RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

**A/520/2004** **ATAS/640/2005**

# ARRET

# DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

## Chambre 4

## du 27 juillet 2005

En la cause

| | |
|---|---|
| **Monsieur P_____**, représenté par Maître MEYER Daniel, en l'Etude duquel il élit domicile | recourant |
| contre | |
| **OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE**, sis rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13 | intimé |

**Siégeant : Madame Juliana BALDE, Présidente; Mesdames Karine STECK et Maya CRAMER, Juges**

## EN FAIT

1. Monsieur P_____, né en février 1975, de nationalité bosniaque, a dû interrompre son apprentissage de mécanicien automobile à Brcko et rejoindre ses parents en Suisse au début de la guerre de Bosnie-Herzégovine en 1992.

2. Après avoir fréquenté une école pendant une année pour apprendre la langue française, l'intéressé a travaillé de 1993 à 1996 en tant que serveur au mini-bar des wagons restaurants des CFF. Il a ensuite été au chômage pendant sept mois. En septembre 1997, il a été engagé par X_____ SA en qualité de sécheur à la machine à papier.

3. L'intéressé a été victime d'un accident de travail en date du 26 mai 1999 : alors qu'il voulait retirer du papier autour d'un rouleau guide-feutre, il s'est fait prendre l'avant-bras droit entre le rouleau et le feutre. Les médecins ont diagnostiqué un écrasement du membre supérieur droit avec fracture diaphysaire radiale et cubitale, opérée en urgence le jour même aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) avec stabilisation par plaque et vis. L'assuré a été en incapacité de travail à 100 % depuis cette date et la SUVA a pris en charge le cas.

4. L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation de Sion (ci-après CRR) du 1er mars 2000 au 5 avril 2000. Dans leur rapport à la SUVA du 7 avril 2000, les médecins de la CRR ont relevé que l'évolution était lentement favorable sous traitement de physiothérapie avec récupération d'une mobilité quasi complète. Il persistait toutefois une faiblesse importante du membre supérieur droit et des douleurs résiduelles de l'avant-bras et du poignet avec apparition, deux à trois semaines avant son admission, de nouvelles douleurs dans la région dorsale de la main. Le chirurgien de la main a confirmé la nécessité de procéder à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. Une scintigraphie osseuse et un nouveau bilan radiologique ont permis d'exclure une nouvelle pathologie ou lésion qui aurait passé inaperçue ; ces examens n'ont pu expliquer les douleurs diffuses du carpe, de sorte qu'une discordance évidente entre les plaintes et les constatations objectives a été notée. L'assuré, qui s'était montré motivé et collaborant, avait repris contact avec son employeur qui avait la possibilité de le reprendre à mi-temps dans un poste léger au laboratoire de l'entreprise ; le stage effectué avait été concluant. La capacité de travail était de 50 % dès le 6 avril 2000 et devait être réévaluée dans les deux mois.

5. Dès la reprise de travail, la situation s'est dégradée et le 28 avril 2000, l'assuré a été mis à nouveau en incapacité de travail à 100 % par le Docteur A_____, spécialiste en chirurgie orthopédique. L'examen neurologique pratiqué le 22 mai 2000 par le Docteur B_____ n'a pas révélé d'atteinte neurologique des nerfs médians. En raison d'une réaction dépressive, l'assuré a été pris en charge par la Doctoresse C_____ dès le mois de juin 2000. Contestée dans un premier

temps, l'incapacité totale de travail a été finalement admise par le médecin-conseil de la SUVA le 7 août 2000, jusqu'à nouvel avis.

6. Le 6 octobre 2000, l'intéressé, par l'intermédiaire de son mandataire, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal AI (ci-après OCAI) tendant à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession ou d'une rente.

7. Dans son rapport du 16 octobre 2000 à l'attention de l'OCAI, la Doctoresse C_____, psychiatre, indique qu'elle suit le patient depuis le 26 juin 2000. Elle a posé les diagnostics de réaction dépressive classé 33.1 selon CIM-10, douleurs chroniques du poignet droit et de traumatisme par écrasement du membre supérieur droit. A son avis, l'incapacité de travail du patient relève des troubles physiques et des mesures professionnelles était indiquées, le plus rapidement possible, dans une activité où il n'utilisera pas son avant-bras droit. Le Docteur D_____, rhumatologue, a indiqué que le patient l'avait consulté plusieurs fois depuis le mois de mai 2000 pour deux affections non invalidantes, à savoir des épigastralgies par intermittence consécutives à une hernie hiatale et des lombalgies d'origine musculo-ligamentaire, qui n'ont aucune répercussion sur sa capacité de travail. Il a également posé le diagnostic de syndrome douloureux chronique du membre supérieur droit post-traumatique et a renvoyé l'OCAI aux conclusions du Docteur A_____ s'agissant de l'incapacité de travail.

8. Le 29 janvier 2001, le Docteur A_____ a procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. Dans son rapport à l'attention de l'OCAI du 4 mai 2001, il a indiqué que le patient était en incapacité de travail à 100 % depuis le 26 mai 1999 à ce jour, dans l'activité de sécheur à la papeterie. L'état de santé était décrit comme stationnaire et le pronostic mauvais.

9. Par communication du 6 juin 2001, l'OCAI a mis l'assuré au bénéfice d'une mesure d'observation professionnelle au Centre d'intégration Professionnelle (COPAI) de Genève, du 3 septembre au 30 septembre 2001, assortie d'indemnités journalières.

10. Le COPAI a rendu son rapport le 16 novembre 2001, concluant théoriquement à une capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible entière dans un emploi adapté (simple, léger, sans port de charge simultané des deux mains, ne sollicitant pas trop le membre supérieur droit et de préférence en position assise). Le stage avait finalement eu lieu du 3 septembre au 28 octobre 2001. Le médecin du COPAI a cependant proposé une expertise psychiatrique de l'assuré, en raison des revendications prévisibles et d'une suspicion d'exagération volontaire.

11. Le 9 novembre 2001, l'assuré a été admis à l'Unité d'urgences psychiatriques des HUG pour une symptomatologie anxio-dépressive. Du 20 novembre 2001 au 8 décembre 2001, il a été hospitalisé à la Clinique genevoise de Montana, où les médecins diagnostiquèrent un trouble somatoforme douloureux, avec comme

comorbidités un trouble dépressif récurrent, épisode sévère, sans symptôme psychotique et un status post-ostéosynthèse radiale et cubitale.

12. Le Docteur E_____, psychiatre, a adressé son rapport à l'OCAI en date du 5 avril 2002, indiquant que son patient présentait un trouble somatoforme douloureux, un état dépressif récurrent, épisode actuel sévère et un status post-ostéosynthèse. Sa thymie était triste, les affects plats, il présentait un ralentissement psychomoteur important, une agoraphobie, des idées noires et suicidaires. Des particularités comportementales de nature sociale, culturelle ou familiale ne jouaient aucun rôle dans l'affection actuelle et l'incapacité de travail était de 100 %.

13. Le 15 mai 2002, l'OCAI a confié une expertise psychiatrique au Docteur F_____. L'expert a eu deux entretiens avec l'assuré, en date des 27 septembre et 4 octobre 2002 et s'est entretenu téléphoniquement avec les Docteurs C_____ et E_____. Dans son rapport d'expertise du 15 novembre 2002, le Docteur F_____ a relevé que l'examen clinique n'a pas montré de signes de la lignée psychotique, ni de symptômes d'anxiété physique d'apparition brutale. Il n'a pas retenu le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique évoqué par le Docteur G_____, les critères n'étant point remplis. Il a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, utilisation nocive pour la santé, F10.1 et d'exagérations symptomatiques et absence de sincérité liées à des revendications non médicales Z 76.2. Il n'a pu dater l'apparition de ces troubles, étant donné la dissimulation des consommations éthyliques. Les troubles anxieux et dépressifs mal définis n'entraient pas dans le cas d'un trouble dépressif défini au sens de l'ICD-10. Dans son appréciation du cas, la dépendance à l'alcool faisait envisager des mesures de sevrage et un maintien de l'abstinence. Sur le plan psychique, l'assuré présentait, au moment des entretiens avec l'expert début octobre 2002, une incapacité de travail liée à l'éthylisme chronique, mais l'expert pensait qu'il exagérait les conséquences de ses roubles dépressifs et leur implication fonctionnelle professionnelle. De septembre à octobre 2001, au moment du stage COPAI, il apparaît selon la Doctoresse C_____ que l'assuré ne prenait pas ses médicaments, ne venait pas aux rendez-vous fixés et qu'il n'était pas possible d'établir un setting thérapeutique. Un emploi sur des machines était momentanément contre-indiqué, en raison de l'éthylisme. Mais à ce moment-là, aucun trouble psychique réel n'influençait la capacité de travail. Avec la poursuite de l'éthylisme, il existait une capacité résiduelle de travail de 0 % ; avec arrêt de l'éthylisme et maintien de l'abstinence, la capacité résiduelle de travail, pour motifs psychiatriques, était de 100 % dans l'activité exercée jusqu'ici. L'expert a indiqué que depuis le 3 septembre 2001, le degré d'incapacité de travail réelle était de 0 % ; en septembre 2002 et en octobre 2002, l'incapacité de travail était de 100 % depuis au moins deux semaines en raison d'une utilisation d'alcool nocive pour la santé Les dosages des ALAT et la CDT permettaient de faire remonter avec un degré de certitude significatif les consommations excessives d'alcool et l'incapacité de

travail y relative à une date ultérieure au 22 novembre 2001, après le séjour à la Clinique genevoise de Montana. Des mesures de réadaptation professionnelles étaient envisageables, avec comme condition préalable un sevrage et un maintien de l'abstinence de l'alcool.

14. Par décision du 12 mai 2003, l'OCAI a refusé à l'assuré tout droit à des prestations de l'assurance-invalidité, au motif qu'il ne présentait aucune limitation fonctionnelle du point de vue psychiatrique, ni de baisse de rendement et que sa capacité de travail a pu être évaluée à 100 % dans un emploi adapté, en dehors des périodes durant lesquelles il consommait exagérément de l'alcool. Après comparaison des gains, le degré d'invalidité retenu est de 25,41 %, insuffisant pour ouvrir droit à une rente.

15. L'assuré a formé opposition par l'intermédiaire de son conseil le 3 juin 2003, contestant que le stage d'observation professionnelle puisse avoir valeur probante pour juger de sa capacité de travail, dans la mesure qu'il a débuté avec une semaine de retard et qu'il a été contraint de l'interrompre avant son terme pour des raisons indépendantes de sa volonté. Il a fait valoir que l'expertise psychiatrique avait relevé la présence de troubles psychiques mineurs, mais a contesté une consommation exagérée d'alcool tout comme le refus de suivre le traitement médicamenteux qui lui a été prodigué. Il estime qu'en additionnant l'atteinte physique et psychique, il doit être reconnu invalide à 50, voir 60 %. Il a sollicité un délai pour produire un certificat médical du Docteur E_____.

16. Le Docteur E_____ a adressé un rapport intermédiaire à l'OCAI en date du 17 septembre 2003, précisant que l'état de santé de son patient était stationnaires, que la capacité de travail était de 50 % dans une activité adaptée, dès que possible.

17. Par décision du 6 février 2004, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assuré, au motif que les atteintes physiques et psychiques avaient déjà été évaluées.

18. Le 12 mars 2004, l'assuré a interjeté recours, faisant valoir que du seul point de vue somatique, l'OCAI a retenu un degré d'invalidité de 25,41 % et qu'il présente de surcroît des troubles anxieux et dépressifs. Il conteste toutefois avoir une quelconque dépendance à l'alcool et se soustraire au traitement par antidépresseurs. D'autre part, la SUVA envisagerait de lui verser une rente pour un degré d'invalidité de 28 % pour les seules lésions traumatiques. Il conclut à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité.

19. Dans sa réponse du 13 avril 2004, l'OCAI a conclu au rejet du recours, se référant à sa décision.

20. Dans ses écritures complémentaires du 3 juin 2004, l'OCAI expose qu'il a tenu compte de l'ensemble des atteintes à la santé du recourant, rappelant que c'est suite au stage COPAI et au vu du comportement de l'assuré qu'une expertise

psychiatrique a été ordonnée. Or, selon l'expert, aucun élément ne permet de justifier une quelconque diminution de la capacité de travail du recourant. Quant au fait que la SUVA envisagerait de verser une rente pour un degré d'invalidité de 28 %, l'OCAI relève que cette évaluation est proche de la sienne.

21. Chacune des parties a persisté dans ses conclusions et la cause a été gardée à juger.

## EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 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 sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959.

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

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Lorsque toutefois l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer le principe général de droit transitoire, selon lequel - même en cas de changement de bases légales - les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits. Aussi le droit à une 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 433 consid. 1 et les références). 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). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

4. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

   Il y a lieu de préciser que 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, 105 V 207 consid. 2). 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, 105 V 158 consid.1).

   Selon l'art. 28 al. 1 LAI, en 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 une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins.

   La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; Spira, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane Blanc, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

5. En l'espèce, le recourant a été en incapacité de travail à 100 % suite à l'accident professionnel du 26 mai 1999 au cours duquel l'avant-bras droit a été écrasé et deux os fracturés. Suite à ce traumatisme, une faiblesse importante du membre supérieur droit a été observée et l'assuré a développé des douleurs chroniques. Selon le rapport de la Clinique de réadaptation où l'assuré a séjourné du 1er mars 2000 au 5 avril 2000, une reprise de travail à 50 % dans une activité adaptée a été envisagée dès sa sortie de la clinique, à partir du 6 avril 2000, à réévaluer dans 8 semaines.

   Le recourant a repris le travail à 50 % dans la même entreprise, dans un poste adapté ménageant l'avant-bras droit, au laboratoire, en doublure. Cette reprise de travail s'est soldée par un échec et une incapacité de travail de 100 % a été à nouveau attestée par le Docteur A_____, dès le 19 avril 2000. Le recourant a été examiné par le Docteur H_____, médecin de la SUVA le 7 juin 2000 ; dans son rapport du 8 juin 2000, le médecin-conseil a estimé que théoriquement, la capacité de travail était de 50 % dans un travail léger, tout en relevant que l'état n'était pas stabilisé à ce moment. Il proposait de voir avec le médecin-traitant pour l'ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO) dès que celui-ci le jugerait utile. Le Docteur A_____ pour sa part, était d'un avis contraire, et concluait à une incapacité de travail de 100 %. Finalement, le médecin-conseil de la SUVA a admis l'incapacité de travail de 100 % dès le 19 avril 2000, jusqu'à nouvel avis, ce que la SUVA a confirmé à son assuré, par courrier du 7 août 2000, en l'informant qu'elle continuerait de verser des indemnités journalières sur la base d'une incapacité de travail totale. Le recourant a été à nouveau examiné par le médecin de la SUVA le 3 octobre 2000 ; dans son rapport du 4 octobre 2000, le Docteur H_____ relevait que radiologiquement les fractures étaient totalement consolidées, l'état étant considéré comme stabilisé. Les troubles psychogènes traités actuellement par une psychothérapie régulière n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident, ni les troubles de l'épaule droite et les signes de tendinites suite à l'échographie du 6 septembre 2000. Il proposait une nouvelle fois une AMO dans un proche avenir si possible et pensait qu'en attendant, une capacité de travail entière pouvait être reconnue dès maintenant, dans la mesure où il n'y a pas de port de charge moyen à lourd.

   L'AMO a été pratiquée par le Docteur A_____ le 29 janvier 2001. Dans son examen médical final du 20 avril 2001, le médecin de la SUVA a mentionné que le patient se plaignait de douleurs persistantes de l'avant-bras, du poignet et de l'épaule, ainsi que d'un manque de force. Il a constaté une réduction modérée de la mobilité du poignet droit, un manque de force et une discrète réduction de la

mobilité de l'épaule droite. Il a précisé que l'état était à considérer comme stabilisé après l'AMO. Les douleurs chroniques, sans lésion nerveuse selon l'EMG du 22 mai 2000, pouvaient être retenues comme en relation avec l'écrasement des tissus. Le recourant ne pouvait plus porter des charges moyennes à lourdes avec le membre supérieur droit ; dans une activité adaptée, une capacité de travail serait médicalement possible à plein temps et à plein rendement. Le 27 avril 2001, la SUVA a mis fin au paiement des soins médicaux et a informé l'assuré qu'elle versera les indemnités journalières jusqu'au 30 septembre 2001 sur la base d'une incapacité de travail de 100 %, afin de lui permettre d'entreprendre par ses propres moyens ou avec le concours de l'AI des démarches pour trouver un poste de travail adapté.

Depuis le mois de mai 2000, le recourant a consulté le Docteur D_____ pour des douleurs lombaires et des épigastralgies par intermittence, affections qui ne présentaient pas de caractère invalidant.

6. Le recourant a été mis au bénéfice d'un stage d'observation professionnelle COPAI du 3 septembre 2001 au 28 octobre 2001, afin d'évaluer ses capacités professionnelles. Dans son rapport du 16 novembre 2001, le COPAI a relevé que le comportement du recourant avait engendré de nombreuses interrogations chez les maîtres d'atelier et chez les responsables de stages en entreprise ; les recoupements faits au sujet des absences et des fatigues ne correspondaient pas à ce que l'assuré déclarait. Les maîtres d'atelier ont conclu à une capacité de travail entière, avec un rendement de 85 % améliorable, dans une activité adaptée ne mettant pas en jeu l'emploi du membre supérieur droit, tel que surveillant de musée, contrôleur dans l'industrie et les branches annexes à l'horlogerie, vendeur de matériel audio, après une mise au courant en entreprise et/ou une mise à niveau en français. Compte tenu du comportement de l'assuré en stage en entreprise, il n'a pas été proposé de période de réentraînement, car celle-ci serait vouée à l'échec et une conclusion théorique sur la base du dossier a été proposée. Le Docteur I_____ a relevé que l'assuré se plaignait de douleurs et de faiblesse résiduelle, ainsi que de symptômes dépressifs qui pourraient entrer dans le cadre d'un syndrome de stress post-traumatique, dont l'authenticité était cependant douteuse, dans la mesure sa psychiatre pensait qu'il ne prenait pas ses médicaments, signalait qu'il ne venait pas aux rendez-vous fixés et qu'il était peu collaborant. Il se rangeait à l'avis du COPAI pour ce qui concernait la capacité de travail physique, mais estimait qu'il était souhaitable de procéder à une expertise psychiatrique, en présence d'une suspicion d'exagération volontaire.

7. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge pas

l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc; RAMA 1996 no U 256 p. 217 ss consid. 5 et 6). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 consid. 4b; ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et les arrêts cités). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2).

Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3; Ulrich Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in : René Schauffhauser/Franz Schlauri (éd.), Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 64 sv., et note 93). En effet, selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (voir sur ce point Meyer-Blaser, op. cit. p. 76 ss, spéc. p. 81 sv.). Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération (SVR

2003 IV no 1 p. 2 consid. 3b/bb; voir aussi Meyer-Blaser, op. cit. p. 83, spéc. 87 sv. ) - plus raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 sv. consid. 2b et les références; ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 in fine; Meyer-Blaser, op. cit. p. 76 ss, spéc. 80 ss).

8. Il résulte des pièces du dossier que le recourant a été suivi par la Doctoresse C_____ depuis le mois de juin 2000, pour une réaction dépressive. Dans son rapport du 16 octobre 2000, ce médecin a déclaré qu'à son avis, l'incapacité de travail était due à des problèmes physiques et non psychiques. Le recourant a interrompu le traitement avec la Doctoresse C_____ et a été pris en charge par le Docteur E_____ depuis septembre 2001, qui a posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, avec comme comorbidité un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère et un status post - osthéosynthèse. L'incapacité de travail était de 100 %. (cf. rapport du 5 avril 2002).

   Le Docteur F_____, qui a procédé à l'expertise psychiatrique du recourant en automne 2002, n'a pas constaté de symptômes de la lignée psychotique, ni de troubles relationnels graves permettant de poser le diagnostic de trouble de la personnalité. L'assuré n'exprimait pas d'idées suicidaires. Il n'existait pas non plus de symptômes d'anxiété physique d'apparition brutale, sans raison apparente ou par agoraphobie correspondant à des attaques de panique. Les examens sérologiques pratiqués ont révélé une non compliance médicamenteuse à la prescription des anti-dépresseurs, ainsi qu'une dépendance éthylique, dissimulée par l'assuré. L'expert a expliqué qu'il n'avait pas retenu le diagnostic troubles somatoformes douloureux, car il n'existait pas de critères diagnostiques ; l'assuré ne consultait pas répétitivement les médecins et comprenait bien les causes et les conséquences de son accident, il ne présentait pas de douleurs multiples et variables évoluant depuis

de nombreuses années, mais uniquement des plaintes systématisées correspondant au bras droit, et les symptômes de gêne physique n'étaient pas à l'origine d'un sentiment persistant de détresse. Il a retenu les diagnostics de troubles mentaux et troubles de comportement liés à l'utilisation de l'alcool nocive pour la santé, classé F 10.1 selon l'ICD-10, et d'exagérations symptomatiques et absence de sincérité liées à des revendications non médicales, Z 76.2. Les troubles anxieux et dépressifs, mal définis, permettaient de retenir des trais dépressifs qui n'entraient pas dans le cadre d'un trouble dépressif défini au sens de l'ICD-10. Lors du stage COPAI, il n'y avait pas de motifs médico-psychiatriques justifiant une incapacité de travail de 20 % au moins. En revanche, au moment des entretiens, en septembre et octobre 2002, une incapacité de travail de 100 % existait depuis au moins deux semaines, en raison d'une utilisation d'alcool nocive pour la santé sans critères formels de dépendance éthylique. Pour des motifs psychiatriques, avec arrêt de l'éthylisme, maintien de l'abstinence et le manque de motivation atténué, la capacité résiduelle de travail est de 100 %, sans diminution de rendement. L'expert a relevé au surplus que la capacité de travail pouvait se retrouver tout au plus en un mois de traitement de l'abstinence, si l'assuré, qui montrait des signes évidents d'absence de motivation à toute activité professionnelle proposée au cours du stage COPAI, changeait radicalement d'attitude et ne mettait pas en échec les mesures de sevrage éthyliques.

Le recourant conteste les conclusions de l'expertise du Docteur F_____, faisant valoir que l'expert a bien mis en évidence des troubles anxieux et dépressifs, mais qu'il prétend que ces troubles sont liés à une consommation d'alcool excessive, ce qu'il conteste. Il soutient que sa souffrance psychologique est la conséquence de l'affection somatique dont il est atteint et que c'est parce qu'il est affecté moralement qu'il tente occasionnellement de trouver une échappatoire dans la consommation d'alcool. Enfin, s'il omet parfois d'absorber la dose quotidienne de médicaments, il faut y voir un indice de son affection psychique et non une preuve de non compliance médicamenteuse. Au vu de l'ensemble de ses atteintes à la santé, il doit être reconnu invalide à raison de 50 à 60 %.

9. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

Selon la jurisprudence du TFA, le médecin traitant a un mandat de soins. Il est dans une position particulière, en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute l'incapacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988, p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise, en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant (VSI 2001 p. 109 consid. 3b/bb). Pour ce qui concerne les rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plädoyer 6/94 p. 67).

10. En l'occurrence, le Tribunal de céans constate que le Docteur F_____ a procédé à l'examen du recourant lors de deux entretiens d'une heure, qu'il a pris en compte les plaintes exprimées, que l'anamnèse est complète, qu'il s'est entouré de tous les renseignements médicaux utiles et a pris connaissance de l'intégralité du dossier, qu'il a fait procéder à des examens sérologiques ; ses conclusions sont claires et bien motivées, de sorte que l'expertise remplit tous les réquisits exigés par la jurisprudence pour lui conférer pleine valeur probante, de sorte que sur le plan médical, le Tribunal de céans n'a pas de motif de le remettre en cause. Il a ainsi clairement conclu à ce que la capacité de travail du recourant était entière du point de vue psychique au moment du stage COPAI qui s'est déroulé de septembre à octobre 2001 et qu'il existait une incapacité de travail de 100 % au moment des entretiens qu'il eu avec l'expertisé les 27 septembre 2002 et 4 octobre 2002, depuis au moins deux semaines, en raison d'une consommation éthylique nocive pour la santé, confirmée par les résultats des examens sérologiques. Ces derniers ont permis à l'expert, avec un degré de certitude significatif, de faire remonter les consommations excessives d'alcool et l'incapacité de travail y relative à une date ultérieure au 22 novembre 2001, après le séjour à la Clinique genevoise de Montana, sans pouvoir poser de date de façon plus précise. L'expert a exposé qu'avec un traitement de l'éthylisme et le maintien de l'abstinence, la capacité de travail pouvait être retrouvée en un mois.

A teneur de la jurisprudence constante concernant les dépendances comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance et la toxicomanie, une telle dépendance ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale, nuisant à la capacité de gain,

ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (VSI 1996 pp. 317, 320 et 323; RCC 1992 p. 182 consid. 2b et les références). Tel n'est pas le cas ici.

Aucune incapacité de travail en raison de troubles psychiques, auquel est assimilé un trouble somatoforme douloureux, ne saurait dès lors être retenue.

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

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

S'agissant des affections physiques, le Tribunal de céans constate qu'à l'échéance du délai d'un an au sens de l'art. 29 al. 1 let. b LAI, soit en mai 2000, le recourant était toujours en incapacité de travail de 100 %, la tentative de reprise de travail à 50 % dans un poste adapté au sein de son entreprise s'étant soldée par un échec. A cette date d'ailleurs, son état de santé n'était pas encore entièrement stabilisé, puisqu'il devait subir une intervention chirurgicale pour ablation du matériel d'osthéosynthèse, qui a eu lieu en janvier 2001. Il y a lieu de considérer que son état de santé ne s'est stabilisé qu'après l'AMO, ce que la SUVA a d'ailleurs admis. En conséquence, le droit à une rente entière d'invalidité a pris naissance au mois de mai 2000.

La capacité de travail résiduelle a pu être mise en évidence par le médecin-conseil de la SUVA lors de l'examen final du 20 avril 2001 ; dans une activité adaptée, elle était de 100 %. Il y a lieu de reconnaître à ce rapport une pleine valeur probante.

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 30 consid. 1; ATF 104 V 136 consid. 2a et 2b).

Pour évaluer le gain d'invalide, il y a lieu, conformément à une jurisprudence bien établie, de se référer aux données statistiques (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS]) lorsque, comme en l'espèce, l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb; VSI 2002 p. 68 consid. 3b).

Lorsque le revenu d'invalide est évalué sur la base des statistiques sur les salaires moyens, certains empêchements propres à la personne de l'invalide (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) exigent que l'on réduise le montant des salaires ainsi obtenus (ATF 126 V 79 consid. 5b/aa). De telles réductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais doivent tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, et cela dans le but de déterminer, à partir de données statistiques, un revenu d'invalide qui représente au mieux la mise en valeur économique exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de l'intéressé (ATF 126 V 80 consid. 5b/bb). 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 (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc; VSI 2002 p. 64).

De l'extrait des comptes individuels et des renseignements fournis par l'employeur, il résulte que sans invalidité, le recourant avait réalisé un revenu annuel de fr. 57'942 en 1998, soit 4'905 fr, 90 pour 42 heures par semaine ; réactualisé selon l'évolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, le revenu annuel s'élève à 58'871 fr. 70 en 2000 (La Vie économique no. 11/2004, p. 87), ou 4'905 fr,. 40 par mois. Compte tenu d'une durée hebdomadaire normale du travail dans les entreprises de 41,8 h en 2000 (La Vie économique 12/2002, tableau 89.2 page 88), ce revenu s'élève à fr. 4'882 fr. 50 par mois, ou 58'590 fr. 50 par année.

Dans une activité adaptée à son handicap, le recourant serait à même de réaliser un gain de fr. 3'846 par mois, soit 46'152 fr. par année (cf. Office fédéral de la statistique, niveau et structure des salaires, tables ESS 2000, secteur 3, services, niveau de qualification 4, activités simples et répétitives). Pour tenir compte des limitations physiques du recourant, le Tribunal considère qu'un abattement de 10 % se justifie. Le gain d'invalide s'élève ainsi à 45'690 fr. 50.

Comparé au revenu réalisé avant invalidité, le degré d'invalidité du recourant s'élève en conséquence à 22,02 % [(58'590,50 – 45'690,50) x 100 / 58'590,50]. Ce taux d'invalidité n'est plus suffisant pour permettre le maintien de la rente, qui sera en conséquence supprimée, conformément à l'art. 88a al. 1 RAI, trois mois après la constatation, par la SUVA, de la capacité de travail, soit dès le 1er août 2001.

10. Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité à titre de dépens (89 H LPA).

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

**Statuant**

**(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement dans le sens des considérants.

3. Condamne l'OCAI à verser au recourant une rente entière d'invalidité du 1er mai 2000 au 31 juillet 2001, sous réserve de surindemnisation.

4. Renvoie la cause à l'OCAI pour calcul de la rente et nouvelle décision.

5. Déboute les parties de toutes autres ou contraires conclusions.

6. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de fr. 1000 à titre de participation à ses frais et dépens.

7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

| Le greffier | La Présidente |
|---|---|
| Walid BEN AMER | Juliana BALDE |

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