

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/612/2009

ATAS/1236/2010

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 8**

**du 30 novembre 2010**

En la cause

Monsieur M\_\_\_\_\_, domicilié à Genève, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître FROIDEVAUX Jean-  
Marc, 8, rue de Rive, case postale 3105, 1211 Genève 3

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 Genève 13

intimé

**Siégeant : Laurence CRUCHON, Présidente; Christine LUZZATTO et Patrick  
MONNEY, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur M\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1948, a déposé une demande de rente de l'assurance-invalidité, en date du 30 octobre 2006.
2. L'assuré n'a pas eu de formation professionnelle, ayant eu différentes activités, telles que chauffeur, ferrailleur, récupérateur et soudeur, ainsi que vendeur de voitures d'occasion, en qualité d'indépendant.
3. Monsieur M\_\_\_\_\_ se trouve en incapacité de travail depuis le 2 octobre 2002, date à laquelle il a subi un accident, alors qu'il vivait au Togo. A la suite de cet accident, il a indiqué avoir souffert de douleurs aux épaules l'empêchant de travailler.
4. Il était revenu en Suisse le 14 juillet 2006 et avait depuis bénéficié de divers certificats médicaux attestant de son incapacité de travail.
5. L'assuré a fait parvenir à l'Office de l'Assurance-Invalidité du Canton de Genève (ci-après : l'OAI), en charge de l'instruction de la demande, divers documents, à savoir un résumé du dossier médical en mains du Dr. A\_\_\_\_\_, médecin généraliste, établi le 14 août 2006, ainsi que des attestations établies par le médecin précité, les Dr. B\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_ et le service de chirurgie viscérale des HUG.
6. L'OAI a requis des informations auprès du Dr. B\_\_\_\_\_, lequel lui a retourné son rapport médical le 21 décembre 2006. Ce rapport mentionne que les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail sont les suivants :
  - traumatismes bilatéraux des épaules, en 1990 ;
  - de nouveaux traumatismes des épaules et crâne (impacts dus à feu), depuis 1995 ;
  - tumeur au rein droit, en 1997 ;
  - fracture tibio-tarsienne droite (accident de moto), en 2002.

Le Dr. B\_\_\_\_\_ indique que l'état de santé de son patient est stationnaire, ne pouvant pas être amélioré par des mesures médicales. Il mentionne des limites fonctionnelles à retenir concernant les capacités professionnelles de l'assuré, une faible motivation de sa part quant à la reprise du travail, un absentéisme important à envisager.

Sur l'annexe au rapport médical, le Dr. B\_\_\_\_\_ indique que l'activité exercée jusqu'alors n'est plus exigible, que le rendement de l'assuré est diminué

totalemment, qu'il n'y a aucune mesure à envisager pour améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'alors, respectivement dans le même domaine d'activité, qu'on ne peut exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité dans la mesure où il a une formation insuffisante.

7. Dans son rapport renvoyé à l'OAI le 8 janvier 2007, le Dr. A\_\_\_\_\_ mentionne que les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail sont les suivants :

- séquelles de traumatismes des deux épaules, en 1990 et 1995;
- séquelles de fracture de la cheville gauche avec très sévère arthrose de cette articulation, depuis 2002.

Le Dr. A\_\_\_\_\_ indique que l'état de santé de son patient est stationnaire, ne pouvant pas être amélioré par des mesures médicales. Il mentionne des limites fonctionnelles à retenir concernant les capacités professionnelles de l'assuré et indique, s'agissant de la capacité de travail raisonnablement exigible en tenant compte des limitations existantes, qu'elle est nulle dans la profession déjà exercée, envisageable dans une autre profession, avec une activité très sédentaire, si possible en position assise, et cela dès que possible.

Sur l'annexe au rapport médical, le Dr. B\_\_\_\_\_ indique que l'activité exercée jusqu'alors n'est plus exigible, que le rendement de l'assuré est diminué totalement, qu'il n'y a aucune mesure à envisager pour améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'alors, respectivement dans le même domaine d'activité, qu'on ne peut exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité dans la mesure où il a une formation insuffisante.

8. Mandaté et sur la base du dossier, le Service Médical Régional de Vevey (ci-après : SMR) a retenu le 13 avril 2007 qu'il fallait s'interroger sur la capacité de travail dans l'activité habituelle, dans une activité adaptée, et si oui avec quels rendement et limitations fonctionnelles, de même que sur le début de l'aptitude à la réadaptation, en se demandant si une expertise du COPAI était nécessaire.

9. Du 12 au 18 août 2007, Monsieur M\_\_\_\_\_ a été hospitalisé au service de chirurgie thoracique des HUG, pour être opéré d'une tumeur au poumon.

10. Dans son rapport médical intermédiaire du 23 août 2007, le Dr. B\_\_\_\_\_ fait état du fait que l'état de santé de son patient s'est aggravé, en raison de douleurs importantes, traitées par la morphine, suite à l'opération susmentionnée. Une limitation fonctionnelle nouvelle, l'asthénie, est relevée par ce médecin.

A nouveau, le Dr. B\_\_\_\_\_ indique qu'aucune reprise de travail n'est possible dans le même métier ou un autre.

11. Interrogé, ce service a rendu son rapport médical le 28 août 2007. Il y mentionne un nouveau diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail, à raison de 100% d'incapacité pour une durée indéterminée, à savoir un adénocarcinome pulmonaire du lobe inférieur droit, opéré le 13 août 2007. Le suivi doit être fait par le médecin traitant.
12. Dans son avis médical du 1<sup>er</sup> octobre 2007, le Dr. D\_\_\_\_\_ souligne que pour ce qui concerne la période avant la mise en évidence de la tumeur pulmonaire, ayant entraîné une incapacité de travail totale dans quelque activité que ce soit, il est extrêmement difficile de se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré, lequel avait déjà présenté une incapacité de travail de 100% suite à une cure de hernie inguinale, d'une orchidectomie gauche et d'une vasectomie droite pour une période de 6 semaines à partir du 25.10.2006.

Elle considère que les incapacités de travail en relation avec les troubles ostéoarticulaires séquellaires aux différents traumatismes que l'assuré a présentées dans sa vie n'étaient pas évaluables sur dossier, de sorte qu'un examen rhumatologique était rendu indispensable. Cet examen ne pouvait toutefois avoir lieu avant que l'état de santé de l'assuré se stabilise.

13. En date du 4 février 2008, le Dr. B\_\_\_\_\_ a rendu un nouveau rapport médical. Il y fait référence, en tant que diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail à une semi-arthrose tibio-tarsienne gauche, depuis 2002, ainsi qu'au néo-poumon, de 2007. L'état de santé du patient s'aggrave selon lui, suite à l'opération du poumon, avec des plaintes de douleurs et d'asthénie. Il confirme dans son annexe au rapport médical que la diminution du rendement est totale et qu'aucune activité professionnelle n'est envisageable. Enfin, le Dr. B\_\_\_\_\_ fait état de limitations fonctionnelles plus importantes qu'auparavant, indiquant qu'aucune capacité de travail n'est raisonnablement exigible en tenant compte de ces limitations.
14. Le 29 février 2008, le Dr. B\_\_\_\_\_ complète son précédent rapport, indiquant que son patient est suivi en oncologie, sans avoir subi de complément de traitement à la suite de l'excision pulmonaire d'août 2007. Sa santé est actuellement bonne mais Monsieur M\_\_\_\_\_ présente des dyspnées au moindre effort. Il ne peut marcher lentement que sur 250 mètres avant de s'arrêter pour se reposer et présente une saturation à l'air ambiant de 95%, cette symptomatologie contre-indiquant toute activité professionnelle.
15. Un rapport est demandé au département de chirurgie, clinique d'urologie des HUG qui le rend le 8 avril 2008, indiquant les diagnostics suivants :
  - status post résection pulmonaire atypique pour un adénocarcinome papillaire bien différencié du lobe inférieur droit le 13.08.2007 (probable métastase de carcinome rénal) ;

- status post néphrectomie partielle droite en 1997 pour carcinome transitionnel papillaire du pôle supérieur du rein droit.

Selon le même rapport, les antécédents médico-chirurgicaux sont ceux-ci :

- status post orchidectomie gauche pour testicule atrophique douloureux en octobre 2006 ;
- status post vasectomie, puis vaso-vasostomie, plusieurs années auparavant ;
- status post cure de hernie inguinale gauche en octobre 2006 ;
- status post cure d'appendicectomie en 1954.

Sous la rubrique « symptômes actuels figure ceci : « Patient sans plainte ».

16. Considérant que certaines conclusions des rapports établis par le Dr. B\_\_\_\_\_ et le service précité étaient contradictoires, le SMR a confié une expertise de médecine interne au Dr. E\_\_\_\_\_, à Genève, le 19 juin 2008.
17. Après examens pratiqués sur l'assuré en dates des 25 août, 8, 12 et 22 septembre 2008, consultation du dossier, électrocardiogramme, radiographies des épaules de face et de profil, ainsi que du thorax de face et profil droit, échographie de l'abdomen supérieur, pratiqués par lui-même, consultation du Dr. F\_\_\_\_\_, pneumologue, ayant établi un rapport, échographie des deux épaules pratiquées par le Dr. G\_\_\_\_\_, radiologue, qui a aussi établi un rapport, le Dr. E\_\_\_\_\_ a notamment retenu ce qui suit :

**Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail :**

- Fonctionnement psychique perturbé se caractérisant par une instabilité, une irritabilité, des conduites addictives et un dysfonctionnement social depuis 1995 ;
- Arthrose tibio-tarsienne de la cheville droit sur séquelles de fractures multiples depuis octobre 2004 (accident en 2002) ;
- Epaules douloureuses simples bilatérales, depuis 2008 ;
- Insuffisance respiratoire d'intensité moyenne sur bronchite chronique et résection pulmonaire lobaire partielle en août 2007 (pour la présence d'une métastase probable d'un carcinome du rein droit), depuis septembre 2007.

**Appréciation du cas et pronostic :**

Il s'agit d'un homme âgé de 60 ans qui rapporte dans l'entretien une enfance « chahutée » par des déménagements successifs et la difficulté d'intégration qui en a résulté. En 1985, il perd une fille de 8 ans, accidentellement, épreuve dont il dit la souffrance que la perte provoque aujourd'hui. Marié à 3 reprises, père de 9 enfants, il ne voit régulièrement que les trois derniers. Il a passé 20 ans en Afrique, en raison de son activité dans le commerce de voitures. Il y est victime de plusieurs agressions et accidents. Il décrit une tendance à la violence et à l'hyperréactivité sous l'emprise de l'alcool. Psychiquement, on perçoit un homme qui a souffert d'une instabilité et d'une difficulté d'insertion. Usé par une vie dure, il se présente aujourd'hui avec un plafonnement des compétences, des troubles de la mémoire et de l'attention. L'incapacité à supporter un cadre et le besoin de mouvement traduisent probablement une forte anxiété. Au niveau des sentiments, on le sent à vif, touché par un deuil inacceptable, proche du passage à l'acte pour la moindre déconvenue.(...)

Actuellement en rémission complète d'un cancer du rein ayant déjà métastasié une fois. Il est sous surveillance médicale au Service d'urologie de l'Hôpital cantonal.

Les anomalies décrites à l'ultrasonographie des deux épaules sont compatibles avec une sténo-synovite réactionnelle des tendons des longs chefs des muscles biceps, qui est une affection qui, avec un traitement, peut durer au plus quelques mois ( au maximum 8 mois). Il présente une discrète limitation douloureuse de l'abduction et de l'élévation des deux bras en fin de course. Les radiographies des deux épaules montrent la présence de nombreux grains métalliques de « chevrotine » mais aucune lésion de type arthrose de l'humérus. Sur arthrose de la cheville droite, limitation de flexion-extension entraînant une boiterie. L'insuffisance respiratoire au moindre effort est d'intensité moyenne à élevée ; on relève une toux productive toute l'année sur tabagisme. L'ensemble du tableau signe une bronchite chronique, pour lequel un arrêt du tac est impératif. L'obstruction des voies aériennes est aussi due à des sécrétions bronchiques nombreuses, fluctuantes qui péjorent et rendent variable la symptomatologie clinique. Une modification du traitement médicamenteux est proposée.

### **Limitations fonctionnelles en relation avec les troubles constatés et capacité de travail/mesures de réadaptation professionnelle :**

#### **Au plan physique :**

- sur le plan **orthopédique** : douleurs matinales au niveau de la cheville droite au lever, diminuant progressivement dans la matinée, mais entraînant une boiterie permanente à la marche, avec des douleurs occasionnelles. Limitation de l'extension-flexion de la cheville. Marche difficile sur de longues distances- au-delà de 300 mètres, un temps d'arrêt régulier est nécessaire ;

Dans un atelier ou une usine, une activité d'aller et venue serait possible.

- sur le plan des **deux épaules** : pour une période de trois mois environ, limitation douloureuses des abductions et anté-pulsions des deux bras empêchant le port de charge aux deux bras durant ce laps de temps ;
- sur le plan **pulmonaire** : apparition d'une dyspnée et d'une toux à l'effort, limitant les efforts à une distance de marche de 400 mètres sans halte ; la montée à pied est limitée à un ou deux étages ; le port de charge ou une activité nécessitant un effort soutenu sont contre-indiquées.

Médicalement, une capacité de travail est théoriquement conservée dans toute activité ne nécessitant pas une mobilité importante (tant au niveau orthopédique que pour la dyspnée), épargnant les efforts physiques. Un travail sédentaire alternant les moments en positions assise et debout serait idéal. En raison des limitations physiques, l'activité exercée auparavant n'est plus possible. Le rendement serait nul. Depuis l'intervention chirurgicale de résection pulmonaire pratiquée le 13 août 2007, il existe une incapacité de travail de 20% au moins, sans récupération.

#### **Au plan psychique, mental et social :**

L'expertisé n'a eu que très peu d'activité professionnelle rémunérée dépendante, tant par manque de formation que par fort esprit d'indépendance. Il ne peut rester tranquille, il a un besoin intense de bouger, d'être au grand air. Intolérance à toute forme de cadre. Le sujet ne supporte pas la contrainte (horaires- relation professionnelle- hiérarchie.-..) que nécessitent une activité salariée. Impétueux, pouvant être pris de violence dans les réactions, il n'est pas apte, psychiquement à une socialisation compatible avec un emploi.

Bien que selon l'état physique, on doit reconnaître une capacité de travail dans un emploi adapté, l'instabilité psychique et l'organisation de vie sans contrainte depuis toujours, handicapent totalement la capacité de l'assuré, âgé de 60 ans, à s'adapter à un cadre et à des relations de travail.

Cette situation est sans amélioration possible, même avec des traitements différents pour lutter contre les symptômes physiques.

Aucune mesure de réadaptation professionnelle n'est envisageable pour la même raison.

18. En date du 16 octobre 2008, le SMR a demandé des explications complémentaires au Dr. E\_\_\_\_\_, concernant uniquement les atteintes à la santé physique, dans la mesure où l'assuré avait déposé sa demande avant que l'affection pulmonaire soit diagnostiquée, et où il avait fixé le début l'incapacité de travail au 13 août 2007, tout en retenant comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail les affections orthopédiques et rhumatologiques.

19. Lors d'un entretien téléphonique du 30 octobre 2008, le Dr. E\_\_\_\_\_ a précisé que l'incapacité de travail était de 100% dès le 13 août 2007, puis de 50% à trois mois après l'opération.
20. Par courrier du 20 octobre 2008, l'expert a indiqué qu'il retenait une diminution de capacité de travail de 10% et une baisse de rendement de 10% depuis octobre 2004, dans les activités antérieures, exercées en Afrique et en Suisse, en raison du problème à la cheville.

Il est résulté de l'opération de résection pulmonaire, principale raison de la limitation à l'effort physique, une déstabilisation globale et par conséquent, une incapacité de travail de 50% dans l'activité antérieure.

La reprise du travail était possible trois mois après l'opération dans une activité qui tient compte des limitations physiques liées à l'arthrose de la cheville.

Le taux d'activité professionnelle exigible est de 80% à partir du 13 novembre 2007, sans diminution de rendement, puisqu'il s'agit d'un travail adapté, l'évolution de la capacité de travail étant stable depuis lors.

21. Sans avoir vu l'assuré, mais en ayant soumis le dossier au psychiatre de permanence, le SMR a retenu les conclusions de l'expert sur le plan physique, mais ne s'est pas rallié à celles qu'il avait prises sur le plan psychique. Il s'est contenté de constater que la description du parcours de vie de l'assuré suggérait certes une personnalité borderline de type impulsif, cette personnalité ne l'ayant toutefois pas empêché de travailler par le passé. Le SMR conclut qu'il s'agit d'un cas social, aucune pathologie psychiatrique n'entraînant d'incapacité de travail de longue durée.
22. En date du 4 décembre 2008, l'OAI a transmis à l'assuré son projet de décision de refus de rente et de reclassement, avec octroi de l'aide au placement.
23. Par courrier du 19 décembre 2008, l'assuré a fait opposition à ce projet, relevant que l'expert avait relevé sa totale incapacité à une quelconque activité professionnelle et sollicitant qu'une expertise psychiatrique soit effectuée par l'OAI pour clarifier la question de sa capacité de gain.
24. Par décision du 20 janvier 2009, l'OAI a maintenu le refus de prestation et l'octroi de l'aide au placement, au motif que l'assuré n'avait apporté aucun élément médical nouveau lui permettant de modifier sa décision et retenant une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée.

Le résultat de la comparaison entre le dernier salaire obtenu avant l'atteinte à la santé, sur la base des salaires ESS 2006 pour une activité simple et répétitive pour un plein temps, et le salaire réalisable dans une activité adaptée simple et répétitive à 80%, sur la même base des salaires, aboutissait à un degré d'invalidité inférieur à 20% qui n'ouvrait pas le droit à une rente. Un reclassement professionnel n'était dès lors pas non plus envisageable.

25. Par acte du 20 février 2009, Monsieur M\_\_\_\_\_ a formé recours contre cette décision.

A l'appui de son recours, il invoque le fait que l'OAI s'est écarté sans aucune motivation des conclusions de l'expert qu'elle avait elle-même mandaté, ce qui était arbitraire.

Selon le recourant, l'OAI aurait dû tenir compte des conclusions de l'expert s'agissant des troubles psychiques qu'il présentait, et non seulement de celle qui était justifiée par les atteintes à sa santé somatique, pour fixer sa capacité de gain.

Il conclut à l'annulation de la décision attaquée, à ce que l'OAI soit invité à rendre une nouvelle décision au sens des considérants et condamné en tous les dépens de la cause, y compris une équitable indemnité de procédure.

26. En date du 26 février 2009, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance juridique avec effet au 20 février 2009 (AC/388/2009-ACJ/979/2009).
27. Invité à se déterminer, l'intimé s'est prononcé en faveur du rejet du recours, par écriture du 24 mars 2009.

Il souligne que selon le SMR, rien au dossier ne permet de penser que des troubles psychiques invalidants existent dans le cas d'espèce, aucun des médecins consultés par l'assuré n'en ayant relevé dans leurs rapports médicaux.

Dans la mesure où il ressort de l'expertise du Dr. E\_\_\_\_\_ que les termes utilisés par ce dernier et le parcours de vie du recourant attestent simplement de sa difficulté d'adaptation à un cadre de travail contraignant, mais non de l'existence de réels troubles psychiatriques.

Une expertise psychiatrique n'est pas nécessaire dès lors qu'il ne s'agit que d'une instabilité psychique.

\*\*\*\*\*

## **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), 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 831.20).

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

2. La décision litigieuse, du 20 janvier 2009, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA le 1<sup>er</sup> janvier 2003, ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision). De plus, la demande de prestations a été déposée le 30 octobre 2006 et se réfère à une incapacité de travail significative ayant débuté selon le médecin traitant en octobre 2004, soit postérieurement à l'entrée en vigueur de ces dispositions. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4<sup>ème</sup> révision de cette loi (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).
3. Quant aux modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, elles sont à prendre en considération pour déterminer les prestations dès cette date, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment de la réalisation de l'état de fait dont les conséquences juridiques font l'objet de la décision (ATF 129 V 1 consid. 1.2 p. 4 et les arrêts cités). Cela étant, s'agissant de l'évaluation de l'invalidité et de l'échelonnement des rentes, cette nouvelle n'a pas apporté de modifications substantielles (cf. Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5<sup>ème</sup> révision], du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4322).
4. En l'espèce, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 4 décembre 2008, qui a été confirmé par la décision du 20 janvier 2009, contre laquelle l'assuré a formé directement recours devant le Tribunal de céans le 20 février 2009, conformément aux articles 57a al. 1 et 69 LAI, en vigueur depuis le 1er juillet 2006.

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).

5. En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité qu'il présente.

5.1.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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).

5. 1. 2. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 et les références).

5. 1. 3. 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c.).

5. 1. 4. S'agissant des rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

5. 1. 5. L'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante, puis à s'en approprier les conclusions. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant de pondérer la portée de différents rapports médicaux, seul leur contenu matériel permet en fin de compte de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si le Tribunal fédéral tient compte de la différence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (cf. arrêts du Tribunal fédéral non publiés 9C\_701/2007 du 20 juin 2008, consid. 3.3 et 9C\_897/2007 du 8 juillet 2008 et les références), il n'a jamais établi une hiérarchie entre les divers types d'expertises médicales (cf. arrêt du Tribunal fédéral non publié du 15 septembre 2008, 9C\_885/2007, consid. 3.2).

5. 1. 6. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'administration ou le juge. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention litigieuse. Les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a).

5. 1. 7. D'après l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (principe inquisitoire; voir ATF 125 V 195 consid. 2 et les références). L'instruction d'office a, toutefois, des limites. En effet, ce principe ne signifie pas que l'administration devrait examiner d'office tout ce qui est affirmé. Elle doit seulement clarifier l'état de fait, lorsqu'il existe encore des incertitudes et des éléments peu clairs. (cf. ATF 100 V 63). Par ailleurs, l'assureur peut considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, il ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait (cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2, p. 324; SVR 2007 IV n° 31 p. 111 [I 455/06], consid. 4.1). Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération.

5. 1. 8. Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a, en principe, le choix entre deux solutions, soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 122 V 163 consid. 1d, RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). Le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

5. 2.1. En l'espèce, selon le dossier médical, le recourant souffre de troubles à la cheville gauche, à savoir de séquelles de multiples fractures provoquées par un accident en octobre 2002, ayant développé une arthrose tibio-tarsienne, constatée dès octobre 2004. De ce fait, il boite légèrement et est limité dans sa capacité de marcher plus de 300 mètres. Il présente également des douleurs aux épaules qui entravent la mobilité de ses membres supérieurs et limitent sa capacité à porter des charges.

Il souffre également d'insuffisance respiratoire d'intensité moyenne depuis septembre 2007, sur bronchite chronique et consécutive à une résection pulmonaire lobaire partielle subie en août 2007 (pour la présence d'une métastase probable d'un carcinome du rein droit). Cette affection le limite également sa distance de marche à 400 mètres sans halte, la montée à pied à un ou deux étages, du fait de l'apparition d'une dyspnée et d'une toux à l'effort, le port de charge ou une activité nécessitant un effort soutenu étant contre-indiquées.

5. 2. 2. Sur le plan psychique, une tendance à la violence et à l'hyperréactivité sous l'emprise de l'alcool est relevée par le Dr. E\_\_\_\_\_, dans son rapport d'expertise du mois de septembre 2008, lequel souligne également l'existence d'un plafonnement des compétences, de troubles de la mémoire et de l'attention. L'incapacité à supporter un cadre et le besoin de mouvement constatés chez le recourant traduisent probablement une forte anxiété selon l'expert qui l'estime proche du passage à l'acte pour la moindre déconvenue et retient un dysfonctionnement social depuis 1995.

Bien que le Dr. E\_\_\_\_\_ soit effectivement le seul médecin à avoir retenu l'existence de troubles psychiques de nature, selon lui, à rendre toute reprise de travail impossible dans une quelconque activité, il n'est pas anodin qu'il s'agisse de l'expert mandaté par l'intimé lui-même.

Si cela est évidemment insuffisant à justifier ses conclusions sur le plan médical, on ne peut certes pas le qualifier d'agir en faveur de l'assuré.

De plus, il est le seul médecin à avoir établi une anamnèse complète, de par le fait que les précédents médecins consultés par l'assuré, même ceux qui l'ont accompagné sur plusieurs années, ne sont intervenus que ponctuellement dans le suivi de pathologies somatiques distinctes.

5. 2. 3. Contrairement à ce qu'a allégué l'intimé, sans le démontrer non plus au moyen d'un rapport médical, rien n'indique que les troubles relevés par le Dr. E\_\_\_\_\_ soit de l'ordre d'une simple instabilité sociale, voire d'une difficulté d'insertion non influencée par une réelle pathologie psychiatrique.

Le Dr. E\_\_\_\_\_ n'est pas psychiatre mais il a fait valoir un avis de médecin généraliste qui a effectué avec un grand sérieux la tâche qui lui a été confiée par l'OAI, pratiquant lui-même nombres d'investigations et en déléguant à des confrères plus qualifiés. On regrette qu'il n'ait pas trouvé bon de consulter un confrère psychiatre ou conclu à la nécessité de pratiquer un examen par un professionnel de cette spécialité, au vu des troubles psychiques dont il fait état et qui entraîne selon son rapport une incapacité de travail totale.

Le psychiatre consulté par le SMR n'a donné son avis sans avoir vu l'assuré, sur la simple base du dossier, alors qu'aucun examen psychiatrique de ce dernier n'a jamais été effectué.

5. 2. 4. Avec raison, le recourant relève que la décision de l'intimé n'est pas motivée quant au fait d'écarter purement et simplement les conclusions de l'expert sur le plan psychique, pas plus que lorsqu'il a refusé l'expertise psychiatrique sollicitée par l'assuré dans son opposition au projet de décision du 19 décembre 2008.

Dans ses observations présentées auprès du Tribunal, l'intimé justifie sa position par le fait qu'aucun des médecins consultés par l'assuré n'a fait état de troubles psychiques précédemment. De plus, selon lui, lesdits troubles n'ont pas empêché le recourant de travailler auparavant.

Sur ce point, l'intimé perd de vue le fait que le recourant n'a plus travaillé du tout depuis le mois d'octobre 2002.

Sa motivation n'est pas convaincante, si on peut même la considérer suffisante.

5. 2. 5. Le Tribunal observe enfin que si l'intimé pouvait considérer douteux que la capacité de travail du recourant soit réduite à néant par les troubles psychiques rapportés par le Dr. E\_\_\_\_\_, elle ne pouvait en aucun cas retenir sans ordonner qu'une expertise psychiatrique sur ce point soit effectuée, qu'ils n'influent en rien sur la capacité de travail résiduelle retenue à hauteur de 80% dans une activité adaptée, sur la base des seuls troubles somatiques.

Pour déterminer de manière certaine le taux d'incapacité du recourant, une telle expertise devait être établie.

6. Dans ces conditions, il convient de renvoyer le dossier à l'intimé pour la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique qui évalue l'évolution de l'état de santé du recourant depuis les mois d'octobre 2004 et son impact sur sa capacité de travail, et nouvelle décision.

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 20 janvier 2009 annulée au sens des considérants.

Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de 1'500 fr. lui est octroyée à titre de dépens. L'intimé qui succombe sera condamné à un émolument de 200 fr.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

1. L'admet et annule la décision du 20 janvier 2009.
2. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et, ceci fait, nouvelle décision.
3. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens.
4. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
5. 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 ; RS 173.110); 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

Irène PONCET

Laurence CRUCHON

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