectives que la Dresse G_____.

18. Le 26 juillet 2005, l'OCAI a confié un mandat d'expertise au Dr J_____, psychiatre et psychothérapeute.

19. Dans un rapport d'expertise du 10 octobre 2005, après avoir pris une anamnèse, tenu compte des plaintes du patient et procédé à un examen clinique, l'expert a diagnostiqué, sans répercussion sur la capacité de travail, des troubles mentaux et de comportement liés à l'utilisation d'éthyle - utilisation nocive pour la santé (F. 10.1), un syndrome douloureux somatoforme persistant (F. 45.4) présent depuis 1989, des exagérations symptomatiques pour différents motifs notamment

économiques (Z 76.2). Quant à la capacité résiduelle de travail, il l'a estimée à 100 % dans une activité adaptée pour autant que l'assuré en ait la motivation.

20. Le 2 février 2006, l'assuré a informé l'OCAI qu'il n'était pas du tout d'accord avec les conclusions du Dr J_____ et qu'il sollicitait une contre-expertise que le Dr I_____ serait prêt à effectuer.

21. Par décision sur opposition du 19 septembre 2005 (recte 2006), l'OCAI a rejeté l'opposition. Il a considéré que le rapport d'expertise remplissait les conditions jurisprudentielles pour lui reconnaître une pleine valeur probante et qu'aucun examen complémentaire ne se justifiait.

22. Pas acte du 20 octobre 2006, l'assuré a recouru contre ladite décision sur opposition auprès du Tribunal de céans. Il a conclu, préalablement, à l'octroi d'un délai pour compléter son recours et à son audition par le Tribunal, principalement, à la fixation d'un taux d'invalidité supérieur à 43 % et à l'octroi d'une rente correspondante, subsidiairement, à la mise en oeuvre d'une expertise. Il a allégué que les conditions dans lesquelles le Dr J_____ avait réalisé son expertise ne permettaient pas de conclure à un document médical établi de façon objective puisqu'il n'avait auditionné le recourant qu'à une seule reprise pendant 20 minutes et que les autres entretiens avaient été réalisés par une collaboratrice. Il a invoqué une violation de son droit d'être entendu dans la mesure où l'audition du Dr I_____ n'avait pas eu lieu alors qu'elle aurait permis de clarifier sa situation psychique.

23. Le 25 janvier 2007, le recourant a produit dans la procédure un rapport du Dr I_____ du 5 janvier 2007. Ce dernier a signalé que, le Dr J_____ ayant banalisé les atteintes à la santé psychiatrique et somatique du recourant, ce dernier présentait depuis lors une aggravation de son état dépressif. Il a relevé que le patient avait de plus en plus l'impression de ne pas être reconnu dans sa maladie dépressive chronique qui engendrait chez lui une détresse de plus en plus importante et dont il souffrait quotidiennement. Il a reproché à l'expert de n'avoir pas mentionné un diagnostic de dépression et d'avoir tout au plus retenu un trouble somatoforme douloureux ainsi que des troubles mentaux liés à l'utilisation de l'alcool ce qui était complètement nié par le recourant. Il a relevé que le recourant était incapable de reprendre une activité professionnelle et que l'octroi d'une rente complète de l'assurance-invalidité demeurait indispensable. Enfin, il a mentionné l'existence d'un diabète qui pouvait aggraver la symptomatologie dépressive selon les résultats de plusieurs études menées à ce jour.

24. Dans sa réponse du 15 février 2007, l'intimé a conclu au rejet du recours et a considéré que les arguments invoqués par le recourant ne lui permettaient pas de faire une appréciation différente du cas.

25. Le 23 février 2007, le Tribunal a communiqué cette écriture au recourant. Sur quoi, il a informé les parties qu'il gardait la cause à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Etant donné que les faits déterminants se sont réalisés en partie avant et après l'entrée en vigueur de la LPGA, le droit à la rente doit-il être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 445 et les références; cf. aussi ATF 130 V 329). Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), sont régies par le même principe.

   Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances et l'introduction de frais de justice lors de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI, lesquels doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA et art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit puisque le recours a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. La décision sur opposition du 19 septembre 2006 a été reçue par le recourant le 20 septembre 2006 et le délai de recours n'a commencé à courir que le lendemain de la réception de sorte qu'il est arrivé à échéance le 20 octobre 2006 (art. 38 al. 1 LPGA). Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours déposé le 20 octobre 2006 est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.

4. Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité du recourant.

5. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'administration ou le juge. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention litigieuse. les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4).

   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).

   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 ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

6. Le recourant allègue, en se basant sur le rapport des médecins de l'unité psychiatrique des "établissement hospitalier", que sa capacité de travail est nulle dans toute activité. Il considère que le rapport d'expertise du Dr J_____ du 10 octobre 2005 n'a pas de valeur probante car les conditions dans lesquelles l'expertise a été réalisée permettent de douter de son objectivité.

   Pour sa part, l'intimé prétend que la capacité résiduelle de travail du recourant est de 80 % dans toute activité en s'appuyant sur le rapport d'expertise qui, selon lui, remplit tous les critères développés par la jurisprudence pour qu'une entière valeur probante lui soit reconnue.

7. En l'espèce, dans son rapport d'expertise du 10 octobre 2005, le Dr J_____ retient des troubles mentaux et de comportement liés à l'utilisation d'éthyle - utilisation nocive pour la santé, un syndrome douloureux somatoforme persistant et des exagérations symptomatiques pour différents motifs notamment économiques. Il considère que la capacité résiduelle de travail du recourant est entière dans une activité adaptée.

   L'anamnèse dudit rapport d'expertise est truffée de considérations personnelles de l'expert qui n'y ont pas leur place, puisque cette partie du rapport d'expertise a pour but uniquement d'établir l'historique des troubles ainsi que l'histoire du malade et non pas de présenter une appréciation ou une discussion de l'expert. Par conséquent, en se permettant de telles considérations au début de son rapport d'expertise, le Dr J_____ donne d'emblée une coloration suspicieuse à son rapport qui fait douter le Tribunal de son objectivité. Par exemple, il expose à la page 8 dudit rapport que : «En effet, l'assuré en était à sa deuxième demande de prestations d'assurance-invalidité après un refus l'année 1993, suite à son recours auprès du Tribunal fédéral des assurances, et donnait ainsi l'impression d'avoir de la suite dans les idées sur la manière d'obtenir la rente ». A la page 9, il ajoute à l'appréciation des maîtres de réadaptation relative au déroulement des stages en entreprise : «ce qui avait de quoi évoquer un double langage pour quelqu'un qui disait vouloir à tout prix travailler et non pas bénéficier d'une rente».

   En outre, les a priori de l'expert influencent également ses conclusions et, plus particulièrement, les diagnostics retenus. Ainsi, dans la partie relative aux plaintes du recourant (page 16 de l'expertise), au sujet des relations sociales, l'expert commente : «manquent aux descriptions tous les longs moments où l'assuré se procure des boissons éthyles et les boit». Ce faisant l'expert manifeste un parti pris quant à un éventuel alcoolisme du recourant, alors qu'il admet n'avoir pas constaté de symptômes révélateurs d'un abus d'alcool et que les critères «CAGE» négatifs permettent d'exclure à 90 % une dépendance éthylique et à 93 % une absorption d'alcool nocive pour la santé (cf. page 19 du rapport d'expertise). Certes, il a formulé une hypothèse d'éthylisme au regard de l'examen sanguin qu'il a requis sans que, toutefois, lesdits résultats ne figurent au dossier et malgré les dénégations

du recourant. Il apparaît au Tribunal que ces divers éléments contradictoires lui permettaient tout au plus d'avoir un doute quant à la sobriété du recourant, mais en aucun cas de conclure à un éthylisme avéré et encore moins de ne pas poser le diagnostic de dysthymie pour le motif que : «Il faudrait déjà que l'assuré soit sobre pour qu'on puisse valablement juger de ce diagnostic» (cf. page 47 du rapport d'expertise). De plus, lors de l'analyse des critères de la dépression selon l'ICD-10, lorsque le recourant affirme qu'il n'a aucun intérêt et plaisir, l'expert ne retient pas ce critère pour le motif que : «L'assuré est en réalité exaspéré par des douleurs alors qu'il ne montre jamais s'être intéressé à beaucoup de choses». Le Tribunal constate que l'expert interprète les déclarations du recourant en faisant de simples suppositions qui ne sont pas suffisamment étayées pour aboutir aux conclusions qu'il a prises. En outre, bien que le recourant se plaigne d'une baisse de ses capacités de concentration, l'expert conteste de tels troubles pour le motif que : «Il n'a pas d'obligation professionnelle ni d'activités exigeant de bonnes capacités de concentration» (cf. page 17 du rapport d'expertise). Or, l'absence de l'exercice d'une activité professionnelle ou exigeant de bonnes capacités de concentration permet uniquement de conclure que des tels troubles ne sont pas invalidants, mais en aucun cas de contester leur existence. En effet, une baisse de concentration peut également se manifester dans les activités les plus banales à domicile. Il en va de même au sujet du critère de l'énergie. Lorsque le recourant dit qu'il n'a plus d'énergie, ni de force, surtout au moral, l'expert considère que : «En réalité il n'a aucune motivation et ne se mobilise pas pour quoi que ce soit. Il dort peu et son état s'en ressent» (cf. page 20 du rapport d'expertise). Le Tribunal doute fortement de cette interprétation car l'expert n'explique pas de façon convaincante en quoi l'absence de motivation et l'absence d'énergie ne sont pas liées. Il est, en effet, tout à fait plausible que l'absence d'énergie provoque une absence de motivation. Par ailleurs, les interprétations que l'expert donne aux plaintes du recourant lui permettent de conclure à l'absence d'au moins deux des trois critères majeurs nécessaires au diagnostic d'épisode dépressif, alors même que l'inventaire de personnalité MMPI-2 confirme que le recourant est «un homme désespéré, qui se replie toujours davantage sur lui-même et se sent envahi par ses problèmes. Il se sent ralenti et découragé, ne s'imaginant aucun avenir» (cf. page 35 du rapport d'expertise). Cette contradiction confirme que les interprétations de l'expert sont erronées et tronquent les conclusions de son expertise d'autant plus que les trois médecins de l'unité psychiatrique des "établissement hospitalier" retiennent, au contraire, l'existence d'une symptomatologie dépressive sévère avec troubles de la concentration. Par conséquence, les conclusions du Dr J_____ ne sont pas convaincantes.

Enfin, le status psychiatrique dépeint, d'une part, par l'expert et, d'autre part, par les psychiatres des "établissement hospitalier" ne concorde pas, voire même est contradictoire ce qui dénote une appréciation foncièrement différente des mêmes faits. En effet, l'expert fait état de quelques symptômes de la lignée dépressive, à savoir d'irritabilité ainsi que d'une mauvaise estime de soi, et de la lignée anxieuse

qui ne correspondent en rien au status psychiatrique retenu par les psychiatres des "établissement hospitalier" qui décrivent une tristesse permanente avec de l'anxiété continuelle, un repli social, des difficultés de concentration, des troubles du sommeil, des périodes d'irritabilité et de colères intenses, une anhédonie, un pessimisme marqué à propos du futur, un manque d'élan vital et une perte importante du plaisir. Sur la base de telles constatations et diagnostics, l'expert ne retient aucune incapacité de travail, alors que les psychiatres des "établissement hospitalier" attestent une incapacité de travail entière. De surcroît, dans son rapport du 5 janvier 2007, le Dr I_____ reproche à l'expert d'avoir banalisé les atteintes à la santé du recourant et de ne pas avoir tenu compte d'un diabète qui, pourtant, selon les résultats de plusieurs études médicales, peut aggraver la symptomatologie dépressive.

En conséquence, tant les indices d'a priori de l'expert que les diagnostics sujets à caution posés par celui-ci à la suite d'une interprétation douteuse des plaintes du recourant, qu'enfin l'appréciation foncièrement divergente par les médecins des " établissement hospitalier" du même status psychique et de son effet incapacitant ne permettent pas au Tribunal de reconnaître une valeur probante au rapport d'expertise du Dr J_____ (cf. ATF 125 V 352 consid. 3a et la référence).

Quant aux rapports des psychiatres des établissement hospitalier", ils n'analysent pas dans quelle mesure les plaintes du recourant sont corroborées par les constatations objectives qu'ils ont pu effectuer. Ce faisant, ils relatent surtout la manière dont le patient assume et ressent lui-même ses facultés de travail, sans y porter un regard critique (cf. ATFA non publiés du 12 juillet 2005, I 366/05 et du 14 septembre 2005, I 808/04, consid. 4.2). De plus, ils ne donnent pas les renseignements nécessaires au Tribunal pour statuer sur les divers critères fixés par la jurisprudence pour admettre exceptionnellement le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux (cf. ATF 130 V 352) de sorte qu'il n'est pas possible de se baser sur eux pour trancher le droit à la rente du recourant.

8. Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a, en principe, le choix entre deux solutions, soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d' établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (cf. ATF 122 V 163 consid. 1d, RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). Le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

Etant donné que l'intimé, par l'intermédiaire de l'avis médical du SMR du 4 janvier 2006, s'est borné à constater que le rapport du Dr J_____ remplissait tous les

critères permettant de lui reconnaître une valeur probante et à prendre acte que ses conclusions confirmaient celles de ses médecins sans, toutefois, sérieusement examiner si ledit rapport faisait preuve de l'objectivité qu'on est en droit d'attendre d'un expert et s'il ne contenait pas de contradictions, il a constaté les faits de façon sommaire. De plus, il a failli à son devoir d'instruction d'office de l'art. 43 al. 1 LPGA l'obligeant à prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et à recueillir les renseignements dont il a besoin (cf. ci-dessus consid. 5). En conséquence, le dossier est renvoyé à l'intimé pour qu'il mette en œuvre une expertise psychiatrique externe afin de déterminer si les troubles psychiques entraînent une incapacité de travail dans toute activité, puis qu'il rende une nouvelle décision.

9. Le recourant invoque une violation de son droit d'être entendu pour le motif que l'intimé n'a pas procédé à l'audition orale ou écrite du Dr I_____.

   L'art. 29 al. 2 Cst. n'implique pas un droit à être entendu oralement (ATF 130 II 429 consid. 2.1, 122 II 469 consid. 4c), mais limite le droit d'être entendu à des prises de position écrites (Pra 2003 n° 97 p. 520 consid. 2.6; ATF non publié du 13 novembre 2002, 4P.195/2002; ATF 125 I 219 consid. 9b et AHI 1993 p. 41 consid. 3b concernant l'art. 4 aCst), à moins qu'une disposition légale donne expressément le droit à être entendu oralement (cf. Pra 2003 n° 97 p. 520 consid. 2.6). L'art. 42 LPGA ne prévoit pas expressément le droit à être entendu oralement dans le cadre de la procédure administrative (ATFA non publié du 20 septembre 2005, C 128/04 consid. 1.2). Par ailleurs, l'OCAI avait déjà en sa possession trois rapports des psychiatres des "établissement hospitalier" dont un du Dr I_____ de sorte qu'il disposait de tous les éléments médicaux permettant d'appréhender la situation psychique du recourant sans qu'il fût encore nécessaire de réclamer un nouveau rapport au Dr I_____.

   En conséquence, le recourant allègue à tort que l'intimé a violé son droit d'être entendu en ne procédant pas à l'audition du Dr I_____.

10. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'000 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 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 partiellement et annule les décisions de l'OCAI du 9 mars 2004 et du 19 septembre 2006 au sens des considérants.

3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

4. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 1'000 fr. à titre de dépens.

5. L'émolument, fixé à 500 fr., est mis 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); 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
Sylvie CHAMOUX	Juliana BALDE

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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