

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2035/2004

ATAS/796/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 6

du 7 juillet 2008

En la cause

Monsieur C_____, domicilié à VERNIER, représenté par la
CAP Protection juridique SA Madame D_____

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges
assesseurs.**

EN FAIT

1. Le 26 août 1998, Monsieur C _____, né en 1960 et chauffeur aux Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG), était arrêté à un feu rouge au volant d'un véhicule professionnel léger lorsque l'arrière de ce dernier a été heurté par le véhicule qui le suivait. Sous l'effet du choc, sa nuque a heurté l'appuie-tête et son véhicule a percuté l'arrière de la voiture qui le précédait.
2. Le lendemain, il a consulté la Dresse L _____, médecin assistante à l'hôpital cantonal. Dans son rapport du 11 septembre 1998, elle a constaté une hypoesthésie bilatérale thoracique avec niveau fluctuant et a diagnostiqué une contusion cervicale. Elle a prescrit le port d'une minerve et a attesté une incapacité entière de travail du 27 au 29 août 1998, en précisant que le traitement avait pris fin le 4 septembre 1998.
3. Le 31 août 1998, l'assuré a déclaré son accident à la Winterthur société suisse d'assurances (ci-après la Winterthur).
4. Dans son rapport du 12 septembre 1998, le Dr M _____ a fait état de douleurs importantes cervicales et lombaires. Il a diagnostiqué des contusions cervicales et lombaires avec incapacité entière de travail dès le 26 août 1998. Il a adressé le patient au Dr N _____, neurologue.
5. Le Dr N _____ a fait procéder, le 7 septembre 1998, à une image par résonance magnétique de la colonne cervicale qui a révélé une protrusion et une légère uncarthorse en C3-C4 ainsi qu'une protrusion postéro-médiane en C5-C6. Dans son rapport du 24 septembre 1998, il a constaté des cervicalgies sévères sans déficit neurologique et a posé le diagnostic d'entorse cervicale sévère.
6. En raison de la persistance de cervicalgies intenses et de l'apparition secondaire de lombalgies basses sans irradiation dans les membres inférieurs, l'assuré a séjourné à la division de rhumatologie des HUG du 8 au 23 octobre 1998 pour traitement conservateur avec physiothérapie active. Dans son rapport de sortie du 23 octobre 1998, le Dr O _____ a diagnostiqué des cervicalgies post-traumatiques de type whiplash associées à des lombalgies à caractère mécanique. Il a prescrit un traitement de physiothérapie de douze séances avec mobilisation active des colonnes cervicale et lombaire ainsi que mobilisation en piscine.
7. Le 2 novembre 1998, le Dr P _____ de la division de rhumatologie des HUG a relevé que des cervicalgies intenses avec apparition de lombalgies basses persistaient cinq semaines après l'accident et qu'une chronicisation de la symptomatologie pouvait survenir, lors de cervicalgies post-traumatiques, dans un faible pourcentage de cas. La relation entre les cervicalgies et l'accident lui paraissait concordante.

8. Dans un rapport reçu par la Winterthur le 7 décembre 1998, le Dr M_____ a fait état d'une nette amélioration de la symptomatologie douloureuse et a envisagé une reprise du travail quatre semaines plus tard.
9. Sur demande de la Winterthur, le Dr Q_____ a examiné l'assuré le 1^{er} décembre 1998. Dans son rapport du 11 janvier 1999, l'expert a diagnostiqué un traumatisme par extension de la colonne cervicale avec entorse cervicale bénigne ainsi que des cervico-lombalgies et des troubles de l'adaptation post-traumatique. Il a indiqué que devant une évolution tout à fait inhabituelle, avec une aggravation de la symptomatologie douloureuse malgré un traitement légers et, en l'absence de toute lésion traumatique osseuse ou ligamentaire, chez un patient qui paraît par ailleurs extrêmement angoissé et stressé, l'apparition de troubles psychiques, éventuellement sinistrosiques, ne paraissait pas exclue. Aussi l'évolution actuelle semblait ne plus être en rapport de causalité avec l'accident relativement bénin du 26 août 1998. Il a prescrit la poursuite d'un traitement de soutien et d'un traitement symptomatique antalgique et anti-inflammatoire.
10. Le 11 janvier 1999, l'assuré a été vu par le Dr R_____, spécialiste en médecine générale, médecine manuelle, lequel a constaté une contracture massive de la musculature para cervicale gauche.
11. Du 7 janvier au 16 février 1999, l'assuré a été traité, par le Dr S_____, spécialiste en médecine manuelle, qui a procédé à six séances de manipulations vertébrales.
12. Par décision du 26 février 1999, la Winterthur a mis un terme à ses prestations dès le 31 janvier 1999, en raison de l'absence d'un lien de causalité entre l'accident et les séquelles. Puis, elle a reporté ce délai au 30 juin 1999.
13. Le 3 décembre 1999, l'assuré a présenté une demande de prestations AI en précisant que, depuis janvier 1999, il souffrait d'une fibromyalgie.
14. Dans un rapport du 9 mars 2000, le Dr T_____, spécialiste en rhumatologie, a indiqué que, le 30 septembre 1999, il avait examiné l'assuré à la suite du développement progressif d'un état douloureux très diffus, de troubles du sommeil et d'un état anxieux. Il a relevé que le patient était toujours très algique et qu'à la suite du traitement de Surmontil, les troubles du sommeil s'étaient améliorés. Il a diagnostiqué une fibromyalgie avec incapacité entière de travail.

Puis, dans un rapport du 15 juillet 2001, le Dr T_____ a constaté un état de santé stationnaire et estimé que l'activité antérieure ni aucune autre n'était exigible. Il existait, selon le formulaire concernant les capacités professionnelles de l'AI, une incapacité pour toutes les fonctions sauf pour la position assise une à deux heures par jour, la position debout une à deux heures par jour, l'alternance des positions, le

fonctionnement intellectuel normal, se baisser, se déplacer sur sol irrégulier ou en pente et le comportement acceptable pour l'entourage.

15. Le 8 octobre 2001, l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci après OCAI) a confié un mandat avec examen clinique à son service médical régional (ci-après SMR).
16. Dans un rapport du 26 novembre 2001, le Dr S_____ a constaté des dysfonctions massives des charnières sous-occipitale et lombo-sacrée. De plus, il a fait état d'un excellent résultat du traitement sur les cervicalgies, mais d'une persistance des lombalgies sans limitation fonctionnelle. Il a estimé que le patient avait recouvré une capacité de travail totale pour la conduite de véhicules légers.
17. L'assuré a été examiné le 26 mars 2002 par les Drs U_____, V_____, rhumatologue, et W_____, psychiatre, médecins du SMR Léman. Dans leur rapport du 11 avril 2002, ils ont indiqué que le patient effectuait une demi-heure de gymnastique au lever, puis s'occupait de ses enfants avant de les amener à l'école, faisait un peu de jardinage et se promenait environ une heure par beau temps. De plus, ils ont fait état de céphalées occipitales fréquentes irradiant depuis la colonne cervicale ainsi que d'une utilisation de Surmontil pour se détendre et pouvoir dormir.

L'assuré avait précisé qu'il avait dû abandonner de nombreuses activités de loisirs telles que la guitare, la percussion, la varappe, la planche à voile, la plongée et la pêche. Il se plaignait de douleurs très importantes, intolérables, dans la région lombo-fessière gauche irradiant dans le membre inférieur gauche jusqu'au niveau du talon, aggravées par le moindre effort, et d'une diminution de la libido. Les experts n'ont pas constaté de troubles du cours de la pensée ou de signes florides de la lignée psychotique, ni une thymie manifestement dépressive, ni une personnalité avec caractéristiques particulières. En revanche, ils ont relevé que le patient était anxieux pour son avenir. Lors de l'examen ostéo-articulaire, l'assuré se plaignait d'une diminution de sensibilité à l'aiguille dans tout le membre supérieur gauche et au niveau de la jambe gauche ainsi que de douleurs intolérables à la palpation même très superficielle dans la région sous-occipitale médiane et, surtout, dans la région de la fesse gauche.

Les médecins du SMR Léman ont posé le diagnostic de lombo-pygio-sciatalgies gauches chroniques persistantes et cervicalgies sans substrat anatomique clair ainsi que de trouble somatoforme douloureux (TSD). Ils ont considéré que l'examen clinique avait révélé des troubles banals de la statique vertébrale, une limitation modérée de la mobilité du rachis lombaire, des douleurs qualifiées d'intolérables à la palpation. Ils ont constaté l'absence de toute contracture musculaire. Ils ont conclu à une importante discordance entre les douleurs annoncées comme intolérables diurne et nocturne par rapport à leurs constatations objectives cliniques

radiologiques et neuro-radiologiques tout à fait bénignes. En l'absence d'une atteinte fonctionnelle objectivable du rachis et d'une pathologie neurologique, ils n'ont retenu aucune limitation fonctionnelle biomécaniquement soutenable et ont admis une capacité de travail exigible de 100%.

18. Par décision du 7 janvier 2003, l'OCAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité.
19. Dans son rapport du 23 janvier 2003, le Dr T_____ a expliqué que la fibromyalgie est un état douloureux chronique pour lequel on ne dispose pas d'explication étiologique bien précise. Il a indiqué que ce syndrome était rangé dans la catégorie des états douloureux chroniques que l'on peut également appeler troubles somatoformes douloureux et que l'examen clinique ne mettait habituellement pas en évidence de limitation fonctionnelle objective, mais que certains points concernant des insertions tendineuses proches des articulations étaient extrêmement douloureux à la palpation. Il a relevé que l'expertise effectuée par le SMR Léman, le 26 mars 2002, ne comportait pas d'évaluation psychiatrique détaillée permettant de déterminer s'il existait ou non un état dépressif ou anxieux associé.
20. Lors d'un entretien téléphonique, le 31 janvier 2003, entre l'assuré et l'OCAI, ce dernier a indiqué que sa décision allait être annulée et remplacée par une nouvelle décision en raison de la mention de voies de droit erronées.
21. Le 1^{er} avril 2003, l'assuré a informé l'OCAI qu'il avait décidé de se soumettre à une expertise pluridisciplinaire au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) englobant les aspects physique et psychiatrique. Il lui demandait en conséquence de suspendre son processus de décision.
22. Le 8 août 2003, l'OCAI a notifié à l'assuré une nouvelle décision de refus.
23. Le 4 septembre 2003, l'assuré a formé opposition contre ladite décision. A l'appui de son opposition, il affirmait souffrir d'un état dépressif et reprochait à l'OCAI d'avoir omis d'examiner dans quelle mesure cet état avait une influence sur son invalidité. De plus, il a demandé une suspension de la procédure jusqu'à l'établissement du rapport d'expertise.
24. Dans leur notice médicale du 14 juillet 2004, les médecins du SMR Léman ont précisé que, lors de leur examen, le tableau clinique présentait des douleurs ubiquitaires qui allaient au-delà de la symptomatologie et des constatations cliniques bien localisées typiques d'une fibromyalgie. Ils ont précisé que le diagnostic de trouble douloureux chronique sans substrat somatique correspondait mieux à la réalité et à l'examen clinique. Ils ont relevé que la vie sociale de l'assuré était préservée et qu'il n'y avait pas de signes d'isolement marqué, ni de surconsommation médicale. Enfin, ils ont constaté que le dossier de l'assuré ne contenait aucune indication médicale décrivant des troubles psychiques sévères et

que, lors de l'examen par le Dr W_____, l'assuré n'était ni stressé, ni angoissé, de sorte que les critères nécessaires à un diagnostic de trouble dépressif majeur ou anxieux sévère étaient absents.

25. Par décision sur opposition du 1^{er} septembre 2004, l'OCAI a rejeté l'opposition.
26. Par acte du 1^{er} octobre 2004, l'assuré a recouru au Tribunal cantonal des assurances sociales contre cette décision sur opposition. Il conclut, préalablement, à la suspension de la procédure jusqu'à connaissance du rapport complet d'expertise du CHUV, subsidiairement, à l'ouverture d'enquêtes, en particulier l'audition du Dr T_____ ainsi que la mise sur pied d'une expertise judiciaire et, principalement, à l'annulation de la décision sur opposition et au renvoi du dossier à l'intimé pour nouvel examen approfondi du droit aux prestations à la lumière de l'expertise. Il soutient que l'appréciation de l'intimé relative à l'absence de comorbidité psychiatrique est erronée, car contraire aux rapports des médecins consultés.
27. Dans sa réponse du 28 octobre 2004, l'intimé a conclu au rejet du recours et s'est interrogé sur l'utilité d'une audition du Dr T_____. Par ailleurs, il s'est opposé à la suspension de la procédure dans l'attente du rapport de contre-expertise considérant qu'il n'y avait aucun indice en faveur d'une pathologie psychiatrique. Enfin, en raison de l'absence de prise d'antalgiques, il a mis en doute la véracité des douleurs intolérables alléguées par le recourant.
28. Le Tribunal de céans a ordonné une comparution des parties qui a eu lieu le 22 novembre 2004. Lors de cette audience, l'intimé a accepté d'attendre le rapport d'expertise du CHUV et de se prononcer à son sujet. Pour sa part, le recourant s'est plaint que, dans le cadre de l'expertise du SMR, il n'avait pas eu d'entretien spécifique avec le psychiatre et que les médecins ne connaissaient pas son cas. De plus, il a précisé que son état s'était aggravé depuis l'expertise du SMR. Son quotidien était un enfer. Il avait des difficultés financières importantes et des ennuis familiaux, notamment avec son beau-père qu'il ne voyait plus. Parfois, il n'arrivait même pas à accompagner ses enfants à l'école ou à jouer avec eux. Il avait perdu la plupart de ses amis. Il ne pouvait plus rien faire. Il était pris dans un cercle vicieux. Avant il était une personne très active, il avait une belle vie. Il luttait au quotidien depuis six ans. Il avait l'impression d'être un fardeau pour sa famille. Il a ajouté qu'il prenait des anti-dépresseurs et, seulement en cas de grosses crises, des antalgiques qui avaient des effets secondaires importants. Enfin, il a contesté le rapport du Dr S_____ dès lors qu'il n'avait vu ce médecin que deux fois et qu'il avait eu plus mal après son intervention qu'avant.
29. Le Tribunal de céans a également ordonné l'audition des Drs U_____ et W_____ qui a lieu le 20 décembre 2004. Le Dr W_____ a précisé que, dans le cadre du rapport du SMR, il avait rédigé l'anamnèse familiale, psychosociale, le status psychique et une partie de l'appréciation consensuelle du cas. Il a

exposé que l'entretien avec le recourant avait duré trois quarts d'heure et qu'il ne l'avait pas trouvé très angoissé. Le recourant a contesté les déclarations du Dr W_____ en précisant qu'il avait eu un entretien avec les trois médecins pendant quinze minutes, y compris cinq minutes durant lesquelles il avait répondu aux questions du Dr W_____. Ce dernier a contesté cette version, puis le recourant a confirmé sa thèse. Le Dr W_____ a expliqué que l'entretien psychiatrique dure de trois quarts d'heure à une heure et que, sur la base de cet entretien, lequel avait duré trois-quarts d'heure, il avait pu écarter tout état dépressif. Il a rapporté que le recourant avait manifesté de l'anxiété par rapport à sa situation économique et à son état de santé. En revanche, il a indiqué qu'il n'avait pas perçu de détresse et qu'il n'avait pas été particulièrement touché par ses souffrances. Il a ajouté que le recourant ne vivait pas entièrement retiré chez lui ni alité la plupart du temps comme certaines personnes souffrant de troubles somatoformes. Il estimait que les critères de Mosimann pouvaient être déduits du rapport rédigé à l'époque (pas de réelle perte d'intégration sociale, traitement de la douleur insuffisant et médicaments visant à régler un trouble du sommeil).

La Dresse U_____ a relevé que l'examen psychiatrique avait dû durer environ quarante-cinq minutes, comme cela était la norme mais elle ne se rappelait pas de la durée de l'examen médical. L'examen étant très ancien, les critères cités par le Tribunal fédéral des assurances (TFA) en matière de TSD n'avaient pas été examinés. Dans le cas de l'assuré le fait de ne pas travailler ne diminuait pas les douleurs alors "pourquoi ne devrait-il pas travailler ?".

Le recourant a précisé qu'il n'avait eu qu'un entretien de quarante-cinq minutes avec la Dresse U_____ et le Dr W_____ était uniquement passé à la fin de l'entretien pour lui poser deux questions.

30. Le 25 février 2005, le Dr A_____, médecin associé au service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du CHUV, a rendu son rapport d'expertise. Il se fondait sur l'ensemble des rapports médicaux pertinents ainsi que sur trois examens complémentaires (orthopédique, neurologique et consultation d'antalgie) et un rapport psychiatrique du Pr. B_____ du département de psychiatrie adulte de l'Etat de Vaud. Les diagnostics étaient les suivants :

- Pan-rachialgies cervico-dorso-lombaires, chroniques non spécifiques persistantes, status après mécanisme d'accélération-décélération cervicale le 29 août 1998 (WAD, stade III).
- Troubles statiques et modérément dégénératifs cervicaux.
- Déconditionnement physique global et focal.
- Possible ancienne hypermobilité articulaire généralisée.
- Episode dépressif moyen à sévère sans symptôme psychotique.
- Fibromyalgie.
- Suspicion anamnétique de syndrome d'apnée du sommeil.

Suite à l'accident, la douleur ressentie s'était étendue et se présentait actuellement sous forme d'un tableau de rachialgies, dans un contexte plus large de fibromyalgie. La façon dont l'assuré avait vécu les suites de son accident avait augmenté les réactions de détresse psychologique caractérisant ce type d'évolution. Il s'agissait d'un tableau mixte psychologique et somatique, au départ dominé par les déficiences fonctionnelles et plus modérément structurelles, qui, actuellement, avaient fait place à une dominante principalement psychologique, dans un contexte de perte complète de la condition physique, aussi bien en terme de mobilité et de force que de coordination et d'harmonie du mouvement. Ces différents éléments, sous l'empire de la problématique psychiatrique, entraînaient des surmenages articulaires constants chez un patient, par ailleurs, porteur d'une hypermobilité articulaire dont on connaissait l'élément de co-facteur de risque d'atteinte squelettique.

Si l'on s'exprimait alors selon le concept actuel de la CIF, [International classification of fonction, disability and health] force est d'admettre que les trois niveaux de celle-ci sont perturbés, en commençant par les déficiences, qui modulent négativement les activités pour aboutir à une perte de participation. Dans ce contexte, l'hypermobilité articulaire et le déconditionnement physique, représentent des éléments objectifs et vérifiables, concordants avec ses limitations. De surcroît, les données actuelles de la littérature médicale sur les douleurs chroniques s'appliquaient au cas de l'assuré, en termes de phénomènes de sensibilisation des systèmes nerveux central et périphérique. Enfin, l'observation psychiatrique mettait en évidence les conséquences ultimes de ce qui précédait, à savoir des modifications importantes de la sphère psycho-affective et émotionnelle, dans le sens d'un état dépressif important et secondaire à la persistance objectivement fondée de ses douleurs.

Au total, compte tenu des éléments somatiques et psychologiques, il était certain que, dans n'importe quelle activité, actuellement, l'assuré était incapable de travailler.

Le lien de causalité entre les atteintes à la santé et l'accident était vraisemblable.

Le diagnostic de fibromyalgie était basé sur l'observation clinique et l'anamnèse. Il correspondait aux critères habituellement reconnus pour ce type de pathologie même si ces critères étaient controversés. En ce qui concernait le trouble somatoforme douloureux, il s'agissait d'un diagnostic d'exclusion, qui permettait de parler de lésions douloureuses sans substrat anatomique structurel. Chez l'assuré, ce substrat anatomique structurel existait même s'il était modéré. C'étaient les conséquences fonctionnelles de l'ensemble qui déterminaient l'incapacité de travail. Existait-il un ou des traitements permettant à cet assuré de recouvrer sa capacité de travail ? Sur le plan théorique, une prise en charge psychiatrique visant à moduler son humeur dans le sens d'une amélioration, à côté de la reconnaissance de sa

souffrance devrait lui permettre de mieux tolérer sa situation. Celle-ci, dans un premier temps, devrait voir une amélioration de sa qualité de vie avant d'imaginer l'amélioration de sa capacité de travail.

Il ressortait des examens complémentaires effectués les constatations suivantes : sur le plan orthopédique, le Dr E_____ de l'hôpital orthopédique de la Suisse Romande a précisé que l'accident avait été à même de déséquilibrer quelques lésions dégénératives infra-radiologiques, dans un contexte particulier, et que l'incapacité de travail était justifiée chez un patient qui n'avait rien d'un simulateur. Sur le plan neurologique, le Prof. F_____ a relevé que l'examen était incomplet, car le patient n'avait pas pu tolérer l'EMG. Sur le plan antalgique, les Drs G_____ et H_____ ont constaté une musculature d'aspect généralement hypotrophique, des signes importants de dystonie neuro-végétative lors de l'examen debout accompagnés de contractures musculaires multiples. Le diagnostic de Whiplash stade II (cervicalgies avec traduction clinique musculaire selon la classification de Sptizer de 1995). Cet état correspondait probablement à un état d'hypersensibilité médullaire qui pourrait expliquer la lombalgie, ainsi qu'un état d'hypersensibilité centrale, expliquant l'ensemble du tableau.

31. Par courrier du 10 mars 2005, le recourant a versé à la procédure le rapport d'expertise du Dr I_____ et a complété son recours. Il a soutenu qu'il présentait une comorbidité psychiatrique sous forme d'un état dépressif important et que le cumul des autres critères pertinents en matière de trouble somatoforme douloureux était rempli, à savoir l'existence d'affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'absence de résultats concluants des divers traitements entrepris. Enfin, à la suite de l'audition des Drs U_____ et W_____, il a invoqué la partialité de l'expertise effectuée par le SMR, sa superficialité et souligné que la Dresse U_____ avait admis qu'en 2002, l'examen des critères exigés par le TFA en présence de troubles somatoformes douloureux n'était pas réalisé.
32. Le 14 mars 2005, le Tribunal de céans a requis du recourant la transmission du rapport du Prof. B_____.
33. Le recourant a transmis ledit rapport par courrier du 12 avril 2005 et a observé que les divers critères pour admettre l'effet invalidant du trouble somatoforme douloureux étaient remplis.

Le Prof. B_____ a rendu une expertise psychiatrique le 8 février 2005 fondée notamment sur un entretien avec le patient du 10 novembre 2004. Il a diagnostiqué un épisode dépressif moyen à sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). L'expert souligne que l'assuré répond à toutes ses questions sans aucune réticence et à aucun moment il n'a le sentiment que l'assuré lui cache des éléments ou tente d'exagérer sa détresse.

Sa situation touche l'observateur même si celui-ci se sent souvent impuissant à pouvoir aider l'assuré. Les symptômes qui dominent sont de la lignée dépressive avec une forte réduction de l'activité (il passe ses journées à la maison sans ou quasiment sans activité), un abaissement de l'humeur (pleure souvent, a des épisodes de fortes anxiétés), une diminution de l'estime de soi ("j'ai un comportement insupportable") et une perte de confiance en soi ("je n'arrive plus à gérer tout ça", "j'ai l'impression que j'attire la poisse", il pense que les autres estiment que tout ça est de sa faute), une attitude pessimiste quant à l'avenir ("je me sens dans une impasse", "je ne vois plus la sortie"), des troubles du sommeil (actuellement améliorés par des somnifères), une baisse modérée de l'appétit (nous dit avoir perdu six kilos), une augmentation de son irritabilité (ne supporte plus les bruits que font ses enfants), une diminution marquée de sa libido et une grande diminution des rapports sociaux.

Depuis son accident d'août 1998, la vie de M. C_____ semble s'être modifiée du tout au tout. D'une "vie parfaite" (selon l'expression de M. C_____) où tout "baignait dans l'huile" (idem), avec un travail régulier qui lui convenait, beaucoup de copains et de nombreuses activités sportives, M. C_____ se retrouve sept ans plus tard passant ses journées à son domicile sans travail, à se plaindre de fortes douleurs lancinantes; avec des difficultés de couple et ayant perdu la plupart de ses amis et ses économies. Il se sent actuellement dépassé par tout ce qui lui arrive, impuissant et abandonné, avec encore une légère envie de s'en sortir. Les symptômes dépressifs sont très nets et d'intensité moyenne à sévère. Quant aux douleurs de l'expertisé, à aucun moment elles ne lui ont paru être exagérées de façon consciente ou volontaire.

Ainsi au vu de la chronification des symptômes douloureux, de la comorbidité dépressive, de la perte d'intégration sociale, des échecs des essais de prises en charge thérapeutiques il ne pouvait qu'être pessimiste sur l'évolution des capacités de travail de M. C_____ qui sont actuellement nulles. Au vu de l'importance des symptômes dépressifs, il avait vivement conseillé à M. C_____ d'entreprendre un traitement psychiatrique *lege artis*, conseil que ce dernier a semble-t-il pu écouter. Même s'il ne faut pas attendre de changements spectaculaires rapides en particulier sur la capacité de travail, on peut espérer une meilleure acceptation de sa situation.

34. Dans sa détermination du 10 mai 2005, l'intimé s'est référé à trois prises de position du SMR des 6, 21 et 25 avril 2005.

a) Dans son rapport du 6 avril 2005, le Dr V_____, a contesté le diagnostic de fibromyalgie en soutenant que l'étude critique de la littérature médicale avait mis en doute la valeur diagnostique spécifique des soi-disant points de fibromyalgie. De plus, il a précisé que la fibromyalgie est apparentée au trouble somatoforme douloureux, voire est identique dans le fond. Il a considéré que le diagnostic de

trouble somatoforme douloureux tenait mieux compte de l'aspect inexpliqué des plaintes douloureuses alléguées. Par ailleurs, après avoir relevé le caractère incomplet de l'examen clinique effectué par le Dr A_____, il a estimé que l'expertise de ce dernier n'apportait pas d'argument clinique ou paraclinique clairement divergent des constatations qu'il avait faites lors de son examen médical.

b) Pour leur part, dans leur rapport du 21 avril 2005, sans être en possession de l'expertise complète du Prof. B_____, les Drs J_____ et U_____, ont contesté l'existence d'une comorbidité psychiatrique, compte tenu des constatations faites par le Pr. W_____ lors de l'audience du 20 décembre 2004 lequel n'avait constaté aucune thymie dépressive étant donné l'absence de tristesse exprimée, d'asthénie ou de fatigabilité, de trouble de l'attention ou de la concentration, de troubles mnésiques (sous réserve des souvenirs tronqués de l'examen du SMR), d'anhédonie ou d'aboulie, de retrait social. La vigueur des propos de l'assuré au cours de l'audience contredisait l'existence d'une comorbidité psychiatrique. De plus, l'intimé a relevé que l'épisode dépressif moyen à sévère, sans symptômes psychotiques, ne constituait pas une comorbidité psychiatrique et que le recourant ne présentait pas les autres critères permettant d'admettre le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux. Enfin, il a contesté le grief de partialité des médecins du SMR en relevant que le recourant n'avait jamais invoqué cet argument avant l'audience de comparution personnelle.

c) Le 25 avril 2005, les Desses J_____ et U_____ se sont prononcés sur l'expertise du Prof. B_____. Elles relèvent que celui-ci ne cite pas l'examen SMR du 26 mars 2002, la brièveté de l'anamnèse familiale et personnelle de l'assuré, l'absence d'investigation quant à la nature des conflits conjugaux ou familiaux, l'absence de détails quant à la désinsertion sociale importante, l'absence de la description clinique d'un abaissement de la thymie constatée lors de l'investigation. Cette expertise ne modifiait pas leur précédente appréciation.

35. Le 23 mai 2005, le Tribunal de céans a demandé au Prof. B_____ de se prononcer sur les divers critères permettant d'admettre le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux.
36. Dans son rapport du 5 juillet 2005, le Prof. B_____ a indiqué que l'épisode dépressif moyen à sévère et le syndrome douloureux somatoforme persistant formaient clairement des entités pathologiques différentes même si elles avaient le même facteur déclenchant à savoir l'accident d'août 1998, lequel avait eu ces deux atteintes comme conséquence. L'épisode dépressif s'était développé suite à l'accident et maintenu, probablement favorisé par le trouble somatoforme douloureux mais sans lui être exclusivement lié.

L'état dépressif moyen à sévère avait clairement valeur de maladie et devait être reconnu comme une comorbidité autonome du TSD. Il existait des affections

corporelles chroniques décrites par le Dr A_____, lesquelles, avec le diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère formaient un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable.

Le Prof. B_____ poursuit en ces termes :

"Clairement, M. C_____ subit une perte d'intégration sociale que nous décrivons ainsi dans notre rapport du 8 février 2005 "de plus, d'après M. C_____, ces éléments ont eu pour conséquence un bouleversement complet de sa vie, avec un arrêt de ses activités professionnelles, une désinsertion sociale importante et des difficultés familiales considérables (conflit avec sa femme et ses beaux-parents). Il décrit également un changement complet de son caractère. D'un homme heureux en famille, appréciant son travail, ayant des activités sportives et beaucoup d'amis il serait devenu un homme malheureux dans son couple, ayant perdu son travail, ses amis et ses économies, n'arrivant plus à faire face à la situation, malgré des efforts qu'il nous dit essayer de faire pour essayer de s'en sortir" (page 2). Et plus loin nous notons encore qu'il a subi "une grande diminution des rapports sociaux" (page 3). Et encore plus loin "M. C_____ se retrouve seul sept ans plus tard, passant ses journées à son domicile, sans travail, à se plaindre de fortes douleurs lancinantes; avec des difficultés de couple ayant perdu la plupart de ses amis et de ses économies" (page 4).

Depuis plusieurs années l'état psychique de M. C_____ s'est cristallisé et malgré de nombreux essais de prise en charge thérapeutique de ses douleurs sa situation ne s'est pas améliorée mais elle s'est plutôt progressivement aggravée en se chronifiant et en l'isolant. Quant au traitement de l'état dépressif, nous pouvons estimer que M. C_____ pourrait encore probablement profiter d'un traitement *lege artis* qu'il a, semble-t-il, commencé à entreprendre depuis quelques mois suite à nos conseils.

De nombreux traitements avaient été tentés en vain. Nous pouvons considérer qu'il existe encore chez M. C_____ une envie de s'en sortir mais au vu de l'intensité de son état dépressif et en raison même de cet état dépressif il a, comme nous l'avions indiqué dans notre rapport annexé, une forte diminution de son estime, une perte de confiance en soi, une attitude pessimiste quant à l'avenir et une forte réduction de son activité qui rendent actuellement toute tentative de surmonter ses difficultés très problématiques. En résumé, actuellement, M. C_____ ne dispose pas de ressources nécessaires à surmonter ses douleurs et à exercer une activité lucrative".

37. Le 17 août 2005, l'intimé s'est déterminé sur le rapport du Prof. B_____. Il a soutenu que ledit rapport ne pouvait pas être considéré comme une expertise judiciaire, car l'expert s'était initialement prononcé dans le cadre d'une expertise privée. De plus, il a relevé une contradiction dans les explications de l'expert, en

tant que ce dernier a précisé que l'accident avait entraîné le trouble somatoforme douloureux et un épisode dépressif dont la persistance avait probablement été favorisée par le trouble somatoforme. Enfin, il a contesté l'aptitude de l'expert psychiatre à se prononcer sur la question des affections corporelles chroniques.

38. Par écriture du 29 août 2005, le recourant a relevé que le Prof. B_____ avait tenu compte des critères jurisprudentiels dans son appréciation, au contraire du SMR, de sorte que son rapport primait celui des médecins de l'intimé. Il a également relevé qu'en se prononçant sur la problématique des affections chroniques corporelles, l'expert n'avait fait que répondre aux injonctions du Tribunal de céans.
39. Le 19 octobre 2005, le Tribunal de céans a demandé au recourant de lui indiquer s'il avait commencé un traitement psychiatrique et, si oui, auprès de quel spécialiste et quel traitement.
40. Le 2 novembre 2005, le recourant a répondu qu'il suivait un traitement chez le Dr K_____, psychiatre et psychothérapeute, depuis le 16 décembre 2004, et que ce spécialiste lui avait prescrit du Tryptizol 25 à raison de 75 mg par jour, dose qui a été réduite à 25 mg par jour depuis environ deux mois.
41. Le 14 novembre 2005, le Tribunal de céans a demandé au Dr K_____ de préciser les constatations qu'il avait faites, le diagnostic qu'il avait posé, le traitement qu'il avait prescrit et de décrire l'évolution depuis le début du traitement.
42. Dans son rapport du 25 novembre 2005, le Dr K_____ a posé les diagnostics de trouble somatoforme douloureux et de dépression majeure au décours. Il a indiqué que le traitement consistait en entretiens et prescription d'anti-dépresseurs (Citalopram 20 mg par jour). Il a précisé que les douleurs étaient stables et que l'évolution était favorable quant à l'humeur avec une diminution de l'irritabilité et une plus grande distance par rapports aux difficultés. Il a ajouté que le traitement était correctement suivi. Enfin, il a émis un pronostic lentement favorable pour l'humeur et ne s'est pas prononcé pour le trouble douloureux en raison de la fréquente chronicité de ce trouble.
43. A la demande du Tribunal de céans, le Prof. B_____ a précisé le 9 mars 2006 qu'il estimait que l'état dépressif moyen à sévère s'était développé rapidement dans les semaines qui avaient suivi l'accident d'août 1998 et que, par contre, les éléments signifiant la chronicisation de cet état dépressif (perte d'intégrité sociale, état psychique cristallisé, absence de ressources nécessaires à surmonter ses douleurs et exercer une activité lucrative) s'étaient développés progressivement durant les mois suivants l'accident précité.

44. Par arrêt du 20 mars 2006, le Tribunal de céans a admis le recours, annulé la décision sur opposition de l'OCAI du 1^{er} septembre 2004 et dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} août 2000.

Il a considéré que l'expertise pluridisciplinaire du CHUV était propre à mettre en doute l'opinion et les conclusions psychiatriques des médecins du SMR Léman. Il y avait lieu de conclure, sur la base du rapport d'expertise du Dr B_____, à l'existence d'un état dépressif autonome du TSD d'une durée et d'une acuité suffisamment importante pour qu'il constitue une comorbidité psychiatrique au sens de la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances. Par ailleurs, les autres critères permettant d'admettre le caractère invalidant de la fibromyalgie étaient de toute façon réalisés (existence d'affections corporelles chroniques, processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable, perte d'intégrité sociale dans toutes les manifestations de la vie, état psychique cristallisé). En résumé le recourant ne disposait pas des ressources nécessaires lui permettant de surmonter ses douleurs aux fins d'exercer une activité lucrative. Il y avait lieu d'admettre que le TSD était invalidant une année après l'accident soit dès août 1999 et que le droit à la rente débutait en conséquence dès le 1^{er} août 2000.

45. L'OCAI a déposé le 8 mai 2006 un recours de droit administratif au TFA à l'encontre de ce jugement.
46. Le 13 mars 2007, le TFA a admis le recours en ce sens que le jugement du Tribunal cantonal genevois des assurances sociales du 20 mars 2006 est annulé, la cause étant renvoyée à l'autorité judiciaire de première instance pour complément d'instruction au sens des considérants et nouveau jugement (ATFA I 398/06).

Il a considéré que ni les avis des médecins du SMR ni ceux du médecin-traitant et des médecins ayant pratiqué l'expertise privée ne permettent de statuer à satisfaction de droit sur le caractère invalidant de la fibromyalgie, respectivement des troubles somatoformes douloureux présentés par l'intimé. En particulier, "l'opinion du Dr B_____ n'est pas apte à mettre sérieusement en doute l'avis médical du SMR concernant la comorbidité psychiatrique. S'agissant d'apprécier les autres facteurs permettant de poser un pronostic défavorable à une éventuelle reprise du travail, le Dr B_____ a évoqué une chronification des symptômes douloureux, une comorbidité dépressive, une perte d'intégration sociale et l'échec des essais de prises en charge thérapeutiques, qui font que la capacité de travail de l'intimé est nulle. Pour se faire un avis, le Dr B_____ s'est à nouveau fondé uniquement sur les déclarations du patient. Pour les médecins du SMR, les constatations qu'ils ont faites démontrent l'absence de retrait social.

Il poursuit :

"S'agissant d'apprécier ces divers avis médicaux, l'autorité de céans constate tout d'abord que les médecins du SMR admettent que les troubles somatoformes

douloureux ne réduisent pas la capacité de travail vu l'absence de comorbidité psychiatrique. Ils ne se prononcent toutefois pas sur l'influence que les "lombo-pygio-sciatalgies gauches chroniques persistantes" - qu'ils ont eux-mêmes diagnostiquées - ont sur la capacité de travail de l'assuré et sur la possibilité pour celui-ci de reprendre une activité professionnelle. La question de la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie est abordée très subjectivement par le Dr B_____ et plus objectivement par les médecins du SMR sans qu'il soit cependant possible d'admettre sans autre que l'attitude de l'assuré sur ce point exclut tout retrait social. En tout cas, l'importance de celui-ci n'a pas été évaluée. Concernant l'échec du traitement, il est difficile de se prononcer car, si l'on admet une incapacité de travail fondée essentiellement sur des motifs psychiques, comme le font les médecins du CHUV, il faut constater avec le Dr B_____ qu'aucun traitement psychothérapeutique n'a été entrepris par l'assuré avant qu'il aille consulter le psychiatre K_____, qui a posé, dans un avis du 25 novembre 2001 (recte : 2005), un pronostic lentement favorable en ce qui concerne l'humeur".

Il conclut au renvoi de la cause au Tribunal cantonal des assurances sociales pour qu'il ordonne une expertise judiciaire qui devra déterminer la capacité de travail de l'assuré en tenant compte des atteintes somatiques et psychiques.

47. En exécution de cet arrêt, le Tribunal de céans a repris l'instruction de la cause A/2035/2004.
48. Par ordonnance du 20 septembre 2007, le Tribunal de céans a confié une expertise psychiatrique au Dr Roger LA_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et une expertise rhumatologique au Dr Bertrand LB_____, spécialiste FMH en médecine interne, en leur demandant notamment d'effectuer une appréciation consensuelle du cas.
49. Le 19 octobre 2007, le Dr LB_____ a rendu son rapport d'expertise.

L'assuré se plaignait de douleurs ostéoarticulaires diffuses variant en lieu et en intensité, de perte de l'équilibre à la marche et aux changements de position, de diminution de la force dans le bras droit et les jambes, de problème de sommeil et indique avoir des idées suicidaires.

L'examen clinique confirmait le diagnostic de fibromyalgie avec la présence de 18 points douloureux sur 18, accompagné de troubles du sommeil, problèmes gastriques et troubles de la mémoire et de la concentration, le reste de l'examen rhumatologique étant dans la norme, tout comme l'examen neurologique. Le diagnostic de lombo-physio-sciatalgies n'était pas confirmé, car les douleurs faisaient partie de la fibromyalgie. Il n'y avait pas d'autres affections corporelles chroniques.

L'atteinte cervicale suite à l'accident de voiture avait complètement disparu. La fibromyalgie semblait être d'origine psychologique et ne pouvait expliquer une incapacité de travail à 100% depuis 1998. Elle était compatible avec un travail léger sans port de charges de plus de 15 kg et avec la possibilité de changer de position. L'activité antérieure de chauffeur de véhicule léger était possible à 100% dès le 1^{er} janvier 1999, date de la fin de la prise en charge par l'assurance-accidents.

50. Le 21 février 2008, le Dr LA_____ a rendu son rapport d'expertise fondé notamment sur l'examen clinique de l'assuré des 24 octobre et 15 novembre 2007 et des rapport des Drs LC_____ (consultation du secteur psychiatrique des HUG) et K_____, psychiatre traitant du recourant, respectivement des 3 décembre 2007 et 17 décembre 2007.

L'assuré avait suivi un traitement psychiatrique auprès du Dr K_____ de fin 2004 au printemps 2006 avec administration d'un antidépresseur, puis dès octobre 2007, auprès du Dr LC_____.

L'expert pose le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11). Un état proche de l'état actuel était probablement présent depuis 1999. Au moment de l'examen du SMR en 2002, la dépression était légère et s'était probablement aggravée depuis et en 2004, le Prof. B_____ avait retenu le diagnostic d'épisode dépressif. Cet état dépressif moyen était ainsi documenté depuis novembre 2004. Il était persistant et résistant au traitement. Il s'écartait de l'appréciation du Prof. B_____ et du Dr LC_____, lesquels estimaient la dépression plus sévère en raison de la relative absence des signes objectifs habituellement liés à un épisode dépressif sévère, de fluctuation de l'humeur et l'absence d'altération de l'état général.

L'expert a écarté la présence d'un trouble de la personnalité.

L'état dépressif de gravité moyenne impliquait une souffrance authentique, mais ne devrait pas être durablement incapacitant. Il paraissait néanmoins probable que la chronicité du syndrome dépressif et son caractère résistant au traitement diminuaient le rendement de l'assuré de 30%. Les limitations tenaient à la fatigabilité et à l'irritabilité. Le traitement en cours était adéquat et une amélioration significative peu probable.

L'assuré entretenait des relations familiales satisfaisantes, mais n'avait plus de relations au travail, ni d'activités de loisirs. Il était précisé que ces données sur l'intégration sociale ne pouvaient être vérifiées par l'expert.

Son état psychique paraissait figé depuis plusieurs années, stationnaire, avec peu de capacité évolutive dans un délai prévisible. Il y avait échec des traitements sur le plan psychique.

L'état actuel remontait au moins à novembre 2004, date de l'examen par le Prof. B_____. La composante dépressive des troubles s'était en effet aggravée depuis mars 2002, date de l'examen du SMR où la dépression était légère et donc non invalidante. Selon toute vraisemblance, l'état de septembre 2004 n'était pas très différent de celui de novembre 2004, lui-même assez comparable à l'état actuel.

51. Dans l'appréciation consensuelle du cas, les experts ont estimé qu'"il existe une limitation modérée des capacités volitionnelles, tenant à l'état dépressif. Il y a de surcroît un renforcement réciproque entre la dépression et les douleurs liées à la fibromyalgie. De ce fait, les limitations d'ordre psychique sont un peu majorées par les douleurs chroniques. Les ressources adaptatives de l'expertisé sont diminuées par la coexistence d'un trouble dépressif chronique et d'une fibromyalgie. Ces deux affections se conjuguent pour diminuer dans une certaine mesure sa résistance au stress social et son énergie disponible. Cela entraîne une diminution du rendement que nous estimons à 40% au plus, tenant compte de la globalité de ses troubles. L'expertisé est à même d'exercer toute activité compatible avec sa formation, ses compétences acquises, ainsi qu'avec les limitations tenant à la fibromyalgie, limitations mentionnées dans le rapport du Dr LB_____."
52. Le 10 avril 2008, l'intimé s'est référé à un avis du SMR du 28 mars 2008 signé par la Dresse LD_____ et a conclu que, d'un point de vue psychiatrique, le caractère invalidant de la fibromyalgie n'avait pas été démontré, dès lors qu'il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique importante, ni d'autres critères jurisprudentiels qui permettraient de fonder un pronostic défavorable en ce qui concernait l'exigibilité d'une reprise de l'activité professionnelle. Par ailleurs, du point de vue somatique, le recourant était apte à travailler. Partant, l'OCAI a persisté dans ses conclusions.

La Dresse LD_____ a estimé que le Dr LA_____ n'expliquait pas pourquoi le SMR n'avait pas relevé le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique le 26 mars 2002. Le diagnostic n'était de toute façon pas préexistant à la fibromyalgie. Puisque le taux plasmatique de l'antidépresseur était un peu bas, l'expert ne pouvait considérer que le syndrome dépressif était résistant au traitement. Il n'y avait pas de perte de l'intégration sociale car l'assuré était bien intégré au sein de sa famille. L'expert n'avait pas fait une évaluation psychodynamique pour répondre à la question de savoir si l'état psychique était cristallisé. Dès lors qu'il était insuffisamment traité, les traitements n'étaient pas conformes aux règles de l'art. L'épisode dépressif d'intensité moyenne n'était pas d'une sévérité suffisante pour empêcher l'assuré de surmonter ses douleurs et de reprendre une activité adaptée à ses compétences professionnelles. Par ailleurs, il n'existait pas de critères de gravité retenus par la jurisprudence.

53. Le 10 avril 2008, le recourant a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} août 2000. Il fait valoir que le diagnostic de l'expert s'écarte de celui des

psychiatres traitants et que l'expert donne plus d'importance à ses propres constatations subjectives plutôt qu'à ses plaintes.

Il prenait un traitement d'antidépresseurs depuis 1999, qu'il n'avait jamais interrompu, point qui n'était pas approfondi par l'expert. Le diagnostic de dépression sévère avait été écarté sans motivation concrète. L'analyse de l'anxiété et du trouble de la personnalité n'était pas motivée.

Il était contradictoire de conclure que l'état dépressif chronique et résistant au traitement n'était pas durablement incapacitant. Le taux de 30% d'incapacité était fondé sur une motivation contradictoire, un diagnostic non étayé et subjectif.

Il subissait un état dépressif sévère depuis janvier 2000. Par ailleurs, il présentait un processus maladif chronique, soit une fibromyalgie, une perte d'intégration sociale, dès lors que sa vie de famille n'était pas satisfaisante et qu'il fuyait les contacts, un état psychique cristallisé admis par l'expert et l'échec des traitements conformes aux règles de l'art.

Le rapport d'expertise psychiatrique n'avait pas une pleine valeur probante et il convenait de lui reconnaître une incapacité totale de travail et, subsidiairement, d'ordonner un complément d'expertise psychiatrique.

54. A la demande du Tribunal de céans, l'expert s'est prononcé le 2 mai 2008 sur les critiques émises par la Dresse LD_____.

Il mentionne que les médecins du SMR avaient relevé le 26 mars 2002 des symptômes subjectifs de dépression suffisants pour que le diagnostic d'épisode dépressif puisse être retenu. Il en avait conclu que la dépression existait déjà à cette époque mais était légère. Il relève ensuite que l'on pouvait - malgré le taux plasmatique de l'antidépresseur un peu en dessous des doses habituellement thérapeutique - parler de dépression résistante, en particulier parce qu'on savait que les dépressions liées au trouble somatoforme douloureux réagissaient mal aux antidépresseurs lesquels n'étaient qu'un aspect du traitement et que le trouble dépressif remontait à plusieurs années.

La perte de l'intégration sociale était un critère juridique et lui-même ne pouvait que relater la vie sociale de l'expertisé selon des données subjectives. Le critère de l'état psychiatrique cristallisé était incompréhensible pour beaucoup d'experts psychiatres et inapplicable tel que formulé. Il était fondé sur le modèle psychanalytique et impossible à évaluer pour un expert non psychanalyste. Il était par ailleurs douteux de procéder à l'investigation nécessaire dans le cadre d'un examen clinique. Il avait interprété ce critère au mieux dans son expertise.

Il n'avait pas dit que le recourant était insuffisamment traité mais qu'il y avait peu de chance qu'un traitement avec un antidépresseur supérieur apporte réellement une

amélioration significative. Il y avait donc bien échec des traitements conformes aux règles de l'art.

Le point de vue de la Dresse LD_____ donnant la primauté à la fibromyalgie par rapport à la dépression n'était pas étayé par le dossier. Les troubles psychiques étaient mentionnée par le Prof. Q_____ cinq mois après l'accident et avant l'apparition de la fibromyalgie. La dépression était distincte de la fibromyalgie et s'était développée en interaction avec celle-ci. La question de la capacité de travail résultait d'une appréciation consensuelle du cas avec le Dr LB_____.

55. Le 26 mai 2008, le recourant a observé que selon le Dr LA_____ il souffrait déjà de dépression lors de son examen par le SMR. Il subissait un état dépressif sévère depuis janvier 2000. On pouvait déduire de l'expertise psychiatrique qu'il présentait un état psychique cristallisé, que les traitements conformes aux règles de l'art avaient été un échec et qu'il était en perte d'intégration sociale. Enfin, l'avis de la Dresse LD_____ relevait plus d'un avis juridique que médical et elle en l'avait jamais rencontré. Il a sollicité un délai supplémentaire qui lui a été accordé pour former des observations complémentaires.
56. Le 16 juin 2008, le recourant a transmis un avis médical du Dr LC_____, chef de clinique au département de psychiatrie des HUG du 11 juin 2008 selon lequel ce dernier administrait un traitement médicamenteux (cymbalta dont la dose avait été progressivement augmentée et analgésiques) et un suivi psychiatrique d'approche cognitif comportemental. Le médecin relève que "les limitations, tenant aux troubles psychiques, qui nous amènent à estimer que la capacité de travail est durablement diminuée, sont : la diminution de l'attention, de la concentration et la mémoire; la dévalorisation de ses aptitudes, avec rigidité de la pensée, l'intolérance aux contraintes sociales et le repli sur lui-même qui alternent avec des pulsions hétéro agressives face à la frustration; sa tristesse persistante avec pleurs spontanées, renforçant son idée de nullité et des idées suicidaires itinérantes. Le patient est traité selon les connaissances scientifiques actuelles, spécifiques à un programme universitaire spécialisé dans le traitement de la dépression. Sa maladie est traitée avec soins par une équipe multidisciplinaire et le traitement médicamenteux est approprié (cf. résultat de la concentration plasmatique de Cymbalta, à 515 nmol/l trouvé dans le dernier examen de laboratoire). Lors de la phase d'introduction du médicament, un taux de 17 ug/l fut constaté et ceci a donné lieu à des interprétations tel que dépression insuffisamment traitée. Concernant son intégration dans la société, nous pouvons constater un appauvrissement de ses compétences de socialisation, des conflits continuels avec son entourage proche et famille, ainsi qu'une situation de couple explosive. Son fonctionnement psychique est perturbé depuis 1999 (cf. notions de "stress, anxiété" dans l'expertise du Dr Q_____) ceci a pris une évolution défavorable vers la sinistrose et ceci sans possibilité de s'améliorer dans un délai prédictible. L'assuré souffre d'une dépression résistante, chronique et d'intensité sévère (MADRS de 36/60) et son état

de santé ne lui permet pas d'assurer les contraintes et responsabilités liées aux exigences du marché du travail.

Le recourant fait valoir que son traitement médicamenteux a été augmenté sans amélioration de son état psychique comme attesté par le Dr LC_____ et cela malgré le suivi psychothérapeutique en sus. L'échec des traitements était donc avéré et sa dépression n'était pas insuffisamment traitée mais résistante. La rigidité de la pensée relevée par le Dr LC_____ confirmait l'état psychique cristallisé. Les autres critères jurisprudentiels étaient par ailleurs réalisés. Il requérait, subsidiairement à la conclusion principale d'octroi d'une rente entière d'invalidité, un complément d'expertise psychiatrique.

57. Le 16 juin 2008, l'intimé a transmis un avis de la Dresse LD_____ du 9 juin 2008 selon lequel le Dr LA_____ mélangeait les critères de la CIM-10 et du DSM-IV et se basait, pour poser son diagnostic, uniquement sur les aspects subjectifs. Il considérait que la dépression était suffisamment traitée en se fondant sur des éléments non objectifs; si l'expert ne pouvait se prononcer sur le critère de l'état psychique cristallisé il devait le dire et non pas adapter le critère selon ses possibilités d'y répondre. Elle se déclarait d'accord avec l'avis du Dr LA_____ à ce sujet dès lors que seule une évaluation psychodynamique sur plusieurs mois voire plusieurs années serait nécessaire pour évaluer ce critère. Par ailleurs, il ne pouvait y avoir échec des traitements puisque l'assuré était insuffisamment traité. Il n'existait pas de critère de gravité et il s'agissait d'un cas habituel de fibromyalgie non incapacitante. L'avis du SMR du 28 mars 2008 pouvait être confirmé.
58. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Par arrêt du 13 mars 2007, le Tribunal fédéral des assurances a renvoyé la cause au Tribunal de céans pour complément d'instruction et nouveau jugement.
2. L'objet du litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.
3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1, 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, le présent recours concerne le droit à des prestations dès une date antérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA. En conséquence, le présent cas reste régi par la législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, étant précisé que les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le

jour de l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Pour les mêmes raisons, les dispositions de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), ne sont pas applicables (ATF 127 V 467 consid. 1).

4. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité au sens de la présente loi 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. En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1^{er} janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% 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.

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un 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, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

5. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales 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. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur

le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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. Etant 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).

d) Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale 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 judiciaire 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).

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

f) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

6. D'après la jurisprudence (ATF 131 V 49 consid. 1.2), la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6).

Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans

toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77). Ces critères constituent un instrument, pour l'expert et l'administration (le cas échéant pour le juge), servant à qualifier la souffrance vécue par un assuré, afin de déterminer si celui-ci dispose ou non des ressources psychiques permettant de surmonter cet état; ces critères ne constituent pas une liste de vérification mais doivent être considérés comme une aide à l'appréciation globale de la situation douloureuse dans un cas concret.

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de Winckler et Foerster).

On ajoutera que dans un arrêt récent ayant trait à la fibromyalgie, le Tribunal fédéral des assurances est parvenu à la conclusion qu'il existait des caractéristiques communes entre cette atteinte à la santé et le trouble somatoforme douloureux. Celles-ci justifiaient, lorsqu'il s'agissait d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65; ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05). La fibromyalgie a été plus particulièrement assimilée au syndrome douloureux somatoforme persistant (ATFA du 20 avril 2006, cause I 805/04).

Dans ce contexte, on rappellera encore que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références).

7. Au sujet du critère de la comorbidité psychiatrique (qui se place au premier plan pour déterminer si l'assuré dispose ou non des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs), un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante. En effet, les états dépressifs constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 v 358 consid. 3.3.1 in fine), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (arrêt D. du 20 avril 2006, I 805/04, consid. 5.2.1). Le TFA a également considéré qu'une personnalité à traits histrioniques ne constituait pas non plus, à côté du trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) une comorbidité psychiatrique autonome du trouble fibromyalgique (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05).

b) S'agissant des affections corporelles chroniques, il doit exister une limitation fonctionnelle sur le plan somatique (notamment ATFA du 12 juin 2006, cause I 317/05).

c) Concernant l'état physique cristallisé, des éléments biographiques difficiles (relations conflictuelles au travail, divorce, possible traumatisme sexuel sans contact physique durant l'enfance) sont des indices plaidant en faveur d'un tel état, si tant est que l'assuré ne démontre pas en même temps une attitude théâtrale et revendicative et émette des déclarations discordantes au sujet de ses douleurs donnant à penser qu'il cherche une compensation de ses souffrances par l'AI. Le fait d'affirmer ne plus être en mesure d'exercer une quelconque activité tout en étant capable de s'occuper du ménage et d'un enfant sont des indices faisant plutôt apparaître un profit secondaire tiré de la maladie (ATFA du 20 mars 2006, cause I 644/04). Un tel état ne saurait être admis lorsque l'assuré n'a pas suivi de traitement psychiatrique durable et que, par ailleurs, il fait preuve d'une mauvaise compliance médicamenteuse (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04, voir aussi ATFA du 21 avril 2006, cause I 483/05), lorsqu'il a uniquement pris un traitement d'anxiolytiques et non pas d'antidépresseurs (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), lorsque la poursuite du traitement est susceptible d'améliorer la symptomatologie d'anxiété (ATFA du 8 juillet 2004, cause I 380/03), lorsque l'épisode dépressif moyen est en rémission complète (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05), lorsqu'aucun élément psychotique, aucune souffrance ou dysfonctionnement personnel, professionnel et social, ni encore des traits d'une personnalité dissociée ne peuvent être retenus (ATFA du 25 novembre 2004, cause I 450/03), en l'absence d'une source de conflit intrapsychique ou situation conflictuelle externe (ATFA du 23 juin 2004, cause I 272/03) lorsque l'état de l'assuré est susceptible de s'améliorer grâce à la stabilisation de la vie familiale et à l'instauration d'un traitement antidépresseur (ATFA du 10 novembre 2005, cause I 638/04), lorsque l'état psychique est stabilisé grâce à une médication adéquate et qu'un suivi psychothérapeutique constituerait un traitement adéquat des troubles en

cause (ATFA du 12 septembre 2005, cause I 497/04), lorsque l'assuré fait état d'une envie de travailler et d'une certaine ambition sociale (ATFA du 13 juillet 2005, cause I 626/04).

d) S'agissant de la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, elle n'est pas réalisée dès lors que l'assuré effectue des promenades avec des amis qu'il voit fréquemment et maintient des contacts sociaux avec sa famille en Espagne (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04), qu'il bénéficie d'une vie familiale épanouie, reçoit des amis et se rend chez eux (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), qu'il a une vie retirée, passant beaucoup de temps à la maison mais a gardé un certain réseau d'amis qui viennent le voir ou auxquels il rend visite (ATFA du 29 novembre 2005, cause I 665/04), qu'il se dit bien entouré sur le plan familial (ATFA du 16 août 2005, cause I 539/04), qu'il vit dans une situation de retrait mais qu'il a des contacts réguliers avec ses proches et qu'il retourne régulièrement dans son pays d'origine avec sa famille ou des amis (ATFA du 2 mars 2005, cause I 690/04), qu'il est à même d'entretenir des contacts sociaux, d'exercer des activités sportives (natation) et de loisir (promenade) (ATFA du 8 juin 2005, cause I 361/04).

8. En l'espèce, l'expertise du Dr LB_____ du 19 octobre 2007 et celle du Dr LA_____ du 21 février 2008, complétée le 2 mai 2008, ainsi que leur appréciation consensuelle du cas remplissent toutes les exigences pour qu'il leur soit conféré une pleine valeur probante.

a) L'expertise psychiatrique, basée notamment sur l'examen clinique du recourant les 24 octobre et 15 novembre 2007, l'analyse du taux de l'antidépresseur et les renseignements pris auprès des Drs LC_____ et K_____ est complète, détaillée et convaincante. Elle décrit notamment les plaintes du recourant ainsi que l'évolution de celles-ci. Dans le chapitre discussion, l'expert explique de façon précise pour quelle raison il a écarté le diagnostic d'épisode dépressif sévère pour retenir celui d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique existant depuis plusieurs années, probablement depuis 1999, soit antérieurement à l'apparition de la fibromyalgie. Au vu des constatations du SMR en 2002, la dépression devait être à l'époque légère - le SMR ayant d'ailleurs constaté assez d'éléments pour que le diagnostic d'épisode dépressif puisse être reconnu - puis avait dû s'aggraver depuis lors et le diagnostic d'épisode dépressif avait été formellement posé par le Dr B_____ en novembre 2004, diagnostic qui devait déjà exister en septembre 2004. Les limitations dues au trouble dépressif tiennent à la baisse de l'énergie disponible (fatigabilité) et à la diminution de la capacité de supporter les stress sociaux (irritabilité) entraînant une diminution de rendement de 30 %. Le traitement était parfaitement adéquat et une amélioration à court ou moyen terme apparaissait peu probable. On pouvait parler de dépression résistante car il y avait très peu de chance qu'une augmentation du traitement, vu l'affection en cause, apporte une

amélioration significative. Compte tenu de la globalité des troubles, la diminution de rendement était de 40 % depuis septembre 2004.

b) L'expertise du Dr LB_____, notamment basée sur l'examen de l'assuré du 19 octobre 2007, a confirmé clairement le diagnostic de fibromyalgie d'origine psychologique laquelle n'entraînait, du point de vue somatique, aucune diminution de la capacité de travail mais estimé de façon consensuelle avec l'expert psychiatre que le recourant subissait une incapacité de travail durable de 40 %.

c) Les critiques émises tant par le recourant que par l'intimé ne sont pas apte à mettre en doute les conclusions de cette expertise bidisciplinaire.

A cet égard, l'avis du Dr LC_____ du 11 juin 2008 rejoint dans la plupart des constatations qu'il fait, celles de l'expertise psychiatrique, en particulier l'existence d'un fonctionnement psychique perturbé depuis 1999 avec une évolution défavorable, sans possibilité d'amélioration dans un délai prédictible. La différence réside dans le critère de gravité de l'épisode dépressif, estimé comme sévère par le Dr LC_____ et comme moyen par l'expert. Or, ce dernier a expliqué de façon détaillée et convaincante les raisons objectives qui ne lui permettaient pas de retenir un épisode dépressif d'intensité sévère. Quant à l'appréciation de la capacité de travail, considérée comme nulle par le Dr LC_____, elle est sommairement motivée et fondée sur le diagnostic de dépression d'intensité sévère, justement écarté par l'expert.

Concernant l'avis divergeant du SMR, il convient de souligner que la Dresse LD_____ ne dispose pas d'une spécialisation FMH en psychiatrie et psychothérapie, contrairement à l'expert judiciaire. En conséquence, elle ne saurait poser des diagnostics psychiatriques, de surcroît sans avoir examiné l'assuré. Il est à relever que la constatation du Dr LC_____ quant à la persistance de la dépression malgré l'augmentation du traitement médicamenteux corrobore l'avis de l'expert quant à la présence non pas d'une dépression insuffisamment traitée mais bien d'une dépression résistante. La Dresse LD_____ approuve les critiques du Dr LA_____ à l'encontre du critère de l'état psychique cristallisé à évaluer mais estime que ce dernier aurait dû refuser de répondre à cette question. Or, la question de l'existence d'un tel critère fait partie de la mission d'expertise judiciaire que l'expert doit au mieux remplir. Il appartenait ainsi à ce dernier de déterminer, au meilleur de ses connaissances, soit comme il l'a fait, si ce critère était ou non présent chez le recourant. Pour le reste, la Dresse LD_____ effectue une appréciation juridique qui outrepassé ses compétences.

d) Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre que les conclusions consensuelles des experts rhumatologue et psychiatre sont médicalement probantes. Reste à déterminer si les affections constatées ont un caractère invalidant.

A cet égard, force est de constater que l'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique est apparu, selon l'expert psychiatre, antérieurement à la fibromyalgie. En ce sens, il ne saurait être considéré comme une manifestation réactive de celle-ci mais bien comme une affection psychique autonome, persistante, résistante aux traitements ordonnés et entraînant une incapacité de travail due à la baisse de l'énergie disponible (fatigabilité), à la diminution de la capacité de supporter les stress sociaux (irritabilité), à la limitation modérée des capacités volitionnelles ainsi qu'à l'effet du renforcement réciproque entre la dépression et les douleurs.

Il y a lieu d'admettre que l'affection psychique dont souffre le recourant est ainsi d'importance et entraîne, en tant que comorbidité psychiatrique au sens de la jurisprudence précitée, des limitations fonctionnelles ayant comme conséquence une incapacité de travail constatée par les experts dans toute activité depuis septembre 2004 (voir à cet égard ATAS 981/07 et ATF du 14 mai 2008 9C 736/07 et ATF du 6 juin 2008, 9C 306/2008).

9. a) En conséquence, le recourant subit une incapacité de travail durable de 40 % dans toute activité depuis le 1^{er} septembre 2004.

Force est de constater qu'à la date de la décision sur opposition, soit également le 1^{er} septembre 2004, le recourant ne remplissait pas les conditions prévues à l'art. 29 LAI selon lesquelles le droit à une rente n'est ouvert notamment qu'à la condition que l'assuré ait présenté une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année.

En effet, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités). En conséquence, la décision litigieuse du 1^{er} septembre 2004, refusant toute prestation au recourant, ne peut qu'être confirmée.

Cependant au vu de l'expertise bidisciplinaire probante, le délai de carence était échu le 31 août 2005, de sorte qu'il incombera à l'intimé de se prononcer, dans une nouvelle décision, sur le droit du recourant à des prestations d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2005.

b) Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté, la décision litigieuse confirmée et, pour la période postérieure au 1^{er} septembre 2004, la cause sera renvoyée à l'administration afin qu'elle rende une nouvelle décision (cf. dans ce sens ATF 117 V 292 consid. 4).

10. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis à l'ancien droit, de sorte que la procédure est gratuite.

Vu le renvoi à l'intimé pour nouvelle décision, une indemnité de 1'000 fr. sera allouée au recourant, à charge de l'intimé.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Confirme la décision sur opposition du 1^{er} septembre 2004.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour nouvelle décision, au sens des considérants.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 1'000 fr.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Nancy BISIN

La présidente

Valérie MONTANI

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