

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4574/2007

ATAS/857/2009

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 4**

**du 1<sup>er</sup> juillet 2009**

En la cause

Monsieur J\_\_\_\_\_, domicilié à SIMMENTAL, comparant  
avec élection de domicile en l'étude de Maître VATERLAUS Doris

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Monique STOLLER  
FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Monsieur J\_\_\_\_\_, ressortissant kosovare né en 1964, est arrivé en Suisse en 1988. Il y a exercé la profession de ferrailleur jusqu'en 1994. Il a vécu à Genève de 1988 à 2007, puis s'est installé à Ehrlenbach dans le canton de Berne.
2. Le 11 juillet 1994, le recourant a été victime d'un accident de scooter ayant provoqué une fracture ouverte stade I des deux os de la jambe droite. Les suites de l'accident ont été prises en charge par la SUVA, assurance-accidents de l'employeur.
3. En date du 31 mai 1995, le recourant a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI). Dans ce cadre, l'OCAI a rassemblé diverses attestations médicales, provenant notamment du dossier de la SUVA.
4. Du 11 octobre au 15 novembre 1995, le recourant a été admis en observation à la Clinique de la SUVA à Bellikon. Dans un rapport du 17 novembre 1995, les médecins de la Clinique ont indiqué que le recourant ne pourrait reprendre son travail de ferrailleur tant que les douleurs persisteraient. Elles devraient cependant disparaître complètement après ablation du matériel d'ostéosynthèse et permettre au recourant de reprendre son métier de ferrailleur. Sa capacité de travail d'alors était estimée à 0%.
5. Par décision du 3 juin 1996, l'OCAI a octroyé au recourant une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juillet 1995 au 31 mai 1996. La rente d'invalidité a cependant continué à être versée au-delà du 31 mai 1996.
6. Une procédure de révision a été initiée par l'OCAI le 10 juillet 1996.
7. Dans un rapport du 13 avril 1997 à l'assurance-invalidité, le Dr M\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin traitant, a diagnostiqué une fracture comminutive de la jambe droite en 1994, orthéosynthésée par clou centromédullaire du tibia ainsi qu'une pseudarthrose de la rotule droite. L'assuré ne pourrait plus travailler en tant que ferrailleur, mais sa capacité de travail pourrait être complète en cas de réorientation pour un travail physique ou manuel léger.
8. Dans un rapport du 14 mai 1997, le Dr M\_\_\_\_\_, médecin de la SUVA, a diagnostiqué un status à trois ans d'une fracture ouverte des deux os de la jambe droite traitée par enclouage centromédullaire. Il a constaté le développement d'un syndrome fémoro-patellaire très douloureux et une persistance des douleurs lors de certaines sollicitations. L'état était stationnaire et l'assuré ne pouvait pas reprendre son travail de ferrailleur, dans lequel une activité partielle était irréalisable; il convenait dès lors de déterminer les possibilités professionnelles pour lui. Ce

médecin a proposé un nouveau séjour à la Clinique de la SUVA, en vue d'évaluer la capacité résiduelle de travail de l'assuré.

9. Du 23 juin au 31 juillet 1997, l'assuré a été hospitalisé à la Clinique de la SUVA de Bellikon. Les médecins y ont diagnostiqué une fracture ouverte de la jambe droite le 11 juillet 1994, avec développement ultérieur d'un syndrome fémoro-patellaire à droite. L'assuré présentait toujours une incapacité de travail totale et ne pourrait pas reprendre son activité de ferrailleur; il pouvait néanmoins envisager une activité à plein temps, légère à modérément contraignante, faisant alterner les charges et exercée principalement en position assise, sans levage ni port répétitif de charges (cf. rapport du 25 août 1997 de la Clinique de la SUVA).
10. Du 30 mars au 29 juin 1998, l'assuré a suivi un stage d'observation professionnelle dans le cadre de l'assurance-invalidité, lors duquel il a été constaté qu'il disposait d'une pleine capacité résiduelle de travail, avec un rendement normal, dans un poste adapté à ses limitations fonctionnelles, c'est-à-dire en position assise la majeure partie du temps (pas de maintien de la position debout, pas de port de charges ni de déplacements fréquents ou prolongés).
11. Dans un rapport du 4 septembre 2000, le Dr N\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste et médecin d'arrondissement de la SUVA, a relevé que toute activité sédentaire, notamment en position assise et sans port de charges, sans station debout et sans marche de longue durée, était possible. L'activité de ferrailleur ne pouvait quant à elle plus être exercée.
12. Par courrier du 28 septembre 2000, la SUVA a informé le recourant que, selon son service médical, il n'y avait plus lieu d'attendre du traitement d'amélioration notable. Par conséquent elle verserait des indemnités journalières jusqu'au 28 février 2001, afin de lui permettre de trouver un poste adapté, après quoi il serait statué sur le droit à la rente.
13. Par décision du 18 mai 2001, la SUVA a octroyé une rente d'invalidité de 25%, basée sur une comparaison des revenus avant et après invalidité. L'assuré a formé opposition à cette décision.
14. Dans un rapport du 28 mai 2001 à l'assurance-invalidité, le Dr M\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé s'était aggravé. Il a diagnostiqué une ostéomyélite à staphylocoques dorés de la rotule droite. Chaque effort et activité physique réveillaient localement l'infection. L'activité exercée jusqu'alors n'était pas exigible mais on pouvait exiger de l'assuré une autre activité, en grande partie assise, de 50 à 75%. Le patient devait éviter la position debout et la position accroupie mais pouvait travailler en position assise quatre à six heures par jour, sans port de charges.

15. Dans le cadre de l'assurance-accidents, l'assuré a été soumis à un examen médical le 13 novembre 2001. Dans leur rapport du même jour, les Drs O \_\_\_\_\_ et P \_\_\_\_\_, spécialistes en chirurgie et médecins de la SUVA, ont diagnostiqué une mise en charge minimale du genou droit suite à des douleurs fémoropatellaires accentuées avec limitation de la flexion et suspicion d'une ostéite chronique de la rotule. Ils ont relevé que des mesures thérapeutiques supplémentaires étaient nécessaires et que d'un point de vue médical, il n'existait pas encore de status final. On ne pouvait dès lors pas encore prendre position sur la capacité de travail exigible sur la base des séquelles de l'accident et sur le degré d'atteinte à l'intégrité, avant une décision thérapeutique définitive.
16. Par courrier du 20 décembre 2002, la SUVA a informé l'assuré qu'après un nouveau calcul comparatif des salaires, l'incapacité de gain s'élevait à 40,2%.
17. Le 12 juin 2004, l'assuré et la SUVA ont signé un accord selon lequel une rente d'invalidité LAA de 50% serait accordée à partir du 1<sup>er</sup> mars 2001.
18. En date du 3 février 2006, le recourant a été soumis à un examen bidisciplinaire au Service médical de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR). Dans leur rapport d'examen du 21 avril 2006, les Drs Q \_\_\_\_\_, psychiatre (signant psychiatre FMH), et R \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique, ont diagnostiqué des gonalgies persistantes à droite (ostéite à bas bruit de la rotule versus des lésions d'automutilation), un status après fracture diaphysaire des deux os de la jambe droite traitée par enclouage centromédullaire verrouillé en 1994, ainsi qu'un status après ablation d'un fragment de rotule droite en 1996. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient des lombalgies chroniques sans substrat anatomique et un vitiligo. Au plan psychiatrique, les médecins ont conclu que le status psychiatrique était dans les limites de la norme, le recourant ne souffrant d'aucune pathologie psychiatrique. En ce qui concernait la capacité de travail, celle-ci était entière sur le plan psychiatrique, mais sur le plan somatique, le travail de ferrailleur n'était plus exigible. En revanche, la capacité dans une activité adaptée s'élevait à 80%, compte tenu d'une diminution de rendement probable de 20%, due à l'augmentation des pauses et en raison des douleurs chroniques. L'assuré devait avoir un travail sédentaire ou semi-sédentaire dans lequel il puisse changer de la position assise à la position debout à sa guise et étendre son genou droit. Il devait éviter le port de charges supérieures à cinq kilos; des courts déplacements à plat étaient possibles. En position assise, il devait disposer d'un espace suffisant pour étendre son genou droit.

Ce même rapport d'expertise, daté initialement du 21 avril 2006, a été signé une nouvelle fois le 27 février 2007, par les Drs S \_\_\_\_\_, signant psychiatre FMH, Q \_\_\_\_\_, sans titre mentionné, R \_\_\_\_\_, signant chirurgie orthopédique et traumatologie FMH et T \_\_\_\_\_, signant médecin-chef.

19. Dans un avis sans examen clinique du 8 mai 2006, le SMR a confirmé les conclusions de l'examen, constatant que l'assuré présentait une capacité résiduelle de travail de 80% depuis un an après l'accident.
20. Par projet de décision du 6 novembre 2006, l'OCAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juillet 1995 au 30 novembre 2001. En effet, il ressortait des documents médicaux qu'il présentait une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée de 80% et que de la comparaison des revenus avant invalidité de 57'070 fr. en 2001 et après invalidité de 38'617 fr. (après réduction de 15% du revenu d'invalidité), découlait un taux d'invalidité de 32,3%, qui ne permettait plus le maintien de la rente.
21. Par courrier du 22 novembre 2006, le recourant a contesté ce projet de décision au motif qu'il ne pouvait plus travailler en raison de ses douleurs au genou et de ses problèmes psychiatriques. Il s'étonnait en outre du fait que son psychiatre traitant n'avait pas été contacté.
22. Suite à cette contestation, l'OCAI a demandé des renseignements au Dr U\_\_\_\_\_, psychiatre traitant. Dans un rapport du 20 février 2007, ce médecin a diagnostiqué un trouble anxieux dépressif mixte ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant. L'état de santé s'améliorait. La symptomatologie douloureuse persistait malgré le traitement psychiatrique. Le patient bénéficiait d'un traitement médicamenteux antidépresseur et de soins psychiatriques spécifiques (tout d'abord le Centre de thérapie brève). À l'heure actuelle, quasiment l'ensemble du tableau clinique était marqué par des symptômes douloureux avec quelques autres symptômes de la lignée anxio-dépressive (anxiété, irritabilité, troubles du sommeil, diminution du plaisir et de l'élan vital, etc.). Du point de vue psychiatrique, la capacité de travail était réduite d'environ 50% en raison de la symptomatologie anxio-dépressive accompagnée d'une très importante symptomatologie douloureuse persistante. Le pronostic restait très réservé et le risque existait d'une évolution vers une sinistrose.
23. Dans un avis sans examen clinique du 21 mars 2007, le SMR a relevé que l'existence d'un trouble anxieux dépressif mixte et d'un syndrome somatoforme douloureux persistant mentionnés dans le rapport du Dr U\_\_\_\_\_ n'avait pas été retrouvée par les experts du SMR. Le rapport du psychiatre traitant ne remettait pas en cause l'examen rhumato-psychiatrique pratiqué par le SMR, ni son rapport du 8 mai 2006.
24. Par courrier du 20 juin 2007, le Dr V\_\_\_\_\_ de l'Hôpital de Thun, spécialiste en médecine du sport, a fait part à la Dresse W\_\_\_\_\_, médecin traitant du recourant à Spiez (région du nouveau domicile de l'assuré), que les problèmes de santé et de douleurs du patient étaient liés à son atteinte au genou ainsi que probablement à une affection d'ordre psychiatrique, à savoir un syndrome de

Münchhausen (besoin de simuler une affection nécessitant une intervention chirurgicale).

25. Par décision du 5 novembre 2007, l'OCAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juillet 1995 au 30 novembre 2001. Pour la suite, il découlait de la comparaison des revenus avant et après invalidité, un taux d'invalidité de 33,2%, insuffisant pour permettre le maintien de la rente.
26. Par courrier du 21 novembre 2007, l'assuré a recouru contre cette décision auprès du Tribunal de céans, concluant à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité au minimum et subsidiairement à l'ordonnance d'une expertise psychiatrique. Il a en substance reproché à l'OCAI de n'avoir pris en compte que les avis des médecins-conseils de l'assurance-invalidité, d'avoir rendu sa décision six ans après le dernier rapport médical de son médecin traitant, de n'avoir pas demandé de rapport à son psychiatre et de n'avoir pas tenu compte du fait qu'il n'était plus en mesure de travailler en raison des douleurs qui l'empêchaient de se concentrer, le rendaient nerveux et dépressif. Enfin, il a transmis les coordonnées de ses nouveaux médecins (suite à son déménagement dans le canton de Berne), notamment celles de son psychiatre traitant.
27. Dans sa réponse du 4 février 2008, l'OCAI, se référant à l'examen du SMR, a conclu au rejet du recours. Il a expliqué que par décision du 3 juin 1996, le recourant avait été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, qu'il avait continué à percevoir jusqu'au 30 juin 1998. Une procédure de révision avait été initiée le 10 juillet 1996. Un stage de réadaptation professionnelle avait été mis sur pied du 30 mars au 29 septembre 1998 et un examen bidisciplinaire de février 2006 avait conclu à une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée depuis juillet 1995. Un projet de décision avait été rendu le 6 novembre 2006, accordant une rente entière du 1<sup>er</sup> juillet 1995 au 30 novembre 2001. S'agissant de la valeur probante de l'examen du SMR contesté par le recourant, il était manifeste que les experts avaient pris le temps de réaliser une anamnèse complète en tenant compte des plaintes et de l'avis de l'assuré. Dès lors, l'état de santé du recourant avait été clairement établi et une nouvelle expertise ne se justifiait pas.
28. Par courrier du 13 février 2008, le Tribunal a informé les parties que la cause était gardée à juger.
29. Le Tribunal de céans a repris l'instruction de la cause suite à la nomination d'office d'un conseil pour le recourant.
30. Par courrier du 15 octobre 2008, le recourant a transmis au Tribunal de céans ses observations complémentaires, concluant à l'octroi d'une demi-rente au moins dès le 1<sup>er</sup> décembre 2001. Il a critiqué le fait que l'OCAI avait retenu un taux d'invalidité différent du taux de 40,2% déterminé dans un premier temps par la SUVA et que

l'OCAI n'avait pas contesté. Ce comportement était selon lui constitutif d'une violation du principe de la bonne foi, des règles de procédure et de l'interdiction de l'arbitraire. Enfin, l'expertise SMR était lacunaire et les médecins ne pouvaient dire en 2006 quelle était la capacité de travail de l'assuré en 1995. À cette époque, les médecins de la SUVA avaient clairement indiqué que son état de santé n'était pas stabilisé et qu'il ne présentait pas de capacité de travail. Cette expertise n'avait dès lors aucune valeur probante.

31. Par courrier du 19 novembre 2008, le Tribunal de céans a interpellé l'OCAI, s'agissant du calcul de la rente d'invalidité.
32. Par ordonnance du 15 décembre 2008, le Tribunal a commis le Dr A\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour procéder à l'expertise du recourant.
33. Par courrier du 15 janvier 2009, l'OCAI a répondu que la rente avait été maintenue au-delà du 31 mai 1996 sur la base de la décision du 3 juin 1996 et de la communication à la Caisse genevoise de compensation du 3 avril 1996. Le recourant avait perçu sa rente jusqu'au 30 novembre 2001. Il y avait eu interruption du versement de la rente lorsqu'il était en stages, durant lesquels il avait alors perçu des indemnités journalières. La décision du 5 novembre 2007 faisait suite aux procédures de révision initiées en juillet 1996 et août 2003. En ce qui concernait la date du 30 novembre 2001, retenue pour la suppression de la rente, l'OCAI s'était fondé sur les rapports des Drs O\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_ qui concluaient à un état stationnaire depuis le rapport de novembre 2001.
34. L'expert psychiatre a rendu son rapport le 25 février 2009. Il avait examiné l'expertisé les 21 janvier pendant 65 minutes et 10 février 2009 pendant 90 minutes. Il a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique et une personnalité à traits émotionnellement labiles, type borderline. L'épisode dépressif avait valeur de maladie alors que les traits de personnalité accentués ne prenaient pas une dimension pathologique pour elle-même. L'assuré présentait une sensibilité à fleur de peau avec un ressenti d'agression et une réactivité proportionnelle de sa part. Il souffrait d'une limitation de sa capacité à se concentrer et d'une tension nerveuse augmentée en permanence. Il était impulsif, manquait de patience, souffrait de troubles du sommeil, d'un manque d'endurance et d'une fatigabilité consécutive. Il présentait un sentiment d'infériorité et un sentiment de ne pas être à la hauteur dans son rôle de père, d'époux et plus généralement d'individu. Il avait une mauvaise image de lui et évitait les relations qui le confrontaient à ce sentiment d'insuffisance. Il avait perdu la confiance en lui et il était incapable de se projeter dans l'avenir. Il se sentait inutile et appréhendait toute nouvelle situation d'échec. Il avait très probablement subi une perte de sa capacité de travail de 50 % depuis janvier 2002. De l'avis de l'expert, le recourant n'avait plus de capacité d'exercer une activité lucrative depuis

le 18 septembre 2004, selon les informations transmises par la Dresse B \_\_\_\_\_ (instauration du traitement d'Efexor en raison d'une aggravation de l'état psychique) et en tenant compte de l'évolution de l'état psychique de l'assuré depuis 1994. La Dresse U \_\_\_\_\_ avait quant à elle estimé la capacité de travail de l'expertisé à 50 %, sous l'angle psychiatrique, à fin 2006. L'expert pensait cependant que cette appréciation correspondait très probablement à une surestimation des aptitudes psychiques de l'assuré, liée à la manière dont ce dernier se présentait à autrui dans un premier temps. Si l'état psychique s'était transitoirement amélioré sous traitement psychiatrique, avec une médication non négligeable, sa vulnérabilité au stress avait persisté et son équilibre psychique était resté plus bancal qu'il ne l'était en 2002. L'expert rejoignait en tout cas l'avis du Dr C \_\_\_\_\_ qui estimait son patient en incapacité de travail complète depuis septembre 2007.

35. Dans ses observations du 3 avril 2009, l'intimé, se référant à un avis du SMR du 28 mars 2009, a admis que l'état de santé psychique de l'assuré s'était aggravé, entraînant une incapacité de travail totale, depuis septembre 2007. Dans leur avis, les Dresses Q \_\_\_\_\_ et T \_\_\_\_\_ ont relevé que l'expert s'était écarté de l'appréciation faite par le SMR en 2006, en évaluant la capacité de travail nulle dès septembre 2004, suivie d'une amélioration de son état de santé en décembre 2006 et à nouveau d'une incapacité totale de travail depuis le 1er septembre 2007 jusqu'à ce jour et de manière durable. Les médecins du SMR ont constaté que cette expertise était bien documentée et mettait en évidence de manière convaincante les éléments cliniques en faveur d'une aggravation de l'état de l'assuré qui avait développé une symptomatologie dépressive sévère. Cependant, il y avait encore des zones d'ombre anamnestique pour justifier dans les règles de l'art un diagnostic de trouble dépressif récurrent. Selon la CIM-10, le diagnostic de trouble dépressif récurrent était caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs correspondant à la description d'un épisode dépressif léger, moyen ou sévère en l'absence de tout antécédent d'épisode indépendant d'exaltation de l'humeur et d'augmentation de l'activité répondant aux critères d'une manie. Entre les épisodes, le sujet ne présentait habituellement aucun symptôme dépressif. Or, jusqu'à l'examen clinique du SMR du 3 février 2006, aucun document psychiatrique ne mettait en évidence l'existence d'un premier épisode dépressif diagnostiqué selon la CIM10. L'assuré déclarait d'ailleurs lui-même qu'il n'avait jamais eu d'antécédent psychiatrique et n'avait jamais bénéficié d'une prise charge psychiatrique ambulatoire ou hospitalière. L'assuré n'avait débuté une prise en charge psychiatrique ambulatoire que sept mois après l'examen du SMR. La Dresse U \_\_\_\_\_ qui avait suivi le recourant du 17 novembre 2006 au 1er mars 2007 avait retenu les diagnostics de trouble anxieux dépressif mixte, de syndrome douloureux somatoforme persistant et de syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation épisodique. Elle attestait d'une incapacité de travail à 50 % depuis le 25 octobre 2006. Le diagnostic de premier épisode dépressif d'intensité légère, moyenne ou sévère ne figurait pas dans le rapport de ce médecin. Par conséquent, selon les critères cliniques de la CIM-10, il

ne s'agissait pas d'un trouble dépressif récurrent car l'assuré développait un premier épisode dépressif réactionnel en septembre 2007, attesté par le psychiatre traitant et objectivé par l'expert, d'intensité sévère, en janvier et février 2009. Par ailleurs, la date de septembre 2007 était basée sur un entretien téléphonique de l'expert avec le nouveau psychiatre traitant, avec lequel l'assuré avait eu une douzaine d'entretiens entre septembre 2007 et février 2009, donc à une fréquence incompatible avec l'aggravation décrite. En conclusion, les médecins du SMR constataient que l'aggravation de l'état de santé de l'assuré était située en septembre 2007, en l'absence de nouveaux éléments psychiatriques qui puissent prouver l'existence d'une pathologie psychiatrique à caractère incapacitant connue à la date de l'examen clinique du SMR. Enfin, le caractère réactionnel de la pathologie dépressive chez un assuré jeune avec des ressources d'adaptation préservées fondait un pronostic favorable.

36. Le recourant n'a pas formulé d'observation et 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, RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI, RS 831.40).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. 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 5 novembre 2007 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique 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. 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).

En revanche, les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008 (à l'exception de l'art. 68quater entré en vigueur rétroactivement le 1er juillet 2007) ne sont pas applicable au cas d'espèce.

4. En l'occurrence, il s'agit de déterminer le degré d'invalidité du recourant.

a) 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).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> 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 294 consid. 4c *in fine*).

b) 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 4ème 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 4ème 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).

En vertu de l'art. 88a al. 2, première phrase du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI), si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

c) 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 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 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'écarte 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. Se trouvent au dossier plusieurs rapports des médecins et psychiatres traitants, notamment de la Dresse U\_\_\_\_\_, psychiatre, des rapports des médecins d'arrondissement de la SUVA, une expertise bidisciplinaire du SMR du 21 avril 2006 et une expertise psychiatrique du Dr A\_\_\_\_\_ du 25 février 2009.

Il appert que sur le plan physique, l'assuré présente une capacité résiduelle de travail, dans une activité adaptée, de 80 %. Au plan psychique, la Dresse U\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un trouble anxieux dépressif mixte ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Selon elle, le patient présente une capacité de travail de 50 % au plan psychique. Le Tribunal de céans a ordonné une expertise judiciaire psychiatrique, conduite par le Dr A\_\_\_\_\_, en raison notamment de l'irrégularité qui entachait le rapport d'examen du SMR - la Dresse

Q \_\_\_\_\_ avait usé du titre de psychiatre FMH alors qu'elle n'en avait pas le titre -, ce qui amoindrissait grandement la valeur probante dudit examen.

Il convient dès lors de déterminer la valeur probante de l'expertise judiciaire. L'expert s'est livré à une analyse du dossier, à une anamnèse (personnelle, familiale et socio-professionnelle). Il détaille le traitement actuel, relate les plaintes subjectives de l'expertisé, formule des observations. Il a pris contact avec les médecins traitant de l'assuré, a posé des diagnostics clairs et s'est livré à une discussion, tout en répondant de manière circonstanciée aux questions posées par le Tribunal de céans. Ses conclusions sont claires, bien motivées et convaincantes ; l'expertise est en outre exempte de contradictions et l'expert explique pourquoi il retient telle opinion et pourquoi il s'oppose à telle autre. Au vu de ce qui précède, il convient de constater que cette expertise claire et convaincante, dûment motivée, a pleine valeur probante au sens de la jurisprudence fédérale.

L'expert pose les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques et de personnalité à traits émotionnellement labiles, type borderline. Il explique pourquoi il ne retient pas le diagnostic de trouble somatoforme douloureux; en effet, l'assuré présente un état de séquelles de son accident avec probables affections osseuses non cicatrisées et encore actives. Cette affection physique peut engendrer une douleur chronique. Par ailleurs, les problèmes psychosociaux sont consécutifs à l'affection physique et n'ont pas préexisté à ces lésions. Les critères de la CIM-10 ne sont dès lors pas remplis pour un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme. L'expert retient une incapacité totale de travail depuis le 18 septembre 2004, selon l'anamnèse et les informations transmises par la Dresse B \_\_\_\_\_, qui instaure à ce moment un traitement antidépresseur en raison d'une aggravation de l'état psychique. Il explique sa divergence d'opinion par rapport à la psychiatre traitant concernant le taux de capacité de travail. En effet, selon lui, l'appréciation de la Dresse U \_\_\_\_\_ correspond très probablement à une surestimation des aptitudes psychiques de l'assuré, liée à la manière dont ce dernier se présente à autrui dans un premier temps. En effet, la tendance à agir de l'assuré, associée à la faille narcissique qui l'entraîne à masquer ses dysfonctionnements plutôt qu'à les afficher, a, de l'avis de l'expert, certainement contribué à ce que son état psychique soit surestimé. En réalité, l'expertisé se trouve dans un état de détresse psychique sévère depuis au moins quatre ans. Ses mécanismes de défense sont dépassés et il flotte au gré des événements, subissant de plein fouet une désintégration complète de son sentiment d'identité. Actuellement encore, il a une mauvaise image de lui, se sent coupable, inutile. Il souffre de troubles du sommeil, de troubles de la concentration, d'une perte totale de la fonction sexuelle et d'idées de suicide récurrentes. Il reste irritable, susceptible et exprime un ressenti paranoïde qui traduit un état de décompensation de son fonctionnement de personnalité. Selon l'expert, le trouble dépressif fluctue en fonction des circonstances extérieures depuis 10 ans. Il était léger dans un premier temps, probablement depuis 1999; il est devenu moyen en

janvier 2002 et grave en septembre 2004. Il a probablement varié de moyen à grave depuis 2004. Il est actuellement grave. L'épisode dépressif a valeur de maladie, alors que les traits de personnalité ne prennent pas une dimension pathologique pour eux-mêmes. Les limitations fonctionnelles sont les suivantes. L'expertisé présente une sensibilité à fleur de peau, avec un ressenti d'agression et une réactivité proportionnelle de sa part. Il souffre d'une limitation de sa capacité à se concentrer et d'une tension nerveuse augmentée en permanence. Il est impulsif, manque de patience, souffre de troubles du sommeil, d'un manque d'endurance et d'une fatigabilité. Il présente un sentiment d'infériorité et un sentiment de ne pas être à la hauteur dans son rôle de père, d'époux et plus généralement d'individu. Il a une mauvaise image de lui et évite les relations qui le confrontent à ce sentiment d'insuffisance. Il a perdu la confiance en lui et est incapable de se projeter dans l'avenir. Il se sent inutile et il appréhende toute nouvelle situation d'échec. L'expert explique que le recourant présente une incapacité de travail de l'ordre de 50 % au moins depuis janvier 2002 sous l'angle psychiatrique. Il arrive à cette conclusion en comparant l'évaluation dans le stage professionnel en 1998 à l'observation des rhumatologues des Hôpitaux Universitaires de Genève en décembre 2001 et janvier 2002. Alors que l'assuré est décrit comme motivé et volontaire en 1998, il est décrit comme dépressif et inactif en janvier 2002. De surcroît, le médecin de famille confirme l'apparition d'une symptomatologie dépressive importante justifiant l'introduction d'un traitement antidépresseur en janvier 2002. L'incapacité de travail est probablement nulle dès septembre 2004 mais l'expertisé semble avoir présenté une amélioration de son état en décembre 2006 (cf. rapport de la Dresse U\_\_\_\_\_). Il présente de nouveau une incapacité de travail complète depuis le 1er septembre 2007 jusqu'à ce jour et cela de manière durable.

Quant aux remarques du SMR sur la validité des diagnostics posés, elles ne remettent pas en question la valeur probante de l'expertise. D'ailleurs l'intimé a reconnu à l'assuré, sur la base de l'expertise, une incapacité totale de travail depuis septembre 2007.

Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans suivra l'ensemble des conclusions de l'expertise judiciaire et reconnaîtra au recourant une incapacité de travail de 50 % depuis janvier 2002 sous l'angle psychiatrique, puis une incapacité de travail entière depuis septembre 2004. Il aura dès lors droit à une rente entière d'invalidité jusqu'au 31 mars 2002, compte tenu de l'art. 88a al. 1 RAI et du fait que la rente entière a été versée jusqu'en novembre 2001, puis supprimée sans qu'il y ait à ce moment une amélioration de l'état de santé. Il aura droit à une demi-rente d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> avril 2002 jusqu'au 30 novembre 2004, puis à une rente entière depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2004 pour une durée indéterminée, compte tenu de l'art. 88a al. 2 RAI.

6. Il appert que le recours, bien fondé, sera admis au sens des considérants. Le recourant qui obtient gain de cause aura droit à des dépens fixés à 1'800 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'intimé du 5 novembre 2007.
4. Dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité jusqu'au 31 mars 2002, à une demi-rente du 1<sup>er</sup> avril 2002 au 30 novembre 2004, puis à une rente entière depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2004 pour une durée indéterminée.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant 1'800 fr. à titre de participation à ses dépens.
6. Met un émolument de 1'000 fr. à la charge de l'intimé.
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

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