

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4503/2006

ATAS/615/2008

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 4**

**Du 28 mai 2008**

En la cause

Monsieur R\_\_\_\_\_, domicilié au GRAND-SACONNEX,  
représenté par FORUM SANTE, Madame Christine BULLIARD

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nicole BOURQUIN et Olivier LEVY, Juges  
assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Monsieur R\_\_\_\_\_, d'origine portugaise, travaille en Suisse depuis 1979. Il a exercé en dernier lieu comme mécanicien autos auprès du garage X\_\_\_\_\_, pour un salaire de 4'800 fr. par mois depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2002, à raison de 41 heures de travail par semaine.
2. L'employeur a mis fin aux rapports de travail au vendredi 21 février 2003.
3. L'intéressé a subi une incapacité de travail totale du 24 février 2003 au 30 juin 2003, prescrit par son médecin traitant, le Dr A\_\_\_\_\_, en raison d'un lumbago et d'un état dépressif.
4. Depuis le 6 août 2003, l'assuré a été à nouveau en incapacité de travail totale et n'a plus repris d'activité. Il a été hospitalisé à la Clinique genevoise de Montana du 6 au 28 août 2003 où les médecins ont posé le diagnostic principal de Syndrome cervico-lombo-vertébral et comme comorbidités un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec somatisation, des céphalées de tension, une surcharge pondérale et un tabagisme chronique.
5. Le 30 mars 2004, l'intéressé a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance invalidité (ci-après OCAI) visant à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession et d'une rente.
6. Dans un rapport établi à l'attention de l'OCAI en date du 6 mai 2004, le Dr B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail suivants: état dépressif, cervico-dorso lombalgies, troubles somatoformes douloureux avec hypocondrie et céphalées de tension. Le tabagisme chronique ainsi que la surcharge pondérale sont sans influence sur la capacité de travail. L'incapacité de travail est de 100% depuis 2003 dans son activité de travailleur de la métallurgie. Le Dr B\_\_\_\_\_ fait état d'une bonne mobilité rachidienne ainsi que du squelette appendiculaire, il n'y a pas de déficit neurologique. Au plan mental, le patient présente une perplexité anxieuse et apathique vis-à-vis de son diagnostic, de l'efficacité relative des traitements proposés et de son avenir socio-professionnel. Une thérapie cognitive ou comportementale paraît indiquée, mais la mauvaise compréhension du français et le contexte d'apathie ne laissent pas présager un succès. Au plan purement physique, il existe une capacité de travail au moins partielle dans des métiers répétitifs peu physiques. De toute évidence, d'autres facteurs que purement somatiques entravent une réintégration professionnelle en tous cas dans le circuit économique normal non protégé. Une mise au point complémentaire par expertise paraît souhaitable. Dans le rapport annexé concernant les capacités professionnelles, le Dr B\_\_\_\_\_ indique que le patient peut garder la position assise 2 – 3 heures par jour, la position debout 1 – 2 heures par jour, il doit éviter la position à genoux, les parcours à pied

excédant 1000 mètres, de lever ou porter des charges supérieures à 5 – 10 kg, l'horaire de travail irrégulier, et le travail en hauteur. Dans l'activité de mécanicien, la capacité de travail est nulle, dans une autre profession, par exemple dans une activité répétitive légère, sérielle et à hauteur d'homme, la capacité de travail est de 50 % dès maintenant. Le Dr B\_\_\_\_\_ a joint divers rapports médicaux du Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, dont il résulte que le patient souffre d'une céphalée de tension qui s'inscrit dans la problématique générale. Son système nerveux central est normal.

7. A la demande de la Caisse maladie 57, assureur perte de gain-maladie, le Centre multidisciplinaire de la douleur de Genolier a effectué une expertise. L'intéressé a été examiné par le Dr D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et le Dr. E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 9 juin 2004, les médecins ont posé les diagnostics de lombalgies non spécifiques et troubles somatoformes douloureux associés à un état dépressif d'intensité mineure à moyenne. Sur le plan somatique, l'assuré peut reprendre une activité professionnelle à temps plein. Sur le plan psychique, le trouble somatoforme douloureux associé à un état dépressif de léger à moyen et une petite perte d'insertion sociale ne justifient pas en soi d'une incapacité de travail. Cependant, le pronostic est pessimiste, car le patient est dans une situation de démotivation, figé dans un processus d'invalidation et ne va probablement pas reprendre le travail sans autre, vu la durée de l'arrêt de travail. Il devrait dans un premier temps bénéficier d'un traitement type hôpital de jour ou atelier d'ergothérapie dans le but d'activation, au maximum un mois, pour mieux être remis sans tarder dans le circuit professionnel. Quant à la médication antalgique et psychotrope, elle devrait être complètement revue, car elle est, notamment, beaucoup trop sédatrice. Dans une note du 23 juin 2004 à l'attention de l'assureur, le Dr F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne-rhumatologie, relève que les experts reconnaissent que les travaux physiquement lourds sont définitivement impossibles, mais que les affections dont souffre l'assuré ne constituent pas une invalidité permanente.
8. Par décision du 30 juin 2004, la Caisse maladie 57 a mis un terme au versement des prestations avec effet au 31 août 2004 en se fondant sur les conclusions de l'expertise du Centre multidisciplinaire de la douleur. L'intéressé a contesté cette décision auprès de la caisse, puis auprès du Tribunal cantonal des assurances (cause A/4337/2005). Le 14 novembre 2006, le Tribunal cantonal des assurances sociales a décidé de procéder à une nouvelle expertise psychiatrique.
9. Dans un rapport adressé à l'OCAI en date du 29 septembre 2004, le Dr G\_\_\_\_\_, psychiatre, diagnostique un syndrome cervico-lombo-vertébral avec comme comorbidités un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec somatisation, un trouble de la personnalité évitante, des céphalées de tension, une surcharge pondérale, un tabagisme chronique, une dislocation de la famille par divorce, un soutien familial inadéquat et une solitude. Dans le questionnaire

complémentaire pour les troubles psychiques, le Dr G\_\_\_\_\_ indique que le patient présente un trouble de la personnalité qui entraîne une incapacité de travail de 100 %.

10. Dans un avis du 28 février 2006, le SMR Léman retient une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, épargnant le dos et ne nécessitant pas le port de charges, depuis juillet 2003.
11. Le 18 octobre 2006, l'OCAI a rendu un projet de décision de refus de prestations.
12. L'assuré, par l'intermédiaire de sa mandataire, a contesté ce projet, demandé que le dossier lui soit transmis et qu'un délai lui soit octroyé afin de déposer ses observations.
13. Par décision du 23 novembre 2006, l'OCAI a rendu une décision de refus de mesures d'ordre professionnel, de reclassement et de rente, au motif que le degré d'invalidité s'élève à 18%.
14. Le 30 novembre 2006, l'intéressé, représenté par sa mandataire, interjette recours contre cette décision. Il fait grief dans un premier temps à l'OCAI de ne lui avoir pas octroyé un délai pour étudier le dossier et d'avoir rendu la décision de refus le même jour où elle lui a adressé le dossier. Préalablement, il sollicite la suspension de la procédure, dès lors qu'une expertise va être ordonnée dans le cadre de la procédure engagée à l'encontre de la Caisse maladie 57. Subsidièrement, il conclut à ce qu'un degré d'invalidité de 100% lui soit reconnu ainsi qu'un droit à la rente.
15. Dans sa réponse du 22 janvier 2007, l'OCAI s'est déclaré d'accord avec la requête de suspension, tout en se référant aux conclusions contenues dans sa décision.
16. Par ordonnance du 26 janvier 2007, le Tribunal de céans a suspendu l'instruction de la cause, d'accord entre les parties.
17. Le 30 avril 2007, le Dr H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rendu son rapport d'expertise. Après avoir commenté les pièces principales du dossier, exposé les données subjectives (plaintes actuelles, vie quotidienne et socio-affective, traitements en cours, antécédents et éléments biographiques significatifs), relatés ses constatations objectives à la suite de deux examens cliniques, l'expert pose les diagnostics de probables troubles délirants (F22.0), syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et dysthymie (F34.1). S'agissant de leur répercussion sur la capacité de travail, l'expert estime que la dysthymie ne justifie pas en soi d'incapacité de travail durable. En ce qui concerne le syndrome douloureux somatoforme persistant, l'expert relève qu'il est en l'occurrence associé d'une comorbidité qui peut être qualifiée de durable et sévère, à savoir le trouble délirant. Il n'y a pas d'atteintes somatiques significatives. En revanche, l'état psychique est figé, la désinsertion sociale est avancée et les

douleurs sont restées insensibles aux traitements prodigués. Quant aux troubles délirants, ils n'empêchent pas en soi l'exercice d'une activité professionnelle, mais ils alternent gravement les relations sociales souvent jusqu'à l'isolement complet, y compris dans le cadre de l'activité professionnelle. En synthèse, du fait de la faible tolérance du recourant dans les relations sociales, l'expert estime que la capacité de travail raisonnablement exigible ne dépasse pas 50%, dans n'importe quelle activité, y compris celle de mécanicien autos. Ce taux d'incapacité de travail remonte à février 2003.

18. Par arrêt du 24 octobre 2007 en la cause A/4337/2005, entré en force, la 8<sup>ème</sup> chambre du Tribunal cantonal des assurances sociales a admis partiellement le recours de l'assuré et condamné la caisse maladie à payer des indemnités journalières au-delà du 30 août 2004, sur la base d'un taux d'incapacité de travail de 50%, dans toutes professions.
19. Le 5 novembre 2007, le recourant a sollicité la reprise de l'instruction du dossier AI.
20. Invité à se déterminer, l'OCAI, dans ses conclusions du 25 janvier 2008, se fonde sur le rapport du service médical régional AI auquel il a soumis le dossier. Dans son avis du 24 janvier 2008, le SMR Suisse romande, sous la plume de la I\_\_\_\_\_, médecine interne, spécialiste en assurances sociales avec brevet fédéral, relève que la précédente appréciation se fondait sur l'expertise réalisée par le COMAI de Genolier en date du 22 avril 2004 ainsi que sur l'examen du Dr F\_\_\_\_\_. Elle relève que dans son rapport du 4 octobre 2004, le Dr G\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, n'évoquait pas de maladie psychiatrique invalidante, mais posait le diagnostic d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec somatisation et un trouble de la personnalité évitante. Elle souligne que le trouble délirant en soi, de l'avis même de l'expert, n'empêche pas l'expertisé de réparer des voitures ou d'exercer toute autre activité professionnelle. D'autre part, le SMR conteste qu'il y ait un isolement social, dès lors que l'assuré a une amie qui vient chez lui et qui l'aide à faire son ménage et qu'il a un autre ami avec qui il sort. Il n'y a donc pas de perte d'intégration sociale dans toutes les activités de la vie. S'agissant des éléments considérés par l'expert (complot de l'ex-femme pour nuire à l'assuré), le SMR n'a pas d'information objective pour se positionner face à la véracité des allégations de l'assuré. Il y a certes des événements qui semblent objectifs, mais qui prennent une connotation persécutoire apparaissant comme outrepassant la réalité. Toutefois, comme l'indique l'expert, ceux-ci sont cantonnés à la relation conflictuelle avec l'ex-épouse et elles n'ont aucun impact sur le quotidien professionnel de l'assuré, donc ne réduisent pas sa capacité de travail. De plus, ces éléments délirants s'inscrivent dans le cadre d'une décompensation de la personnalité évitante avec des traits paranoïdes qui sont tout à fait à même de répondre à un traitement et ne sont pas durables. Le SMR conclut que l'assuré présente un trouble somatoforme douloureux non-invalidant selon la jurisprudence puisque la composante dépressive

retenue dans la dysthymie est d'accompagnement au trouble somatoforme douloureux et en l'absence de critères de gravité. S'agissant du trouble délirant, il s'agit d'une atteinte ponctuelle qui ne réduit pas la capacité de travail exigible de cet assuré, puisque lié aux difficultés de contact avec l'ex-épouse et qui pourrait être maîtrisé par un traitement médicamenteux adéquat. Dès lors, après avoir discuté du cas avec le Dr J\_\_\_\_\_, psychiatre au SMR, le SMR conclut que l'assuré ne présente pas de comorbidité psychiatrique associée au trouble somatoforme douloureux. Par conséquent, l'OCAI conclut au rejet du recours.

21. Dans ses conclusions du 18 février 2008, le recourant relève qu'une évaluation entérinée par une décision entrée en force d'un assureur ne peut pas rester simplement ignorée par un autre assureur qui doit se laisser opposer la présomption d'exactitude de l'évaluation effectuée. Ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'une appréciation divergente peut intervenir. Or, le Tribunal cantonal des assurances sociales a, par arrêt actuellement entré en force, admis une incapacité de travail de 50% dans toutes activités ; ce jugement est fondé sur une expertise judiciaire à laquelle toute force probante a été reconnue. Le recourant soutient que cette expertise a plus de poids que l'avis des médecins de l'AI. Il rappelle que le Dr H\_\_\_\_\_ a constaté que le trouble somatoforme douloureux était accompagné d'une comorbidité psychiatrique durable et sévère, soit le trouble délirant et qu'au surplus l'état psychique était figé, la désinsertion sociale avancée et les douleurs insensibles aux traitements prodigués. L'expert a relevé que le trouble délirant lui a paru authentique, son thème, son mécanisme et son développement sont typiques. Dans ces conditions, il conclut à la reconnaissance d'une incapacité de travail de 50%.
22. Cette écriture a été communiquée à l'OCAI en date du 22 février 2008. Sur quoi, 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 (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 est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1;

335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Aussi le droit litigieux doit-il être examiné à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure. Les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4<sup>ème</sup> révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), sont régies par le même principe.

Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3. Interjeté dans les forme et délais prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).
4. Le litige consiste à déterminer si le recourant présente une atteinte à la santé donnant droit à des prestations de l'assurance-invalidité, plus particulièrement quel est son degré d'invalidité.
5. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels.

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 être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 LPGA).

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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI,

---

prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. L'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2004, 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, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

6. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. En outre, dans un arrêt du 8 février 2006 (I 336/04), le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques - plaintes douloureuses diffuses - sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogénèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend

dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Aussi convient-il également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50).

Au nombre des critères dégagés par jurisprudence permettant de juger du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, figure au premier plan la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté. En outre, il est admis que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (cf. notamment ATFA non publié du 28 juin 2005, I 524/04).

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

Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le TFA, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une

manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine et les références citées).

7. Ainsi que le Tribunal fédéral des assurances l'a déclaré à maintes reprises, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF 126 V 288 consid. 2).

En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas. D'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée.

Une appréciation divergente ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. A cet égard, il ne suffit donc pas qu'une appréciation divergente soit soutenable, voire même équivalente. Peuvent en revanche constituer des motifs suffisants le fait qu'une telle évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATFA non publié du 30 novembre 2004, I 50/04).

8. 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). Lorsque le litige concerne plus particulièrement des mesures d'ordre professionnel, le médecin indiquera, en outre, si l'état de santé de l'assuré permet le reclassement ou la formation dans une nouvelle profession et, dans l'affirmative,

quelles sont les activités adaptées au handicap de l'intéressé du point de vue médical.

Le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves (art. 61 let. c LPGa). Toutefois, si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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 (ATF 125 V 352 consid. 3a).

Enfin, s'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

9. Selon le dossier médical, le recourant souffre de cervico-dorso-lombalgies ainsi que d'un trouble somatoforme douloureux depuis 2003. Sur le plan somatique, selon l'estimation des Drs B\_\_\_\_\_, F\_\_\_\_\_ et du SMR, le recourant ne peut plus exercer son ancien métier de mécanicien, physiquement trop lourd. Dans une activité adaptée épargnant le dos et ne nécessitant pas le port de charges, la capacité de travail est de 50 % selon le Dr B\_\_\_\_\_, de 100 % selon le Dr D\_\_\_\_\_ du COMAI de Genolier, avis auquel le SRM s'est rallié.

Du point de vue psychique, la consultation psychiatrique effectuée par le Dr K\_\_\_\_\_ du COMAI de Genolier a mis en évidence une thymie dépressive, avec quelques propos suicidaires. L'expression émotionnelle reste totalement figée durant tout l'entretien, le discours est peu précis, mais le médecin n'a pas relevé de l'élément de la lignée psychotique. Dans ses plaintes, le patient a déclaré qu'il avait l'impression que les gens lui en veulent, sauf ses bons amis, et que son ex-femme était sous l'influence de gens qui pratiquaient la sorcellerie et qui ont voulu le tuer. Le COMAI a retenu le diagnostic de trouble somatoforme douloureux associé à un état dépressif d'intensité mineure à moyenne et une petite perte d'insertion sociale qui en soi ne justifie pas une incapacité de travail. Cependant, le patient est dans une situation de démotivation, fixé dans un processus d'invalidation, de sorte qu'il devrait dans un premier temps bénéficier d'un traitement de type hôpital de jour ou atelier d'ergothérapie dans un but d'activation, puis être remis dans le circuit

professionnel. Questionné par le Tribunal de céans dans le cadre du litige opposant le recourant à l'assureur perte de gain maladie (cause A/4337/2005), le Dr K\_\_\_\_\_ a répondu, s'agissant des éléments d'anamnèse (idées suicidaires, sentiment de persécution par sorcellerie, etc.), qu'ils pouvaient être tout-a-fait banals, mais aussi signes de délire. Le contexte global, le milieu socio-culturel et la manière de raconter l'évènement avait fait pencher les experts pour la première alternative. Enfin, les idées suicidaires n'impliquaient pas de facto un état dépressif important.

Dans le cadre de la procédure précitée, le Tribunal de céans a jugé cependant nécessaire d'ordonner une expertise judiciaire qu'il a confiée au Dr H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. L'expert a conclu que le recourant souffre de troubles psychiques, soit d'un trouble délirant (F 22.0), d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) et d'une dysthymie (F 34.1). L'expert a expliqué que les diagnostics ont été posés au regard de la CIM-10. S'agissant du syndrome dépressif, qui peut être qualifié de moyen, il est chronique, puisqu'il remonte à 2003 au moins et le diagnostic CIM-10 qui correspond probablement le mieux à une dépression modérée et chronique, comprenant également quelques manifestations anxieuses, est celui de dysthymie. L'expert relève que l'examen révèle surtout, derrière les plaintes douloureuses, la présence d'un véritable syndrome délirant, basé sur des idées de persécution à mécanisme interprétatif, avec peut-être occasionnellement des phénomènes psycho-sensoriels. Le Dr H\_\_\_\_\_ expose que le trouble délirant lui a paru authentique et que si l'assuré simulait un tel trouble, on attendrait qu'il manifeste bruyamment ses symptômes au lieu de se montrer discret à leur sujet, et ne les révéler qu'au compte-gouttes et sur demande. Ce trouble délirant constitue une comorbidité psychiatrique durable et sévère, car il altère gravement les relations sociales, de manière généralement progressive, souvent jusqu'au point où le sujet est complètement isolé, voire clochardisé, car il ne fait plus confiance à personne et se dispute avec tout le monde. L'assuré n'en est pas encore là, mais il est certain que sa capacité de supporter des contacts sociaux, y compris dans le cadre d'une activité professionnelle, est limitée. Le pronostic est mauvais. Selon l'expert, la capacité de travail exigible ne dépasse pas 50 %, dans n'importe quelle activité, depuis février 2003.

Le Tribunal de céans constate que le rapport d'expertise du Dr H\_\_\_\_\_ remplit toutes les exigences requises par la jurisprudence pour se voir attribuer pleine valeur probante. L'expert a eu connaissance de l'entier du dossier du recourant, il a procédé à un examen clinique lors de deux consultations, il a pris en compte les plaintes de l'assuré et a posé des diagnostics au regard de la CIM-10. Il a expliqué de façon circonstanciée pour quelles raisons il a considéré que le trouble délirant présenté par le recourant doit être considéré comme durable et grave, de façon à entraver la capacité de travail. Ses conclusions sont à cet égard claires et convaincantes.

Les critiques du SMR quant à la valeur probante du rapport d'expertise ne sont pas pertinentes, dans la mesure où elles ne démontrent pas en quoi les constatations de l'expert seraient manifestement inexactes. Le fait que l'expert judiciaire ait retenu un autre diagnostic que celui émis par le Dr K\_\_\_\_\_ du COMAI, ne constitue pas en soi un motif pour nier la force probante de ses conclusions ou pour qualifier celles-ci d'incohérentes ou contradictoires, notamment en ce qui concerne le diagnostic de trouble délirant. En réalité, le SMR entend poser son propre diagnostic sur la base du dossier et tend à substituer sa propre appréciation des preuves à celle du Tribunal de céans.

Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans n'a aucune raison de s'écarter des conclusions de l'expert et il y a lieu de retenir que le recourant présente une incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, aussi bien pour des raisons psychiatriques que somatiques, depuis février 2003.

10. Reste à déterminer quel est le degré d'invalidité du recourant.

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation.

Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé.

En l'occurrence, il convient de se placer en 2004 pour procéder à la comparaison des revenus, dès lors que l'incapacité de travail remonte à février 2003.

Selon les renseignements communiqués par l'employeur, le recourant réalisait en 2003 un revenu mensuel de 4'800, plus un treizième salaire, soit un revenu annuel de 62'400 fr.. Réactualisé à 2004 (indice 2095), le revenu sans invalidité s'élève à 62'971 fr.

Le recourant n'exerçant plus d'activité lucrative il y a lieu de se fonder sur les données statistiques pour le gain avec invalidité. Pour le revenu d'invalidé, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, à savoir 4'588 fr. par mois (Enquête suisse sur la structure des salaires 2004, TA1, p. 53). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux problèmes dorsaux du recourant. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004 (41,6 heures; La Vie économique, 7-8-2007, p. 90, B9.2), ce montant doit être porté à 4'771 fr. par mois, soit 57'258 fr. 25 par année. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux pour les hommes de l'année 2003 (1,4 %; La Vie économique, 10-2004, p. 91, B10.2), on obtient un revenu annuel de 57'258 fr. 25, soit 28'629 fr. 15 pour une activité à 50 %. Vu l'âge du recourant et ses handicaps, l'OCAI a procédé à un abattement de ce salaire statistique à hauteur de 10 %, ce qui est conforme à la jurisprudence et sur lequel il n'y a pas lieu de revenir. Il en résulte un revenu d'invalidé de 25'766 fr. 20 .

Après comparaison des gains, le revenu d'invalidé s'élève ainsi à 59,08 %, arrondi au pour-cent inférieur soit 59 % (ATF 130 V 122), ouvrant droit à une demi-rente d'invalidité à compter du mois de février 2004.

11. Le recourant, représenté par un mandataire, obtient partiellement gain de cause, de sorte qu'il a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, fixée en l'espèce à 1'000 fr. (art. 61 let. g LPGA).
12. Au vu de l'issue du litige, un émolument de 1'000 fr. est mis à la charge de l'OCAI (art. 69 al. 1bis LAI).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'OCAI du 23 novembre 2006.
4. Dit et prononce que Monsieur R\_\_\_\_\_ présente un degré d'invalidité de 59 % ouvrant droit à une demi-rente d'invalidité depuis le mois de février 2004.
5. Condamne l'OCAI à payer au recourant la somme de 1'000 fr. à titre de participation à ses frais et 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

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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